

FERNANDA CAROLINA FONSECA VIEIRA

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE
PRÁTICAS INTEGRATIVAS PARA
PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA GUANABARA
EM CONTAGEM/MG**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2010

FERNANDA CAROLINA FONSECA VIEIRA

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE
PRÁTICAS INTEGRATIVAS PARA
PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA GUANABARA
EM CONTAGEM/MG**

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

Orientador: Alexandre de Araújo Pereira

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2010

FERNANDA CAROLINA FONSECA VIEIRA

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA GUANABARA EM CONTAGEM/MG

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

Orientador: Alexandre de Araújo Pereira

Banca Examinadora

Prof. _____UFMG

Prof. _____UFMG

Aprovado em Belo Horizonte ____/____/____

VIEIRA, Fernanda Carolina Fonseca. **Proposta de implantação de Práticas Integrativas para promoção da saúde na Unidade de Saúde da Família Guanabara em Contagem/MG** / Fernanda Carolina Fonseca Vieira. Contagem: 2010. 49f. ;

Orientação: Alexandre de Araújo Pereira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) / Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2010. Belo Horizonte, 2010.

Bibliografia f. 50 a 55.

1.Promoção da Saúde 2.Saúde Mental 3.Práticas Integrativas
4.Yoga

Agradecimentos:

Agradeço primeiramente à Deus que me deu a oportunidade de viver e presenciar a Sua maravilha. Aos meus pais que são a grande dádiva que possuo. A todas as pessoas que em determinado momento de suas vidas cruzaram o meu caminho me proporcionando tanto crescimento profissional quanto pessoal. Ao Dário, por me fazer acreditar. Ao Yoga, seus mestres e sua proposta de bem viver.



“Uma nação sobrevive, não por suas conquistas materiais e, sim, em virtude daqueles homens que são suas obras primas.”

(Paramahansa Yogananda)

Resumo

Este trabalho aborda os avanços do Sistema Único de Saúde no âmbito da Atenção Básica, dentro da Estratégia de Saúde da Família, sobretudo na promoção da saúde, tendo como proposta a implantação de Práticas Integrativas, com ênfase no Yoga, na Unidade de Saúde da Família Guanabara no Município de Contagem/MG de acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde.

Abstract

This paper discusses the progress of the Unified Health System in the Primary Care Strategy within the Family Health, particularly in health promotion, with the proposed deployment of integrative practices, with emphasis on the Yoga, Unit of Family Health Guanabara in the municipality of Contagem/ MG according to the National Policy on Integrative and Complementary Practices of the Ministry of Health.

Sumário

	página
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS	
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3. METODOLOGIA.....	13
4. MARCO TEÓRICO	
4.1 Sistema Único de Saúde (SUS).....	15
4.2 Atenção Básica no SUS.....	20
4.3 Estratégia Saúde da Família.....	21
4.4 Promoção da Saúde.....	24
4.5 Medicinas Alternativas Complementares (MAC).....	25
4.6 Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC).....	27
4.6.1 Estruturação das Práticas Integrativas no Brasil atual.....	28
4.6.2 Yoga.....	33
4.6.3 Benefícios da prática de Yoga.....	35
4.6.4 Medicina Antroposófica.....	37
4.6.5 Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura.....	38
4.6.6 Homeopatia.....	39
4.6.7 Plantas Medicinais e Fitoterapia.....	39
4.6.8 Termalismo Social/Crenoterapia.....	40
4.7 Experiências da realidade brasileira.....	41
5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	45
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
8. ANEXOS.....	56

1. INTRODUÇÃO

Assim que me inseri no mercado de trabalho fui absorvida pela Atenção Básica, mais especificamente pela Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte, onde atuei por dois anos como enfermeira. Já neste primeiro contato com a Atenção Básica percebi que as equipes estavam sempre desfalcadas, principalmente do profissional médico. Portanto, senti a necessidade de desenvolver outras estratégias que contemplassem, sobretudo, o cuidado preventivo a saúde da população. A partir de então, passei a me interessar cada vez mais pela Atenção Básica e a proposta de promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

Ao atuar na Atenção Básica, dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), penso que tais práticas só vêm melhorar a assistência ao paciente e sua comunidade. Assim, este estudo se originou a partir do desejo de desenvolver um trabalho inovador e diferenciado na Atenção Básica da ESF do ponto de vista do profissional enfermeiro, que tem como uma de suas principais funções a de educação para a saúde em nível individual e coletivo.

Em 2006 fui convidada pela Secretaria de Saúde do Município de Contagem, onde atuo como enfermeira da ESF desde 2005, para participar do Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pelo Núcleo de Educação Continuada da Faculdade de Medicina da UFMG (NESCON). É importante dizer que sempre pretendi realizar esta especialização, e ao ter a oportunidade de cursá-la vi a possibilidade de elaborar um plano de cuidados na Atenção Básica.

Durante o Curso de Especialização os temas abordados ajudaram muito na definição do tema que escolhi para o Trabalho de Conclusão de Curso, principalmente após o módulo cuja proposta era realizar um Diagnóstico Situacional através do Método de Estimativa Rápida, pois durante levantamento dos dados, foi relatado pela própria comunidade estudada como os principais fatores contribuintes para o adoecimento: o baixo nível de escolaridade, o baixo nível de renda, a falta de qualidade de vida e a falta de assistência médica.

Sempre atuei na Atenção Básica desde minha formação acadêmica na Universidade Federal de Minas Gerais em 2003, que enfatizou a Saúde Pública, e por algumas vezes tive a oportunidade de cursar matérias optativas na linha de educação e promoção da saúde, que são temas bastantes relevantes para o cuidado de enfermagem.

Há nove anos tive meu primeiro contato com o Yoga e a partir de então passei a verificar, na prática, diversas melhorias na minha vida no que diz respeito à saúde mental, física e social.

No início do mês de março de 2009, iniciei um curso de formação de professores de yoga no Instituto Aravinda em Belo Horizonte, com previsão de término em março de 2010. O curso aborda temas relacionados às técnicas e a ciência do yoga, tendo como objetivo final formar instrutores que atuem no vasto universo do Yoga. A realização deste curso facilitará a proposta de intervenção aqui sugerida, pois o estudo sistematizado propiciará mais segurança nas técnicas a serem incorporadas.

Com o contato com as técnicas do *Hatha Yoga*, também chamado de Yoga do corpo, que incluem a prática de alongamento, alimentação natural, domínio sobre a respiração, concentração e meditação, estudo sistematizado de ideologias éticas no relacionamento humano com o universo, dentre outras, minha qualidade de vida melhorou consideravelmente. Ao assumir a responsabilidade pelo meu próprio bem estar e pelo bem estar da coletividade, percebi que cada vez menos era acometida de agravos à saúde, consumia menos medicamentos alopáticos, não recorria a terapias convencionais, e isto refletia na melhora da qualidade do meu trabalho como enfermeira.

Ainda neste contexto, experienciava na prática profissional que o tradicionalismo da medicina curativa vigente não resolvia eficazmente alguns problemas de saúde da população em geral, haja vista a ocorrência de graves recidivas nos agravos de saúde dos pacientes assistidos pelos tratamentos convencionais, gerando inúmeros comparecimentos destes aos serviços de saúde com os mesmos sintomas e as mesmas queixas.

De conhecimento dos problemas levantados passei a cogitar a possibilidade de aliar a minha prática pessoal do yoga com a prática profissional, ainda que de maneira informal.

Um grande problema do atual modelo assistencial, para Labate e Rosa (2005) está no processo de trabalho médico-centrado que acaba operando na produção do cuidado e da cura. Assim, faz-se necessária uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos processos decisórios que ocorrem no ato da produção da saúde.

Para que haja mudança no modelo de atenção, Labate e Rosa (2005) defendem que existe a necessidade de formar um novo profissional, ou seja, "para uma nova estratégia, um novo profissional", salientando que, se a formação dos profissionais não for adequada ainda na graduação, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia. Portanto, há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam o novo "chamamento" do setor.

A partir desta reflexão, abordar as práticas integrativas em saúde na prevenção de agravos e mais ainda, na promoção da saúde, me pareceu uma forma proveitosa de proporcionar a clientela da Unidade de Saúde da Família (USF), onde atuo, os benefícios destas, efetivando as afirmações do Ministério da Saúde vigente na Política Nacional de

Promoção da Saúde (2006): “nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população” haja vista a constante transformação no perfil das populações e do seu modo de adoecer e morrer. (BRASIL, 2006c)

Implementar as práticas integrativas na ESF é atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada no modelo de atenção humanizada e centrada na *integralidade* do indivíduo, contribuindo para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Considerando o indivíduo na sua dimensão global, sem perder de vista a sua singularidade quando da explicação de seus processos de adoecimento-saúde-morte, o que se pretende é contribuir para a ampliação da co-responsabilidade dos indivíduos pela saúde, e assim para o aumento do exercício da cidadania.

A busca pela ampliação da oferta das ações de saúde proporciona a abertura de possibilidades de acesso a serviços antes restritos a prática de cunho privado. Há de se referir que a prática da Medicina Integrativa ainda está em um âmbito restrito aos indivíduos em geral, seja pelo desconhecimento dos seus benefícios, seja pelo alto valor cobrado a sua aplicação em relação ao poder aquisitivo da maioria da população.

Madel (2005) destaca que o surgimento de novos modelos em cura e saúde se deu a partir da segunda metade do século XX, sobretudo com o movimento social urbano denominado *Contracultura*, desencadeado nos anos 60 e prolongado durante os anos 70 nos EUA e na Europa. A contracultura pode ser definida como um ideário desafiador que questiona valores centrais vigentes e instituídos na cultura ocidental. Portanto, o advento da contracultura, incluiu a importação de modelos e sistemas terapêuticos diferentes daqueles da racionalidade médicos, e até mesmo opostos a ela.

Diversos estudos científicos tais como os de SANTOS e SANTOS (2008), MADEL (2005) e ALVES (2009), apontam que o aparecimento de novos paradigmas em medicina esteja ligado a diversos acontecimentos, situações e condicionamentos complexos, de natureza ao mesmo tempo socioeconômica, cultural e epidemiológica. Entre esses acontecimentos fundamentais, destaca-se um conjunto de eventos e situações que podem ser denominados de "crise da saúde".

A crise da saúde pode ser vista como fruto ou efeito do crescimento das desigualdades sociais no mundo, que se torna particularmente aguda nas sociedades onde há desigualdade social profunda, como no continente latino-americano, com a grande concentração de renda gerando problemas graves de natureza sanitária, tais como desnutrição, violência, doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, além do

ressurgimento de velhas doenças que se acreditavam em fase de extinção, tais como a tuberculose, a hanseníase, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, que se aliam a novas epidemias como a AIDS. Tudo isto, sem mencionar o consumo de drogas como cocaína e *crack*, que tem crescido em proporção maior entre nós que nos países do Primeiro Mundo. (Madel, 2005)

Michel Joubert citado por Madel (2005) tem denominado de "pequena epidemiologia do mal-estar" a análise de uma síndrome coletiva que se poderia definir como biopsíquica, com grande repercussão na saúde física e mental da força de trabalho, caracterizando-se por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, males na coluna vertebral etc., que atinge milhões de indivíduos de quase todos os países nas grandes cidades, ocasionando uma situação permanente de sofrimento para os cidadãos e perda de milhões de dólares anuais para a economia, em função de dias de trabalho perdidos.

Para Madel (2005) este fenômeno de natureza tanto sanitária como cultural, tem suas raízes não apenas nas condições de trabalho do capitalismo globalizado, mas na própria transformação recente da cultura. A perda de valores humanos nos planos da ética, da política, da convivência social e mesmo da sexualidade, em proveito da valorização do individualismo, do consumismo, da busca do poder sobre o outro e do prazer imediato a qualquer preço como fontes privilegiadas de consideração e *status* social, vem adoecendo a população como um todo.

Diante deste quadro a importação de antigos sistemas médicos, como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica, a reabilitação das medicinas populares (como as xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas) foi um evento histórico que atingiu não apenas o Brasil, mas o conjunto dos países latino-americanos, principalmente durante a década de 80, basicamente nos grandes centros urbanos. (MADEL, 2005)

Madel (2005) argumenta que tal evento pode ser evidenciado pelos seguintes indícios: grande desenvolvimento, nos centros urbanos, de farmácias e lojas de produtos naturais; reaparecimento do "erveiro" (vendedor de plantas medicinais) em feiras populares urbanas, o aparecimento no noticiário da grande imprensa escrita e televisiva de reportagens sobre os efeitos curativos de terapias ou práticas terapêuticas não-convencionais, denotando aumento na procura das mesmas por um número significativo de pessoas.

Esse aumento no uso da medicina não tradicional na sociedade ocidental passou a ser denominado de "terapias ou medicinas alternativas", e começaram a disputar espaços não apenas junto à clientela liberal ou privada, mas também nos serviços de saúde pública, demandando uma legitimação institucional até então não reconhecida ou concebida. No

Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens iniciaram-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. (MADEL, 2005)

A Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006, aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, considerando diversos fatores que garantem a integralidade da atenção. Esta mesma Portaria considera que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso da Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa (MT/MCA) nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas. (BRASIL, 2006a)

Segundo normas da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (2006) os sistemas e recursos a serem utilizados envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas por esse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

A singularidade do paciente e do seu cuidado, visto como totalidade biopsíquica, tende a ser considerados não apenas o objeto, mas também o objetivo central de medicinas como a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, o Yoga e a ayurveda; sendo que os trabalhos relatados aqui neste estudo, apontam para os benefícios da medicina integrativa e do Yoga na qualidade de vida do indivíduo e das populações.

É necessário, entretanto, que se pesquise e saiba sempre mais sobre "Terapias Integrativas", visto sua grande diversidade interna, bem como sua forma diferenciada de inserção e enraizamento na cultura dos povos.

Caracterização da área de atuação

A USF Guanabara é uma entre as 22 que estão localizadas no Distrito Sanitário Ressaca, no bairro Guanabara em Contagem/ MG, à Rua São Sebastião, nº 226. A equipe funciona de 08:00 as 17:00 horas de segunda a sexta-feira.

O Anexo 01 mostra um mapa da localização da USF na grande região do Distrito Sanitário Ressaca e o limite dos municípios Belo Horizonte/Contagem. O Anexo 02 mostra as ruas que compreendem a área de abrangência da USF.

É importante dizer que uma das características das equipes de saúde da família de Contagem está no fato das unidades funcionarem em casas que são semi-adaptadas para atenderem como centro de saúde. Cada domicílio comporta uma equipe com um médico,

uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um auxiliar administrativo e um auxiliar de limpeza.

No que diz respeito às vantagens desta característica, verifica-se que tal estratégia descentraliza o atendimento, melhorando o acesso da população, uma vez que a unidade fica mais próxima do domicílio dos usuários cadastrados e não há barreiras geográficas que dificultem o acesso; proporciona ao profissional de saúde uma vivência mais próxima da realidade local, propiciando coerência na oferta e na adesão aos programas de saúde, além de dar mais autonomia na gestão do serviço.

As desvantagens estão relacionadas ao ambiente semi-adaptado, onde as características físicas do local não são adequadas no que diz respeito às normas de Biossegurança, visto a falta de pias nos consultórios, ausência de sala específica para curativos, ausência de lavanderia e expurgo, superfícies inadequadas para desinfecção, ambiente desfavorável para circulação de pessoas com dificuldade de locomoção, local inadequado para garantir a privacidade nos procedimentos executados, dentre outros.

Atualmente os gestores locais anunciam a fusão de três destas equipes, na qual estaria incluída a USF Guanabara, em uma área construída de acordo com as normas técnicas do Ministério da Saúde que regulamentam as características das instalações físicas e infra-estrutura para o funcionamento dos estabelecimentos de saúde. Essas Normas Legais somadas às Normas Regulamentadoras (NR) sobre riscos e cumprimento de recomendações sobre equipamentos de proteção individual, programa de prevenção de riscos ambientais e Normas de Biossegurança devem nortear o funcionamento dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde para melhoria no cuidado à população.

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a USF Guanabara possui os dados demográficos descritos na Tabela 01 no que se refere ao número de famílias e pessoas cadastradas por microárea. (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2006b)

Tabela 01: Número de famílias e pessoas cadastradas por microárea na ESF Guanabara no ano de 2006.

Micro área	Nº de famílias	Nº de pessoas
01	231	747
02	240	808
03	221	773
04	207	717
05	225	778
06	272	707
TOTAL	1.396	4.530

Fonte: Epidemiologia Distrito Ressaca, Contagem/MG, 2006.

Os dados da Tabela 01 nos informam que o número total de pessoas assistidas pela USF ultrapassa o máximo recomendado pelo Ministério da Saúde de 4000 pessoas ou 1000 famílias, confirmando a sobrecarga do serviço. Tal circunstância favorece a execução não sistematizada das ações, uma vez que se prioriza cobrir as demandas de quadros agudos.

Tal assertiva pode ser confirmada a seguir pelo Quadro 01 que mostra os agravos notificados pela USF Guanabara no ano de 2006, onde o maior número de notificações é de diarreia, correspondendo a um quarto das notificações de todo Distrito, comprovando o perfil de doenças agudas como principal motivo de atendimento no dia a dia do serviço.

Quadro 01- Agravos notificados pela Unidade de Saúde Guanabara no Distrito Ressaca. Contagem, 2006.

Agravo	Nº de notificações da ESF	Total de notificações do Distrito	% da ESF no Distrito
Dengue	11	717	1,53
Varicela	24	437	5,49
Diarréia	101	399	25,31
HPV	03	256	1,17
Conjuntivite	12	188	6,38
Rubéola	02	51	3,92
<i>Trichomonas vaginalis</i>	05	35	14,2
Esquistossomose	01	30	3,33
Tuberculose	01	30	3,33
Atendimento anti-rábico	-	24	00
Hepatite viral	-	16	00
Leishmaniose visceral	-	10	00
Leishmaniose tegumentar	-	7	00
Caxumba	-	6	00
Leptospirose	-	6	00
Meningite	01	6	16,66
Gestante contato rubéola	-	6	00
Acidente animal peçonhento	-	3	00
Clamídia	-	3	00
Gonorréia	-	3	00
Sífilis	-	3	00
Hanseníase	-	2	00
Herpes Genital	-	2	00
AIDS	-	1	00
Desnutrição grave	-	1	00
Doença de Chagas	-	1	00
Sarampo	-	1	00
TOTAL	161	2244	7,17

Fonte: Epidemiologia do Distrito Ressaca, 2006.

A distribuição da população da ESF Guanabara por sexo é retratada na Tabela 02 e mostra que a maior parte da população assistida é composta por pessoas do sexo feminino (53,57%), semelhante daquela encontrada nos dados nacionais. Para esta proposta de

intervenção espera-se que o maior público seja constituído por mulheres, levando em conta as diferentes fases do ciclo da vida feminina, inclusive gestacional.

Tabela 02: População da ESF Guanabara distribuída por sexo no ano de 2006.

Sexo	Número absoluto	%
Feminino	2.427	53,57
Masculino	2.103	46,43
Total	4.530	100

Fonte: Epidemiologia Distrito Ressaca, Contagem/MG, 2006

Verificamos pela Tabela 03 que a população da USF Guanabara distribuída por sexo e faixa etária em 2006 é uma população predominantemente de adultos jovens em fase economicamente ativa: entre 20 e 49 anos. A população idosa (>60) ainda tem uma discreta prevalência (7,61% do total). No entanto, Filho e Ramos (1999) afirmam que o processo rápido de envelhecimento da população brasileira vem sendo ultimamente enfatizado, particularmente no que se referem as suas implicações em saúde pública, sendo que em 2025 o Brasil figurará com uma proporção de idosos semelhante ao que é hoje registrado em países desenvolvidos.

Tabela 03: População da USF Guanabara distribuída por sexo e faixa etária em 2006.

Sexo	Faixa etária em anos										Total
	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
Masculino	41	119	73	137	194	150	831	266	162	130	2.103
Feminino	25	159	88	126	191	181	951	308	183	215	2.427
Total	66	278	161	263	385	331	1.782	574	345	345	4.530

Fonte: Epidemiologia Distrito Ressaca, Contagem/MG, 2006

Outra particularidade deste perfil demográfico está na constatação do bairro Guanabara estar no limite dos municípios Belo Horizonte/Contagem, manifestando características de “bairro dormitório”, ou seja, apresenta um perfil basicamente residencial, em que a maioria dos moradores, por falta de opção, se desloca a outros bairros para trabalhar ou prosseguir com os estudos, retornando ao final do dia. Associando estes dois perfis, espera-se que a adesão à proposta de intervenção seja predominantemente de mulheres, do lar, idosos e aposentados.

Quanto ao perfil de morbidade retratado na Tabela 04, temos que as duas principais causas de adoecimento são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, o que não difere daquela detectada na maior parte do país.

Tabela 04: População da ESF Guanabara segundo faixa etária e doença referida no ano de 2006.

Faixa etária (anos)	Doenças Referidas									
	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB
0 a 14	-	-	01	02	-	01	02	-	-	-
15 e +	51	06	18	107	-	13	465	-	-	-
Total	51	06	19	109	-	14	467	-	-	-

Fonte: Epidemiologia Distrito Ressaca, Contagem/MG, 2006

Legenda: **ALC:** alcoolismo; **EPI:** epilepsia;
CHA: Doença de Chagas; **HA:** hipertensão arterial;
DEF: deficiente físico; **HAN:** hanseníase;
DIA: diabetes mellitus; **MAL:** malária;
DME: deficiência mental; **TB:** tuberculose

De acordo com os benefícios cardiovasculares da prática de yoga mais adiante relatados, espera-se que este índice mantenha-se e até diminua após a implementação da proposta.

Os dados de mortalidade da USF Guanabara não foram passíveis de análise, pois os mesmos não se encontram desagregados dos dados do distrito Ressaca. Mas entendendo que o perfil de mortalidade não pode ser demasiadamente diferente daquele encontrado na grande região distrital, a opção foi apresentar os dados de mortalidade do distrito.

Pelos dados extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade e pela análise da Tabela 05, no ano de 2006 ocorreram 448 óbitos no distrito Ressaca, sendo 269 (60%) homens e 179 (40%) mulheres. Podemos especular que o maior número de óbitos do sexo masculino seja devido causas externas já que a população feminina é maior na faixa etária de 60 anos e mais (tabela 03).

Tabela 05- Óbitos de residentes no distrito Ressaca, por sexo e faixa etária. Contagem, 2006.

Faixa Etária OMS	Masculino	%	Feminino	%	Total
<1 ano	08	3,0	13	7,3	21
1-4	01	0,4	02	1,1	03
5-14	07	2,6	03	1,7	10
15-24	25	9,3	4	2,2	29
25-34	30	11,2	12	6,7	42
35-44	22	8,2	10	5,6	32
45-54	35	13,0	15	8,4	50
55-64	49	18,2	22	12,3	71
65-74	47	17,5	32	17,9	79
75 e +	36	13,4	62	34,6	98
Ignorado	09	3,3	04	2,2	13
Total	269	100	179	100	448

Fonte: SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) – 2006

Pela Tabela 06 verificamos que dentre as causas básicas de óbitos, as doenças do sistema circulatório foram responsáveis pelo maior número de mortes (22,3%), sendo

superior no sexo feminino. Os óbitos por causas externas foram a segunda causa básica de mortes (17,4%), sendo superior no sexo masculino. As neoplasias representaram a terceira causa básica de óbitos (13,4%) sendo superior no sexo masculino.

Vale à pena destacar que a causa externa, que no Brasil configura como a quarta causa de morte, no Distrito Ressaca em Contagem esta se apresenta como segunda causa. Trata-se de um dado preocupante, pois se relaciona diretamente com a questão da violência (homicídio, suicídio e acidentes de trânsito), refletindo no surgimento de traumas e desagregação familiar, diminuição precoce da mão de obra e oneração dos cofres públicos. Através das filosofias e atitudes pacíficas propostas nesta intervenção, penso que não seja utopia desejar que os índices de violência diminuam em longo prazo.

Tabela 06- Óbitos de residentes do Distrito Ressaca, segundo causa básica e sexo. Contagem, 2006.

Causa (CID10 BR)	Masculino	%	Feminino	%	Total
Doenças aparelho circulatório	47	17,5	53	29,6	100
Causas externas	67	24,9	11	6,1	78
Neoplasias	34	12,6	26	14,5	60
Doenças aparelho respiratório	26	9,7	26	14,5	52
Sintomas anormais clínicos e laboratoriais	23	8,6	13	7,3	36
Doenças aparelho digestivo	19	7,1	08	4,5	27
Afecções originadas período perinatal	14	5,2	09	5,0	23
Doenças infecciosas parasitárias	13	4,8	09	5,0	22
Doenças endócrinas, nutricionais	09	3,3	09	5,0	18
Doenças sistema nervoso	05	1,9	05	2,8	10
Doenças aparelho geniturinário	05	1,9	03	1,7	08
Malformações congênitas, anormalidades	02	0,7	05	2,8	07
Transtornos mentais comportamentais	03	1,1	01	0,6	04
Doenças sangue e imunológicas	01	0,4	01	0,6	02
Doenças de pele tecido subcutâneo	01	0,4	00	0,0	01
Total	269	100	179	100	448

Fonte: SIM – 2006

De acordo com os critérios de classificação de risco das Equipes da Estratégia de Saúde da Família de Contagem, estabelecida na Lei Complementar 49 de 02/04/2008, tendo como um dos indicadores de vulnerabilidade os fatores sócio-sanitários (saneamento, habitação, educação, renda e informações sociais) do Censo IBGE 2000, a USF Guanabara é classificada como sendo de médio risco, ou seja, os setores censitários possuem valores do índice de vulnerabilidade à saúde em ½ desvio padrão em torno da média.

Esta classificação pode ser considerada como um bom índice quando comparado as equipes classificadas de risco elevado ou muito elevado, uma vez que tal perfil populacional, em parte, é facilitador do trabalho, pois se estima que em melhores condições

socioeconômicas os usuários tendam a ter mais consciência de seus direitos, muito embora esta contrapartida não seja observada.

No que diz respeito às Redes de Apoio Sociais, podemos encontrar segundo Andrade e Vaitsman (2002), três tipos de organizações: as sociais (religião, comunidade, jovens, esportes, mulheres, saúde e grupos de educação e informação); as políticas tradicionais (sindicatos, associações profissionais e partidos políticos); e as que alguns denominam “novas organizações políticas” (meio ambiente, paz, direito dos animais e grupos defensores de direitos coletivos e da cidadania).

Dentro do território da USF Guanabara está instalado um projeto de cunho social, intitulado “Mulher Guerreira” criado em 2004 e até hoje mantido pela vereadora Maria José Chiodi. O projeto desenvolve um trabalho assistencial, principalmente junto às mulheres e crianças das comunidades carentes do município, através do atendimento médico, social e dentário, além de cursos profissionalizantes e acessoria jurídica gratuita.

Visto a abrangência da atuação do projeto, o estabelecimento de uma parceria seria uma boa estratégia para a inserção e captação de pessoas interessadas em atuar no âmbito das práticas alternativas em saúde.

Outro recurso social que pode ser utilizado é a Associação Comunitária do Bairro Jardim Laguna – ACJALA, localizada nas proximidades da USF Guanabara. O local possui um espaço amplo com banheiros e ventilação adequada, propiciando uma boa infraestrutura para realização das práticas propostas neste projeto de intervenção.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto para incorporação das Práticas Integrativas em Saúde para a população assistida na Unidade de Saúde da Família Guanabara no município de Contagem/MG, com ênfase no Yoga.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Implementar ações de promoção da saúde que visem à melhoria da qualidade de vida;

Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde e, conseqüentemente, reduzir a procura pelos serviços de saúde;

Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma *Cultura de Paz*.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de intervenção que procura fundamentar a introdução das práticas alternativas em saúde em uma unidade de saúde da família, ao identificar grupos de risco, necessidades e características dos segmentos que poderiam beneficiar-se de alguma forma.

Visando o alcance dos objetivos propostos, foi necessário construir um percurso metodológico sustentado por três etapas de trabalho:

- A primeira etapa consistiu de levantamento da literatura disponível na base de dados da Biblioteca Central e Biblioteca Baeta Viana, ambas da UFMG. Acesso a internet (Bireme, Intranet, Scielo, Google e BVS), livros pessoais e do acervo do Instituto de Yoga Aravinda. Concomitantemente foi realizado levantamento dos dados demográficos e dos indicadores de saúde da população no setor de Epidemiologia Distrital através dos arquivos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Devido a problemas operacionais deste setor, foram disponibilizados os dados do SIAB apenas do ano de 2006, pois os dados dos anos seguintes ainda não estavam digitados. Para a busca bibliográfica foram utilizadas palavras chaves, tais como: medicina alternativa, práticas/terapias alternativas, terapias holísticas, medicina complementar e integrativa proposta/projeto de intervenção em saúde. Não foi estabelecido critério com relação à data de publicação dos temas, principalmente, porque há uma restrita produção científica na área, e também devido às diferentes denominações para práticas integrativas, ora retratadas como medicina alternativa, holística ou complementar, contribuindo para a não sistematização em uma abordagem unificada; além de se tratar de um tema relativamente novo no contexto do tradicionalismo da ciência contemporânea.

Portanto, trata-se de uma *Revisão Narrativa*, pois segundo Rother (2007), esta constitui, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas submetidas à interpretação e análise crítica do autor. As revisões narrativas permitem a apropriação de um conhecimento sobre uma temática específica em um curto espaço de tempo e não possuem metodologia que permitam a reprodução dos dados, e nem fornecem respostas quantitativas para questões específicas. Diferentemente da Revisão Sistemática, como o próprio nome diz, constitui-se de uma revisão planejada, com perguntas e métodos sistemáticos e com rigor metodológico. Rother (2007) define a Revisão Narrativa constituída de:

Introdução, Desenvolvimento (texto dividido em seções definidas pelo autor com títulos e subtítulos de acordo com as abordagens do assunto), Comentários e Referências, tais como apresentados neste TCC.

- Na segunda etapa foi realizada uma análise da literatura selecionada tentando estabelecer uma correlação entre a proposta de intervenção com as tendências atuais, bem como alguns relatos de experiências na área.

- Na terceira etapa foi elaborada uma proposta de intervenção para a Equipe de Saúde da Família Guanabara, levando em conta os aspectos relacionados à população adscrita, às Redes Sociais e as características do serviço de saúde da família.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Sistema Único de Saúde

Segundo Levcovitz et al (2001) antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Em 1979 o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde chegou a conclusões altamente favoráveis, e na década de 80 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças, com universalização progressiva do atendimento, já numa transição para o SUS.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um marco na história do SUS por vários motivos: foi a primeira Conferência a ser aberta à sociedade; foi muito importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária e, principalmente, definiu a saúde como "direito de todos e dever do Estado"; e também resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição Brasileira de 1988. (BRASIL, 2009)

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. (BRASIL, 2009)

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual e uma de suas principais características é o controle social, ou seja, a participação dos usuários na gestão do serviço.

Consta na Constituição Brasileira de 1988 que a assistência à saúde deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. E ainda, que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. O nível de saúde de uma população expressa a organização social e econômica do país. (BRASIL, 2009)

Para Barreto (2002) podemos, sem sombra de dúvida, dizer que os princípios legais no tocante à saúde são extremamente progressistas. O eixo destes princípios se encontra

na íntima ligação entre a saúde dos indivíduos e das populações e na inserção da saúde na organização da sociedade. Acredita-se que a implementação plena de tais princípios constitucionais e legais propicia um sistema de saúde fundado nos conceitos mais avançados de promoção da saúde.

Os princípios doutrinários do SUS, que estão descritos a seguir, foram revisados por CUNHA e CUNHA (1998) sendo que os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são às vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, regionalização e hierarquização são chamados de princípios organizacionais, mas não está claro qual seria a classificação do princípio do controle social.

A **universalidade** do SUS é definida como “saúde um direito de todos”. Entende-se que o Estado tem a obrigação de garantir o acesso aos serviços de saúde no país em caráter universal, ao qual todos têm direito. E para isto cada município vai organizar e executar o seu plano de saúde. Historicamente, quem tinha direito a saúde no Brasil eram apenas os trabalhadores segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e depois do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Com o SUS a saúde passa a ser um direito de cidadania a todas as pessoas independentemente do sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

A **integralidade** diz respeito a atenção à saúde que inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas ou de grupos, devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria. Significa considerar a pessoa como um todo integral, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. O princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Integralidade no contexto relatado por Kell (2008) pode ser entendida no “cuidado de pessoas, grupos e coletividade tendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância das ações de educação em saúde como estratégia integradora de um saber coletivo que traduza no indivíduo sua autonomia e emancipação.”

Kell (2008) vai abordar a integralidade em vários aspectos. Primeiro como crítica a atitude médica fragmentária a um sistema que privilegia a especialização e a segmentação. Em seguida como crítica às práticas dos profissionais de saúde pela

atenção individual curativa, e para que estes incorporem ações de promoção e prevenção na atenção à saúde a partir do referencial da Medicina Preventiva. E continua definindo a integralidade como um mecanismo que proporciona acesso às técnicas de diagnóstico e tratamento necessárias a cada caso, tendo a articulação necessária a partir da atenção básica aos meios de diagnóstico e atenção especializada quando preciso, de ampliação de acesso ao sistema de saúde e de resolutividade da atenção.

Pelo princípio da integralidade o indivíduo é tomado como um ser humano, social, cidadão que biológica, social e psicologicamente está sujeito a riscos de vida. Desta forma o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para a sua doença. Isto exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos.

Para Budo citado por Kell (2008) assumir a integralidade na educação em saúde significa que os profissionais passem a perceber a comunidade como "seres que sabem, sabem que sabem, sabem por que sabem, sabem como sabem, e sabem dizer a terceiros o que sabem e não menos importante, agem conseqüentemente aos seus saberes". Desta forma, a responsabilidade pela apropriação do cuidado para a saúde fica mais fácil de ser trabalhado junto à comunidade pelo profissional de saúde, ao partir do princípio que a pessoa possui uma bagagem de conhecimentos apropriados ao longo da vida que ajudam a aproximar o sujeito de onde se quer chegar, ou seja, na promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Portanto, pode-se afirmar que o princípio da integralidade é o que confere maior representatividade nesta proposta de intervenção.

A **equidade** define que todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, equidade em saúde deve ser entendida como um estado determinado por múltiplos fatores e sua mensuração se dá por comparação a parâmetros estabelecidos. Atualmente, os sistemas públicos de saúde operam com categorias classificatórias de prioridade para a atenção, ou seja, com os conceitos de risco ou vulnerabilidade, que inclui o risco social ou econômico, mas se acrescentam riscos subjetivos e biológicos, porque as pessoas não são iguais e, por isso, tem necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Trata-se de um princípio de justiça social. Vale lembrar que o tema da equidade em saúde está também ligado à qualidade dos serviços, ou seja, à sua capacidade de resolver problemas de saúde. . (CUNHA e CUNHA, 1998)

Por **descentralização** político-administrativa, entende-se que no SUS existem três níveis de governo, também chamados de esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma

com comando único e atribuições próprias. Assim, a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo Ministro da Saúde, nos estados pelos Secretários Estaduais de saúde e nos municípios pelos Secretários Municipais ou Chefes de Departamentos de saúde. Eles são também conhecidos como “gestores” do sistema de saúde. (CUNHA e CUNHA, 1998)

A descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. No SUS a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, que deve assumir papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde. A decisão deve ser de quem executa, de quem está mais perto do problema, pois quanto mais perto estiver a decisão maior a chance de acerto. A descentralização ou a municipalização, é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa responsabilização do município. (CUNHA e CUNHA, 1998)

Os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade, estabelecendo os princípios da **hierarquização** e **regionalização**. A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços já existentes, buscando o comando unificado dentro de uma área geográfica pré-estabelecida. A hierarquização de serviços significa que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida. A hierarquização deve proceder a divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso, no limite dos recursos disponíveis numa dada região: do mais simples para o mais complexo. Deve ainda incorporar-se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamento (referência) e de retorno de informações (contra-referência). Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema. (CUNHA e CUNHA, 1998)

O nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, melhor a eficiência e eficácia dos mesmos, produzindo resultados com qualidade.

A participação da comunidade ou o **controle social**, foi regulado pela Lei nº 8.142. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis, e através dos *Conselhos de Saúde*, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Os Conselhos têm caráter deliberativo, permanente, composto por governo, trabalhadores da saúde e prestadores privados, onde ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto. Os Conselhos e as Conferências de Saúde têm como

função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. As *Conferências de Saúde* são fóruns com representação de vários segmentos que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação de saúde e ajudar na definição das políticas. (CUNHA e CUNHA, 1998)

Segundo Cunha e Cunha (1998) também merece destaque o caráter da complementaridade do setor privado, que se traduz nas condições sob as quais o setor privado deve ser contratado caso o setor público se mostre incapaz de atender a demanda programada. Devem ter prioridade os não lucrativos ou filantrópicos. E para a celebração dos contratos deverão ser seguidas as regras do direito público. Ou seja, trata-se de fazer valer a lógica do público e das diretrizes do SUS. Todo serviço privado contratado passa a seguir as determinações do sistema público, em termos de regras de funcionamento, organização e articulação com o restante da rede. Para contratação de serviços, os gestores deverão proceder a licitação, de acordo com Lei Federal.

De acordo com a Constituição, a Lei Orgânica da Saúde estabelece a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; dando-lhes o direito à informação sobre sua saúde e ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização.

Portanto, o SUS tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. (BRASIL, 2009)

O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação - Vigilância Epidemiológica - são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária. (BRASIL, 2009)

É importante dizer que a operacionalização das diretrizes do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e controle social) tem sido uma tarefa difícil dos municípios brasileiros. Estes têm enfrentado obstáculos de toda ordem: dificuldades de financiamento, disputa de grupos com interesses divergentes, insuficiência de capacidade gerencial, excessiva burocracia nas formas de administrar a máquina pública, experiência ainda recente com os processos de descentralização e democratização, insuficiência de mecanismos jurídicos para a regulação da rede privada, formação de recursos humanos com perfil diferente daquele demandado pelo novo sistema, e uma lista interminável de outros problemas. Apesar disso, várias experiências bem sucedidas têm sido implantadas. O SUS se contrói no cotidiano de todos aqueles

interessados na mudança da saúde no Brasil. E entendê-lo é uma boa forma de fortalecer a luta pela sua construção. (CUNHA e CUNHA, 1998)

4.2 Atenção Básica no SUS

De acordo com o Ministério da Saúde (2006c) a Atenção Básica (AB), como primeiro nível de atenção do SUS, caracteriza-se por um “conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e visa à manutenção da saúde”. Deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais, de maneira a desenvolver responsabilidade sanitária sobre as diferentes comunidades adscritas a territórios bem delimitados, deve considerar suas características sócio-culturais e dinamicidade e, de maneira programada, organizar atividades voltadas ao cuidado longitudinal das famílias da comunidade.

Este nível de cuidado é desenvolvido por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Para Fausto, citada por Machado (2007) somente nos últimos anos que o movimento de fortalecimento da Atenção Básica funde-se ao ideário do SUS e ao processo de descentralização da política de saúde. A própria opção pela denominação "Atenção Básica" decorre da negação de concepções restritivas sobre Atenção Primária propostas por organismos internacionais, e pela tentativa de diferenciação da estratégia brasileira, uma vez compreendida como componente estratégico para estruturação, organização e equidade do sistema.

As unidades básicas de saúde podem variar em sua formatação, adequando-se às necessidades de cada região. Podem ser: 1) *Unidade de Saúde da Família*: unidade pública específica para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam às diretrizes da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde; 2) *Posto de saúde*: unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença

intermitente ou não do profissional médico; 3) *Centro de saúde/unidade básica de saúde*: unidade para realização de atendimentos de atenção básica, permanente e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. (BRASIL, 2009)

No que se refere ao presente estudo, a ESF Guanabara estaria classificada como define o item 1, ou seja, Unidade de Saúde da Família, embora no município de Contagem ainda existam os três modelos de atenção.

Para atuarem em conjunto com os profissionais de saúde da família, em 2008 foi instituído em Contagem o Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF), localizado em um espaço denominado Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC) na região do bairro Laguna, onde funciona um Serviço de Imunização com sala de vacinas e este do pezinho. No NASF está disponível o serviço de saúde mental e de odontologia do distrito, com a atuação de psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, odontólogos e técnicos de higiene dental. Há também o atendimento de pediatria, ginecologia e hebiatria.

Para ser atendido no NASF o usuário deve adquirir uma guia de referência na sua respectiva ESF e aguardar agendamento.

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009) as Unidades de Atenção Básica compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS. Deve ser uma prioridade na gestão do sistema, porque, quando funciona adequadamente, a comunidade consegue resolver, a maioria dos seus problemas de saúde. A prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvido nas unidades básicas de saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprir seus verdadeiros papéis, o que deve resultar em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes.

4.3 Estratégia de Saúde da Família (ESF)

O Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente definido com **Estratégia de Saúde da Família (ESF)**, foi criado em março de 1994 como uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde. Está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do SUS e se fundamenta em uma nova ética social e cultural,

com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades. (SOUZA, 2007)

Segundo conceito do Ministério da Saúde (1997) a Saúde da Família caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde. Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde. Propõe a reorganização das práticas de saúde que leve em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. Busca uma prática de saúde que garanta a promoção à saúde, à continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e, em especial, a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde. (BRASIL, 1997)

As diretrizes do Ministério da Saúde (1997) declaram que a ESF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população. (BRASIL, 1997)

Embora o perfil do usuário da USF Guanabara seja predominantemente caracterizado por mulheres e crianças, este perfil têm se tornado cada vez mais heterogêneo em decorrência da ampla divulgação de informações dos agravos em saúde e dos seus diferentes métodos de prevenção. Soma-se isto ao incentivo governamental de ampliar a atenção a saúde das populações, no que tange ao adolescente, ao homem e ao idoso.

Uma evidência deste processo está na criação em 2006 do *Centro de Referência em Saúde do Homem* em Contagem, que é o primeiro município brasileiro a contar com um centro de referência em saúde do homem. A criação de um centro de referência em saúde masculina surgiu a partir do levantamento realizado pela Prefeitura, que constatou que muitos problemas de saúde pública no município estão relacionados a questões específicas do gênero masculino. Outro estudo, de caráter sociológico, identificou as razões que levam o homem a ser menos cuidadoso com a sua própria saúde, pois de um modo geral, o homem resiste mais em procurar um médico.

Há também a intenção de se criar o *Instituto de Saúde do Homem*, proposto durante a IV Conferência Municipal de Saúde de Contagem em 2005. Trata-se de um projeto inédito na América Latina e deverá, através do SUS, ser estendido a todo o país. O Instituto deverá funcionar como um centro de pesquisa sobre a saúde do homem, cultura, antropologia e

fatores comportamentais, impulsionado a partir de dados colhidos pelo Centro de Referência da Saúde do Homem.

Um equívoco, que merece negativa ao ser relatado por Souza (2007) é a identificação da ESF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois a Estratégia deve ser entendida como modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal, assumindo o desafio da equidade e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe aliado ao saber popular do Agente Comunitário de Saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado por ter um território definido, com uma população delimitada e sob a sua responsabilidade. (BRASIL, 2009)

Na Estratégia de Saúde da Família, abordada pelo Ministério da Saúde (2009) os profissionais realizam o cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas à solução dos problemas de saúde, de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias. A estratégia também estabelece vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população, por estimular o controle social, por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões, e por atuar de forma intersetorial por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais. (BRASIL, 2009)

De acordo com o Ministério da Saúde (1997) o **enfermeiro da ESF** deve desenvolver seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na unidade de saúde, junto à equipe de profissionais, e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem. Suas atribuições básicas são:

- executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso;
- desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde
- oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária;
- promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;

- discutir de forma permanente, junto à equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família. (BRASIL, 1997)

Portanto, as atribuições do Enfermeiro da ESF estão em consonância com a proposta deste estudo no que diz respeito à promoção da saúde e da qualidade de vida individual e coletiva.

4.4 Promoção da saúde

Para o Ministério da Saúde (2006c) a Promoção da Saúde é “compreendida como estratégia de articulação transversal, à qual incorpora outros fatores que colocam a saúde da população em risco, trazendo à tona as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país. Visa criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.”

“A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co responsabilidade.” (BRASIL, 2006)

Nesse sentido, a **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**, que compõem as prioridades do Pacto Pela Vida, prevê que a organização da atenção e do cuidado deve envolver ações e serviços que operem sobre os determinantes do adoecer e que vão além do próprio sistema de saúde. O objetivo dessa política é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Tem como ações específicas: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável. (BRASIL, 2006c).

Promoção à saúde também pode ser definida como: o processo de envolvimento da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (BRASIL, 2006c).

A definição de promoção da saúde contida no Caderno de Atenção Básica nº 12 do Ministério da Saúde de 2006, parte de uma concepção ampliada de saúde que vai além da ausência de doença. É entendida como um direito que deve ser garantido e preservado, sendo determinada pelo acesso à renda, moradia, alimentação, educação, trabalho, lazer, transporte e serviços em geral, refletindo nas atitudes e escolhas cotidianas. A saúde é um processo em permanente construção, sendo, ao mesmo tempo, individual e coletivo. (BRASIL, 2006b)

A promoção da saúde, como uma das estratégias da produção de saúde, contribuem na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Nesta perspectiva, para que a promoção da saúde se dê plenamente, é fundamental que ela não se restrinja ao setor saúde, devendo ser construída por meio de uma ação intersetorial do poder público em parceria com os diversos setores da sociedade. (BRASIL, 2006)

Neste contexto, o Ministério da Saúde defende que a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer. A partir desses princípios, os campos de ação da promoção da saúde abarcam a construção de políticas públicas saudáveis, incluindo a criação de ambientes favoráveis à saúde; a reorientação dos serviços de saúde; o desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço à participação popular. (BRASIL, 2006b)

Afirma-se que a Promoção da Saúde é uma das estratégias cuja especificidade é o fortalecimento da abordagem dos determinantes sociais nas ações do setor saúde. Nessa direção, as ações de Promoção da Saúde tomam como foco os modos de viver de sujeitos e comunidades, onde sujeitos e comunidades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam outras possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses no contexto de suas próprias vidas. Ou seja, é com base na disponibilidade de acesso a determinadas informações, políticas públicas, renda, moradia e bens de consumo, dentre outros fatores que se constrói uma sociedade onde existirá mais saúde ou mais adoecer. (BRASIL, 2009)

4.5 Medicinas Alternativas Complementares (MAC)

De acordo com Barros e Tesser (2008) as Medicinas Alternativas Complementares (MAC) podem ser definidas como um grupo de sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da biomedicina. Esse grupo pode ser organizado em:

- Sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica, e outras);
- Intervenções mente-corpo (meditações, yoga, orações);

- Terapias biológicas (baseados em produtos naturais não reconhecidos cientificamente);
- Métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios); e
- Terapias energéticas (Reiki, Tai chi chuan dentre outras).

Quando essas práticas são usadas juntas com práticas da biomedicina, são chamadas **complementares**; quando são usadas no lugar de uma prática biomédica são consideradas **alternativas**; e quando são usadas conjuntamente e baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, chamadas **integrativas**.

No que refere a esta classificação sugerida por Barros e Tesser (2008) podemos dizer que a proposta deste projeto de intervenção encontra-se no âmbito das práticas integrativas, ao ser aplicado como terapia adjuvante na promoção da saúde no contexto biomédico da Atenção Básica da Saúde da Família.

A Organização Mundial da Saúde estimula a associação da medicina tradicional e medicina alternativa/complementares, entendida como "práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios". (BARROS E TESSER, 2008)

Barros e Tesser (2008) citam que os antropólogos foram os pioneiros em estudar as formas de cuidado à saúde e as MAC, e citam Metcalf et al como modificadores do esquema oriundo da antropologia médica norte-americana, que dividiram o cuidado em saúde no Brasil em três setores: a chamada medicina popular ou informal (cuidado de familiares, amigos, vizinhos, assistência mútua em igrejas ou grupos de auto-ajuda); o sistema oficial (biomedicina); e as MAC (homeopatia, acupuntura, especialistas populares e tradicionais).

Tesser (2009) afirma que as práticas complementares, desde as antigas até as mais recentes, afiliadas ou não a racionalidades médicas, dedicam-se eminentemente ao cuidado com a saúde dos indivíduos, localizando-se no pólo individual. A noção de "indivíduo" é uma invenção recente da modernidade, e devemos reconhecer que o cuidado com a saúde individual, no sentido de ser voltado para a pessoa, é tradição comum das culturas. Várias racionalidades médicas insistem em que o cuidado com a saúde é um meio para o objetivo final de realização enquanto ser humano (discurso também da promoção da saúde), concebendo um processo de transformação e realização pessoal como trajetória individual, ainda que seja para religar e re-harmonizar a pessoa com o cosmo, o mundo, os outros. Esse é o objetivo do caminho das práticas tradicionais do yoga ou do tai chi chuan, inseridas nas racionalidades médicas tradicionais da Índia e da China.

Contudo, é comum que essas racionalidades ofereçam práticas, valores e técnicas de promoção de saúde que se realizam também coletivamente em pequenos grupos, valorizando e estimulando a solidariedade, a troca entre os praticantes, o envolvimento

comunitário. As meditações, as massagens e automassagens, os exercícios psicofísicos ou energéticos, que são voltados para o indivíduo, mostram repercussões positivas na sociabilidade, na construção de redes de apoio social, na discussão da participação social e política. Não é por acaso que profissionais do SUS envolvidos com atividades coletivas de tipos variados, inclusive usando técnicas complementares, não raro testemunham que os grupos costumam fomentar cidadãos mais atuantes e mesmo conselheiros locais de saúde. Portanto, é no pólo individual e grupal, numa perspectiva relacional microssocial, que as práticas complementares podem contribuir para a promoção da saúde. (TESSER, 2009)

4.6 Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC)

Quando a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional/Medicina Complementar Alternativa no final dos anos 70, vários comunicados e resoluções expressam o seu compromisso em incentivar a formulação e implementação das políticas públicas para uso racional e integrado deste Programa nos sistemas nacionais de atenção à saúde, desenvolvendo estudos científicos para melhorar o conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. (BRASIL, 2005)

O Ministério da Saúde atendendo as diretrizes e recomendações de várias Conferências de Saúde e às recomendações da OMS realizou a construção da *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* (PNPIC) no SUS a partir de 2003. O grupo gestor responsável pela ordenação dos trabalhos e formulação da Política definiu, pela criação de quatro subgrupos de trabalho respeitando as diversas áreas, em virtude das especificidades de cada uma delas em: Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Acupuntura. (BRASIL, 2005)

Antes, foi necessária a “realização do diagnóstico situacional do SUS, com destaque para a inserção dessas práticas no Brasil, o levantamento da atual capacidade instalada, o número e o perfil dos profissionais envolvidos, a capacitação de recursos humanos e a qualidade dos serviços, entre outros.” (BRASIL, 2005)

O documento final da política foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS garantindo a integralidade na atenção à saúde, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural, visto a crescente legitimação destas por parte da sociedade. (BRASIL, 2005)

“Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados.” (BRASIL, 2005)

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNIPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS e deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS.

As diretrizes da PNPIC que contemplam o exposto neste projeto de intervenção estão relacionadas ao incentivo à sua inserção em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica e o seu desenvolvimento em caráter multiprofissional.

Para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, é prevista a elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando a promoção de ações de informação e divulgação da PNPIC, respeitando as diferenças regionais e culturais, direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral.

As diretrizes para o gestor Municipal contempladas pela PNPIC são:

- ✓ Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede municipal de saúde.
- ✓ Definir recursos orçamentários e financeiros para a sua implementação.
- ✓ Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.
- ✓ Estabelecer mecanismos para qualificar os profissionais do sistema local de saúde.
- ✓ Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/ implementação da Política.
- ✓ Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.
- ✓ Realizar assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos, além da vigilância sanitária e suas ações decorrentes na sua jurisdição.
- ✓ Apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Municipal de Saúde.
- ✓ Exercer a vigilância sanitária no tocante a PNPIC e ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de fármaco-vigilância e fármaco-epidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.

Portanto, o presente estudo está de acordo com os preceitos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

4.6.1 Estruturação das Práticas Integrativas no Brasil atual

“O Ministério da Saúde atendendo à necessidade de se conhecer experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados adotou como estratégia a realização de um Diagnóstico Nacional que envolvesse as racionalidades já

contempladas no Sistema Único de Saúde, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa- Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e da Medicina Antroposófica, além das práticas complementares de saúde.” (BRASIL, 2006a)

Foram aplicados 1.340 questionários, e o resultado do diagnóstico situacional das práticas integrativas e complementares nos sistemas de saúde de estados e municípios demonstraram a estruturação de algumas dessas práticas em 232 municípios, dentre esses 19 capitais e 26 estados. O resultado foi considerado satisfatório na significância para um panorama nacional. (BRASIL, 2006a)

Em seguida encontram-se alguns gráficos que representam a análise deste diagnóstico.

Gráfico 01 - Distribuição por estado da inserção de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, 2006.



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

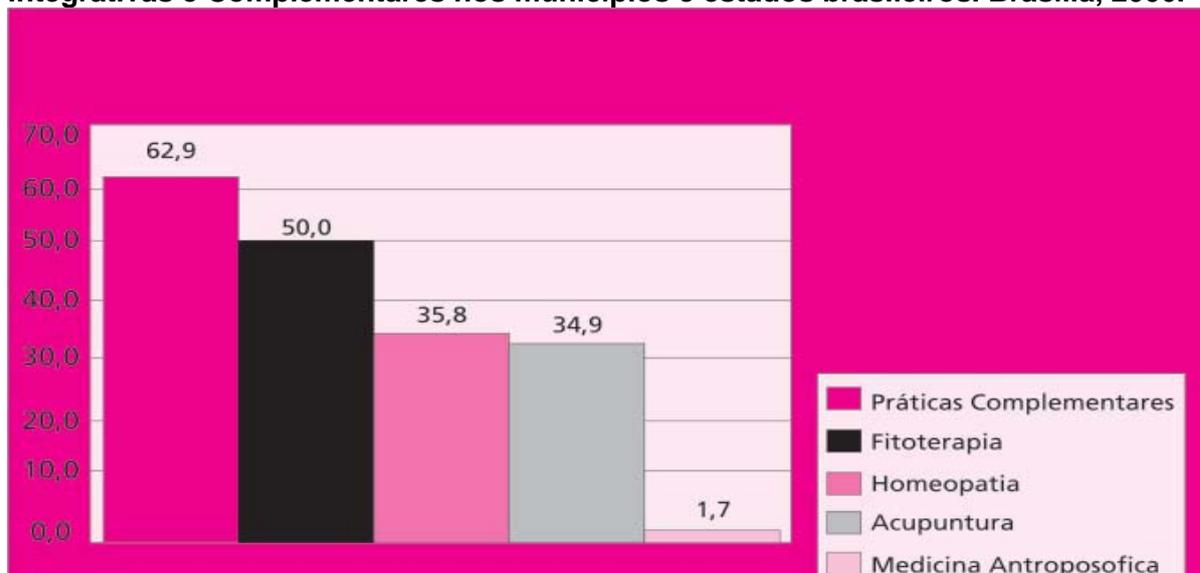
Pela análise do gráfico 01, percebe-se que há maior concentração das Práticas Integrativa e Complementares no SUS nos estados da região sul e sudeste do Brasil.

Enquanto diretriz política e democrática, a oferta das PIC pelo SUS está posta e incontestável. Há uma unanimidade nos níveis local, municipal e nacional na manifestação da vontade política da sociedade civil e dos representantes dos usuários, nas conferências e nos conselhos de saúde brasileiros, quanto ao oferecimento das PIC pelo SUS, na busca pela redução das diferenças regionais na oferta de ações de saúde e a abertura de possibilidades de acesso a serviços de maneira mais equânime, assim como afirmam Barros e Tesser (2008).

Em geral, tais práticas inovam na reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico; na re-situação da relação curador-paciente como elemento fundamental da terapêutica; na busca de meios terapêuticos simples, menos dependentes de tecnologia

científica dura, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia nas situações mais gerais e comuns de adoecimento; na construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente; e na afirmação de um saber/prática que tenha como categoria central a saúde e não a doença. (BARROS E TESSER, 2008)

Gráfico 02 - Distribuição por modalidade, em porcentagem das Práticas Integrativas e Complementares nos municípios e estados brasileiros. Brasília, 2006.



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

De acordo com os dados presentes no gráfico 02, percebe-se que o conjunto das Práticas Complementares de saúde (Reiki, Lian gong, Tai-chi-chuan, Auto-massagem, Do in, Shiatsu, Yoga, Shantala, Tui na e Lien-chi) aparece em primeiro lugar, seguido da Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica.

Estudos têm demonstrado que tais abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo assim para o aumento do exercício da cidadania, para a melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens, configurando uma prioridade do Ministério da Saúde ao tornar disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS. (Ministério da Saúde, 2006)

Para Tesser, 2008 legitimar outras formas de práticas e saberes implica em legitimar outros atores sociais e em multiplicar os critérios de validação social. A esse respeito, alguns tratamentos das MAC, estudadas cientificamente com metodologias que respeitam ou não suas características teóricas e técnicas, apresentam eficácia relevante. Isso facilitou que algumas técnicas não-biomédicas estejam lentamente institucionalizando-se na própria biomedicina.

Porém, a discussão da eficácia das MAC pelos padrões científicos é metodologicamente complexa e com poucos resultados consensuais e confiáveis disponíveis, embora promissores.

Gráfico 03: Distribuição das modalidades de Práticas Complementares nos estados e municípios brasileiros. Brasília, 2006.



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

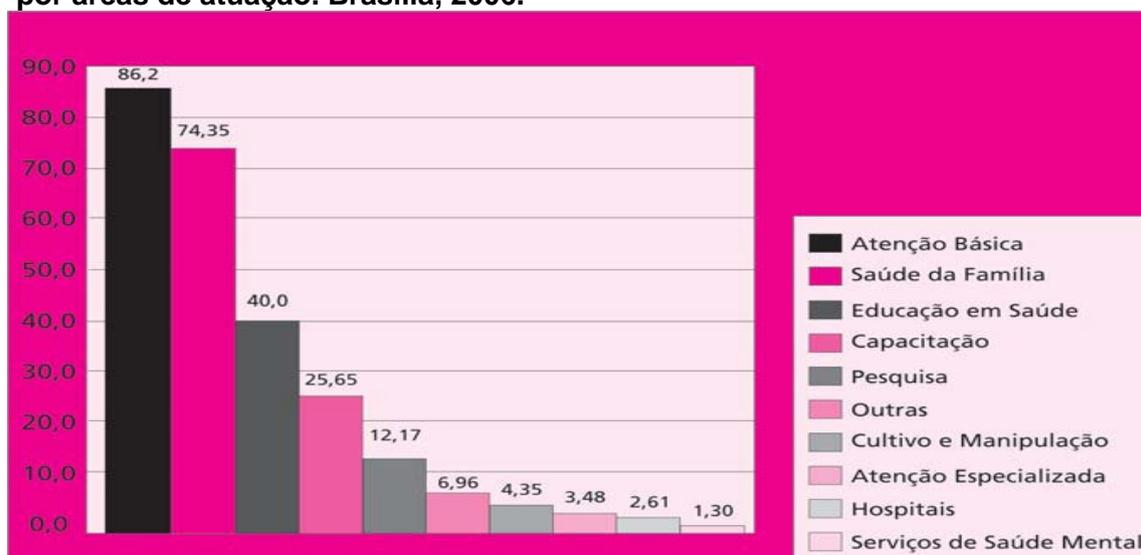
Analisando o gráfico 03, que se refere à prevalência das Práticas Complementares no âmbito do SUS, vê-se que o Reiki aparece em primeiro lugar, seguido do Lian-gong em segundo e do Tai-chi-chuan em terceiro. O yoga aparece em sétimo lugar com 14,6%, próximo dos índices encontrados de Do-in e Shiatsu, portanto é uma modalidade prevalente nos municípios e estados brasileiros.

Contestações a essas iniciativas restringem-se, via de regra, àquelas realizadas pela categoria médica e suas associações. Observa-se que práticas como Lian gong, yoga, tai chi chuan, toque terapêutico, Reiki entre outras, vêm tendo aceitação por profissionais e usuários.

As críticas quanto ao avanço da autonomia e do autocuidado na biomedicina e na cultura contemporânea foi considerado, nos escritos de Illich citado por Barros e Tesser (2008) como um movimento patológico e medicalizante. Nogueira, também citado por Barros e Tesser (2008) chama de **higiomania** a obsessão por saúde na cultura contemporânea, que gerou uma intensificação do consumo de práticas, produtos e serviços de autocuidado e tratamento preventivo, em uma paranóia culpabilizante e individualizante, gerando repercussões políticas e sociais negativas.

Apesar das críticas e das dificuldades, defende-se a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no SUS como cultivo da democracia e da ecologia, onde haja a construção da universalidade, equidade e integralidade em um SUS prudente para um cuidado à saúde decente.

Gráfico 04: Distribuição de ações das Práticas Integrativas e Complementares por áreas de atuação. Brasília, 2006.



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Através da análise do gráfico 04 constatamos que na área de promoção e prevenção à Saúde tais como a Atenção Básica, o Programa Saúde da Família e a Educação em Saúde é que se concentram as Práticas Integrativas e Complementares.

Para Barros e Tesser, 2008 o avanço das PIC gerará confrontos entre corporações e pressões políticas intensificar-se-ão no campo da saúde, principalmente no que se refere à atenção básica, defendida como o *locus* central do cuidado no SUS.

Outros problemas estariam relacionados a Complexidades de bases epistemológicas, dificuldades operacionais e disputas políticas, uma vez que as questões são muitas e de diferentes ordens, como: a proliferação de especialistas "complementares"; a negociação sobre a sua formação e capacitação; a incorporação das PIC na sua complexidade epistemológica ocultista, nas suas dimensões intermediárias, nas suas formas simplificadas, ou seja, transmitida ao público sem nenhuma restrição, ou em todas elas, que é o mais desejável; a democratização das PIC pelas profissões de nível médio e superior, ou a sua restrição a médicos ou a médicos especialistas.

Visto que o objetivo central deste trabalho será a implementação do **Yoga** como terapia integrativa, darei ênfase as suas técnicas e ao seu benefício no cuidado a saúde.

Sendo que algumas técnicas apenas citarei, pois não são aplicáveis a população em foco, visto a dificuldade de recursos materiais para as mesmas ou a impropriedade da ocasião.

Em seguida estão brevemente relatadas as terapias preconizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (2006), no que compreende a **Medicina Antroposófica, Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia** e por fim o **Termalismo Social/Crenoterapia**.

4.6.2 Yoga

De acordo com Borella ET AL (2007) o Yoga, termo em sânscrito que diz respeito à união, é um movimento cultural que se desenvolveu ao longo de milênios na região que hoje é a Índia e adquiriu projeção mundial, com milhões de praticantes de várias modalidades em todo o globo. De forma simplificada, é uma filosofia que visa à identificação do ser humano com sua própria natureza e sua integração com o universo. Em termos mais formais, trata-se de uma disciplina que permite adquirir consciência do estado de libertação ou independência, que é um potencial em todo e qualquer indivíduo.

Yoga é uma filosofia de autoconhecimento na qual, por meio da prática de técnicas e procedimentos milenares, a pessoa alcança sua consciência mais íntima, sua essência. No processo encontra um profundo equilíbrio interno, balanceando os aspectos físicos, emocionais, energéticos, denso e sutil da sua completa natureza.

Um aspecto notável do Yoga é seu caráter vivencial e pessoal. Para Borella et al (2007) na tradição, ele não aparece como algo a ser definido ou explicado em palavras, mas como algo a se aplicado, vivenciado e descoberto pelo próprio indivíduo. Para permitir que esses estados de consciência e plenitude sejam alcançados, é preciso praticar as técnicas associadas ao yoga promovendo uma grande revitalização, o desenvolvimento da intuição, força e dinamismo. Por esse motivo, é cada vez mais procurado por milhares de pessoas que, apesar de não conhecerem sua proposta filosófica mais abrangente, buscam melhor qualidade de vida e desenvolvimento pessoal.

Ainda que as técnicas mais características do yoga sejam as mais sutis, como concentração e meditação, são os exercícios, os ásanas (as posturas), as técnicas respiratórias e seu impacto positivo na saúde, a vitalidade e a estabilidade emocional que atraem a atenção e são utilizados como sinônimo de yoga.

As práticas de yoga servem para resolver as questões da própria existência, ou seja, o resultado de uma vida e sua descoberta interior. As técnicas do yoga promovem um grande reforço da saúde, aumento da vitalidade e disposição, prevenção e ação terapêutica em diversos casos, gerenciamento de estresse, segurança e estabilidade emocional,

melhora a capacidade de raciocínio e criatividade, só para citar alguns de seus efeitos. (Borella et al, 2007)

Melhor do que chamar de exercícios, ferramentas ou técnicas, seria considerar que o yoga é composto por desafios. Cada novo desafio completa um ciclo de aprendizado produzindo rações físicas e emocionais. Entre os principais grupos de técnicas relatados por Borella et al (2007) encontram-se:

Ásana: posições físicas altamente elaboradas para proporcionar alongamento muscular, flexibilidade articular e força. A primeira vista confundem-se com meros exercícios corporais, entretanto numa análise profunda, provocam mudanças psicológicas, fisiológicas e atuam sobre as energias sutis do organismo; alteram o comportamento, desenvolvem consciência corporal, noção dos pontos fortes e fracos, autocontrole, força de vontade, autopercepção, e uma infinidade de efeitos subjetivos, visando prepara o praticante para as técnicas mais introspectivas, o ásana é uma das primeiras etapas trabalhadas na prática, partindo da premissa de que se você não controla suas funções motoras, não pode ter o mínimo de equilíbrio para lidar com questões emocionais.

Pranayama: são mais conhecidos como exercícios respiratórios, mas como tudo no Yoga, isso é apenas uma visão superficial da técnica. O que ela proporciona na maior parte do tempo é a ampliação e o controle da energia corporal com grande influência sobre o equilíbrio emocional. Catalisa uma enorme quantidade de alento para propiciar o desenvolvimento de um grande vigor.

Mantra: Exercícios vocais elaborados segundo uma métrica precisa para ativação de percepções interiores levando a interiorização, a concentração e a meditação. Normalmente são executados cânticos, com a repetição contínua de determinadas sílabas ou sons.

Vinyásana: seqüência de ásanas, executada em uma ou mais voltas, na qual se desenvolve a consciência da respiração e seu sincronismo com o movimento.

Shatkarma: limpeza orgânica que inclui várias técnicas de purificação interna, como exercícios visuais, limpeza das vias aéreas superiores, intestinos, entre outras.

Yoganidra: método de relaxamento profundo e consciente que produz um estado intermediário entre o sono e a vigília, no qual o praticante alcança intensa descontração e interiorização, enquanto mantém total consciência do processo.

Mudra: posições do corpo e gestos pra reforçar estados internos, Essas técnicas atuam como senhas ou códigos de acesso ao subconsciente e inconsciente.

Kriyas: significa atividade, representa a combinação de mudrás, mentalizações, pranayamas e outras técnicas que produzem efeitos específicos sobre as energias circulantes no corpo e os estados mentais

Yama e Niyama: código de conduta pessoal e social como alicerce da evolução. Representam componentes éticos da vida cotidiana, com isto a pessoa procura alimentar-se mais saudavelmente e adotar posturas moralmente corretas tais como o vegetarianismo.

Por meio dessas práticas podemos perceber a importância de propor atividades que levem o paciente a refletir sobre suas condutas e seu estado atual de saúde, a fim de visualizar meios de mudanças em suas atitudes e possibilidades de se autoconhecer, ocasionando melhoras na sua vida de forma geral, entendendo que a qualidade de vida é a qualidade da saúde num conceito muito maior do que comumente nos é afirmado na sociedade.

4.6.3 Benefícios da prática do yoga

O uso do yoga como recurso não-farmacológico no tratamento da hipertensão arterial essencial foi um estudo realizado por Marinho et al (2007) para mostrar os benefícios do yoga na redução dos níveis de estresse, reatividade vascular e função autonômica cardíaca em populações. Foram estudados 16 pacientes (10 mulheres e 6 homens) durante um mês com sessões semanais de yoga. O protocolo de yogaterapia envolveu exercícios de controle respiratório e uma postura associada às técnicas de relaxamento durante 60 minutos diários. As variáveis analisadas foram a variabilidade da frequência cardíaca (VFC) no domínio do tempo, a pressão arterial sistólica (PAS), a pressão arterial diastólica (PAD) e o duplo-produto (DP). Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e ao teste t de Student pareado para análise do p-valor. Foram observadas redução da PAS ($p < 0,01$), da PAD ($p < 0,05$) e do DP ($p < 0,01$) sendo essas alterações associadas à melhora na VFC (índice SDNN $p < 0,001$). Portanto, concluiu-se que o Yoga poderia ser utilizado como recurso complementar no tratamento da hipertensão arterial, uma vez que sua prática está associada à melhora na função autonômica cardíaca, na redução da pressão arterial e da sobrecarga cardíaca em hipertensos.

Outro estudo realizado por Lima e Romarco (2008) diz respeito aos benefícios dos exercícios respiratórios na prática do Yoga e sua influência sobre tensões, dores musculares e ansiedade-traço. Para pesquisa foram avaliadas doze mulheres adultas na faixa etária de 40 a 90 anos, divididas em três grupos aleatoriamente, sendo G(1) realizou atividades do Yoga e exercícios respiratórios, grupo G(2) realizou as mesmas atividades do Yoga sem os exercícios respiratórios e grupo G(C) não realizou atividade alguma, mantendo-se como grupo controle. Para a coleta de dados, foi aplicado o questionário diagnóstico às participante no início e no término do quarto mês e um teste de ansiedade. Os resultados finais indicaram melhora significativa nos pontos de dores e tensões musculares, nos grupos G(1) e G(2) como esperado na literatura pesquisada. Quanto à ansiedade-traço, não ocorreram mudanças significativas em nenhum dos três grupos. Acredita-se que tal fato tenha ocorrido devido a ansiedade-traço estar atrelada a vários fatores como, por exemplo, a expectativa de algum perigo, a tensão e a apreensão, e entende-se que para os benefícios em relação a está característica de personalidade sejam obtidos, é necessário uma intervenção mais específica.

O objetivo do estudo de Santos e Santos (2008) foi verificar a influência da prática de Yoga na condição de saúde, aptidão física e nos níveis de ansiedade em mulheres portadoras da Síndrome da Fibromialgia, que é uma doença reumática não articular, caracterizada por dores musculares difusas, sítios dolorosos específicos associados, freqüentemente, a distúrbios do sono, fadiga, cefaléia crônica, ansiedade, depressão e estresse. O grupo de estudos foi composto de 7 mulheres fibromiálgicas, não praticantes de Yoga, com média de idade de 52,6 anos. A condição de saúde, aptidão física e ansiedade-traço (A-T) foram avaliadas antes e depois das 8 semanas de tratamento, respectivamente através dos instrumentos Questionário do Impacto da Fibromialgia, Teste de Caminhada e Inventário de A-T. A variável ansiedade-estado (A-E) foi verificada através do Inventário de A-E, uma vez por semana antes e depois da sessão de Yoga. Com a análise estatística realizada, os resultados da pesquisa mostram, para um nível de significância(p) de $p < 0,05$, em que houve uma diferença significativa nas variáveis condição de saúde de ansiedade, podendo auxiliar no tratamento da Síndrome.

Alves e Baptista (2005) após constatarem que as doenças pulmonares crônicas obstrutivas ou DPOC transformando-se num grave problema de saúde pública, cuja freqüência aumentou 22% nos últimos 10 anos, realizaram uma pesquisa para analisar a influência da prática do Yoga sobre os volumes inspiratórios e expiratórios em um grupo de idosas, constando de exercícios de alongamento, equilíbrio e força muscular isométrica (ásanas); exercícios respiratórios (pranayamas); relaxamento e meditação, durante um período de 24 semanas. Baseado nos resultados observou-se entre a primeira e a última

testagem, o aumento tanto do volume inspiratório quanto do expiratório; a capacidade inspiratória apresentou um ganho de 190 ml/min e a capacidade expiratória, um ganho de 51,82 l/min. Logo, concluiu-se que o Yoga é uma atividade promotora da função respiratória, devido os seus exercícios respiratórios serem sistematizados simultaneamente com alongamento, relaxamento e concentração, e que pode ser considerado uma ferramenta a mais, pelos profissionais da saúde, tanto na prescrição de exercícios como pelo aspecto terapêutico.

Lacerda (2009) realizou um estudo que analisou os efeitos da prática do Yoga no sistema neuromuscular e cardiovascular em mulheres adultas do PSF no município de Gurupi-TO. Participaram do estudo 10 mulheres adultas voluntárias que pertenciam ao grupo de praticantes de Yoga. Para o estudo foram selecionadas mulheres entre 39 e 61 anos de idade que obtiveram frequência regular nas aulas. Foram observados os resultados obtidos nos testes neuromotores (impulsão vertical, arremesso de medicine ball, teste de sentar-e-alcançar) e avaliações cardiovasculares (Frequência Cardíaca em repouso e Pressão Arterial) antes e após um período de 12 semanas, com 2 aulas semanais de Yoga para iniciantes, com duração de 60 minutos por sessão. Os resultados apontam para melhora de todas as capacidades neuromotoras e para a manutenção das variáveis cardiovasculares analisadas. O estudo demonstrou que a prática regular de Hatha Yoga promove melhora no sistema neuromuscular em mulheres adultas em um período 12 semanas de intervenção. Para melhora do sistema cardiovascular, foi recomendado que a prática de yoga seja realizada com outras modalidades, para otimizar os resultados.

Após a análise de todos os resultados tratados nas experiências anteriores, podemos comprovar nos aspectos qualiquantitativos, que houve melhoras significativas em todas as qualidades analisadas, sendo fator de relevância positiva para a saúde e qualidade de vida das pessoas envolvidas.

4.6.4 Medicina Antroposófica (MA)

A Medicina Antroposófica foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, ou seja, parte do princípio de que não são apenas os processos físico-químicos que explicam os fenômenos da vida. Este modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da medicina antroposófica como instrumentos para ampliação da clínica, tendo obtido reconhecimento do Conselho Federal de Medicina em 1993. (BRASIL, 2006a)

Entre os recursos que acompanham a abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na Homeopatia, na Fitoterapia e outros específicos da Medicina Antroposófica. Integrado ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.

As experiências de saúde pública têm oferecido contribuições aos campos da educação popular, arte, cultura e desenvolvimento social. No SUS são em pequeno número, destacando-se o serviço das "práticas não alopáticas" de Belo Horizonte, em que a Medicina Antroposófica, juntamente com a Homeopatia e a Acupuntura, foram introduzidas oficialmente na rede municipal. Em 1996 a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte realizou o primeiro concurso específico para médico antroposófico. Em 2004, o serviço comemorou dez anos de existência, com número de atendimentos sempre ascendente.

4.6.5 Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando a integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. (BRASIL, 2006a)

“A Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.” (BRASIL, 2006a)

A OMS recomenda a Acupuntura e produziu várias publicações que descrevem sua eficácia e segurança, a capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos. O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras. (BRASIL, 2006a)

A MTC inclui ainda práticas corporais (Lian gong, chi gong, tuina, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais

(Fitoterapia Tradicional Chinesa), relacionadas à prevenção agravos e de doenças, promoção e recuperação da saúde.

No Brasil, a Acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos e em 1988 teve as suas normas fixadas para o atendimento nos serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2006a)

4.6.6 Homeopatia

A partir do Resumo Executivo da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do Ministério da Saúde (2005), “a Homeopatia é um sistema médico holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. e desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII.” (BRASIL, 2005)

Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura do sujeito com as dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais, como por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos. (BRASIL, 2005)

No Brasil, a Homeopatia foi introduzida 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento. “A partir da década de 80, alguns estados e municípios brasileiros começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, novamente a (CIPLAN) fixou normas para o atendimento em Homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em Homeopatia.” (BRASIL, 2005).

Em 2003 o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a homeopatia está presente na rede pública de 20 estados, 16 capitais, 158 municípios, registrando 457 profissionais médicos homeopatas. (BRASIL, 2005).

“O tratamento através da homeopatia fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo, contribuindo para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência.” (BRASIL, 2005).

4.6.7 Plantas Medicinais e Fitoterapia

A Fitoterapia é caracterizada pelo uso de plantas medicinais em diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.

O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças. (BRASIL, 2005)

Desde 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza estas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento que possuem 67% das espécies vegetais do mundo. (BRASIL, 2006a)

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sócio diversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente este conhecimento. (BRASIL, 2005)

Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, em todos os municípios brasileiros, verificou-se que a Fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

4.6.8 Termalismo Social/Crenoterapia

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal. (BRASIL, 2006a)

O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. (BRASIL, 2006a)

A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde. (BRASIL, 2006a)

No Brasil a Crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao país os seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. (BRASIL, 2006a)

A partir da década de 90 a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo de Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2006a)

4.7 Experiências da realidade brasileira

No que concerne a experiências da incorporação das Práticas Integrativas em Saúde aos sistemas de saúde, foram relatadas sete experiências brasileiras pelo *Relatório Final do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde 2009*, destas, cinco são experiências desenvolvidas por Secretarias Municipais de Saúde (Campinas, Várzea Paulista, Pindamonhangaba, Recife, Vitória); as outras duas são do estado do Amapá e do Distrito Federal. A seguir estão expostas seis destas experiências, com exceção de Várzea Paulista.

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) predominantes nessas experiências foram: homeopatia, acupuntura e fitoterapia, além de práticas corporais de diversas modalidades, podendo ainda ser citadas: bioenergética, yoga, nutrição saudável, massagem, arte e musicoterapia, práticas educativas diversas, além de muitas outras.

Um aspecto comum às diversas experiências é a sua articulação com as ações de atenção básica, em particular com a estratégia Saúde da Família. Em boa parte dos casos ocorre também parceria com universidades e instituições de pesquisa, inclusive em cidades que não abrigam tais instituições em seu território, configurando assim uma forma de cooperação técnica. Da mesma forma, é notável a preocupação com a capacitação das equipes para essas modalidades práticas.

A experiência de Campinas se revela avançada em termos conceituais, ao propor a noção de *saúde integrativa*, definida como a percepção do homem e de suas moléstias enquanto resultado da interação entre os seres humanos e com os elementos da natureza, além da consideração dos estilos de vida, da alimentação, dos exercícios como fatores de saúde, traduzindo-se como uma visão integral do processo saúde-doença, mediante a qual pode-se de fato encontrar a cura, no equilíbrio entre a matéria e a energia.

Ainda em Campinas outro projeto implantado em 2002 com o nome de *Corpo em Movimento*, incluía o princípio da Saúde Integral com a prática de ginástica postural, Lian Gong, atualização terapêutica, yoga, exercício de Chinkung para a terceira idade, exercícios de meditação Ch'an Tao, Tai Chi Chuan e Dança circular. Após avaliação da atividade foi confirmado através de gráficos uma diminuição significativa nos atendimentos das especialidades médicas tradicionais tais como otorrinolaringologia e dermatologia.

O município paulista de Pindamonhangaba também pode ser destacado como detentor de um alto grau de institucionalização de seu programa de PIC, constituído através de portaria municipal. Um *Centro de Práticas Integrativas e Complementares* (CPIC) foi criado e se responsabiliza pela formulação e execução da política municipal relativa a esta área. Estão também presentes diversas parcerias, com instituições públicas e organismos

não governamentais. Outro aspecto a destacar na experiência de Pindamonhangaba é a criação de um Dia Municipal das Plantas Medicinais.

Na cidade do Recife, estão incluídas, além da tríade homeopatia, acupuntura, fitoterapia; a bioenergética, Tantra yoga, nutrição saudável, Lian Gong, Tai Chi Chuan, dança e percussão, automassagem, além de práticas educativas diversas.

A experiência de Vitória tem forte foco na fitoterapia. Um interessante processo de diagnóstico e uso tradicional de plantas medicinais pela população foi desenvolvido e tem orientado a política local de Práticas Integrativas e Complementares.

Aspectos distintivos interessantes são a criação de jardins terapêuticos nas unidades de saúde; a articulação com a ESF; a criação de uma farmácia de manipulação, com produção de 12 itens, com média de 20.000 receitas/ano, além da criação de uma comissão municipal de padronização dos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos.

Serviços de orientação ao exercício físico estão presentes também em diversos locais da cidade de Vitória, incluindo hidroginástica, yoga, alongamentos, e acompanhamento e orientação para caminhadas. Dentro deste contexto foi implantada a Academia Popular para a prática de atividades físicas ao ar livre, com acesso amplo da população. Além disso, é a experiência em que as áreas de arte e musicoterapia estão contempladas de forma mais abrangente.

No Amapá a experiência com as PIC possui alto grau de institucionalização, em comparação com as demais, com uma lei estadual específica e a criação de um *Centro de Referências em Terapias Naturais*, de abrangência estadual. A experiência se apóia na diversidade cultural, inclusive indígena, e também na biodiversidade da Floresta Amazônica.

Constitui também a experiência que apresenta maior diversidade, incluindo além da tríade clássica de homeopatia, acupuntura e fitoterapia, práticas tão diversas quanto auriculoterapia/ reflexologia auricular; geoterapia (argila); hipnoterapia; massoterapias diversas (Tui na, Shiatsu, Drenagem linfática manual, Sueca tradicional, Reflexologia facial, palmar e podal, quickmassage, e Shantala); Pilates, Quiropraxia, Reiki; Reeducação Postural Global (RPG); Bioginástica, yoga e outras.

Em Brasília está constituído formalmente, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, o Núcleo de Medicina Natural e Terapias Integrativas (NUMENATI), responsável pela formulação e condução da política de PIC na Capital Federal. Um aspecto diferencial importante da atuação do NUMENATI é a criação recente de uma Residência em Acupuntura.

O NUMENATI possui ramificações acadêmicas importantes, não só pelas preocupações de seus criadores, mas também pela facilitação obtida por pertencer a uma instituição que também abriga uma unidade voltada para a formação superior em medicina e

enfermagem, além de cursos de nível médio na área de saúde – a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

É digno de nota, a realização de práticas de manipulação relativa a fitoterápicos, fornecendo uma lista básica de medicamentos desta natureza para a rede de serviços do Distrito Federal.

No entanto, são apontados alguns entraves na implantação destas práticas, tais como: falta de reconhecimento por parte dos gestores; falta de espaço físico; não liberação de uma carga horária maior para realização das práticas; falta de recursos humanos; não inclusão das outras práticas alternativas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; falta de financiamento para ensino e pesquisa e falta de material didático e para divulgação.

Da experiência vivida por um grupo de estudantes de psicologia em uma ESF em Blumenau/SC durante implantação de um grupo de yoga, temos descrito por Lahogue e Wiezzer (2004) resultados bastante positivos, tais como: relato dos participantes no que refere ao bem estar durante e depois das aulas; que faziam esforço para vir, apesar do calor ou do frio e da correria do dia a dia; que o sono havia melhorado e que experimentavam uma sensação de bem-estar, principalmente no dia do grupo. Outros relatos diziam respeito à satisfação de entrar em contato consigo mesmo como motivadora de mudanças de atitudes frente a problemas familiares, ao quais, até então, faziam-lhes sofrer.

No entanto foram constatadas algumas dificuldades operacionais, tais como a falta de interação da instrutora de yoga com a comunidade, pois a mesma só dispunha das horas necessárias para a execução das aulas, uma vez por semana, ocasionando a baixa adesão dos usuários. Outro fator dificultador estaria no fato de que a proposta do grupo de yoga teria partido da equipe e não da população, e neste sentido somente poucas pessoas compartilham da mesma idéia. Os próprios participantes apontaram para a dificuldade da comunidade investir em atividades cujos resultados se dão a médio e longo prazo ou que se manifestam de modo sutil, fato notado além do grupo de yoga, mas em outras atividades de educação em saúde, pois sempre que uma atividade de grupo era iniciada outras demandas assistencialistas surgiam durante o trabalho.

Nota-se que não é fácil mudar costumes de uma população educada há tantas décadas num modelo de saúde centrado na doença e nos cuidados biomédicos. Ao mesmo tempo em que a ESF enaltece as práticas comunitárias de educação e promoção em saúde, é imposto pelo sistema uma rotina de trabalho que não permite a seus profissionais dedicar-se, efetivamente, a tais atividades.

Em Belo Horizonte o Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) atende aos usuários do SUS/BH desde 1994. Atualmente são 16

homeopatas, 9 acupunturistas e 2 médicos antroposóficos que atendem em 21 unidades básicas e em uma unidade secundária.

Todos os usuários do SUS/BH podem se tratar com homeopatia, acupuntura e Medicina Antroposófica. Essas práticas médicas fazem parte da atenção básica. O usuário deve procurar o Centro de Saúde onde está cadastrado e pegar a guia de referência, fornecida por profissionais de sua equipe de saúde da família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem) ou das equipes de apoio. Ao receber a guia, o usuário é orientado quanto ao centro de saúde que deve procurar para agendar a consulta.

Em março de 2007 foi realizado o Curso de Capacitação de Instrutores em Lian Gong em 18 terapias na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob coordenação de profissionais do Instituto Mineiro de Tai Chi Chuan e Cultura Oriental. O curso teve duração de 08 meses e treinou e habilitou profissionais, em sua maioria trabalhadores das unidades básicas de saúde, para atuarem como instrutores aptos a implantar essa prática corporal como uma terapia auxiliar para a promoção da saúde tanto de usuários quanto de trabalhadores da Rede. Semanalmente são atendidas, em média, 100 pessoas. Levantamentos preliminares realizados apontam uma melhora significativa dos usuários, especialmente em relação a dores no corpo, sintomas de depressão e insônia.

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Quando se propõe um projeto que busca humanizar o atendimento, o planejamento deve ser muito bem estruturado, pensando desde a estrutura física dos serviços até a capacitação permanente dos recursos humanos. Lembrar sempre que essa é uma relação espécie-específica: “é coisa de gente para gente”, envolve emoção, razão, ao mesmo tempo em que se define como uma ciência estabelecida e estruturada.

Sendo assim, a intenção de elaborar uma proposta de intervenção onde se pretende introduzir uma nova metodologia de cuidado é um desafio. Diante das dificuldades de adesão aos grupos operativos em geral, faz-se necessário o estabelecimento de um programa de orientação aos profissionais da equipe de saúde, buscando que estes incentivem a participação dos usuários ao projeto proposto.

- I. **Título:** “Práticas Alternativas para a saúde”

- II. **Público alvo:** moradores residentes cadastrados na ESF Guanabara, e que queiram trabalhar o processo emocional e físico, o toque, as carências do dia a dia e que acreditam que isto tem um impacto na saúde. Além destes, a proposta deve ser incorporada aos grupos operativos já estabelecidos na USF, tais como: grupo hipertensos/ diabéticos, grupo de gestantes, grupo de saúde mental.

- III. **Justificativa:** No âmbito das práticas integrativas, a formação de profissionais da saúde, especialmente médicos e enfermeiros, as universidades têm mostrado pouca ênfase nesta temática. O número de serviços e de profissionais capacitados para esta prática se mostra insuficiente e até mesmo ausente, como é o caso do município de Contagem. Visto que o tradicionalismo da medicina curativa vigente se restringe ao tratamento de alguns problemas de saúde em geral, percebendo a constante transformação do perfil das populações e suas demandas, levando-se em consideração que é mais importante cuidar da vida de modo que se reduza a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura, o que se pretende é atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo.

- IV. **Objetivo geral:** melhorar a qualidade de vida, promover a saúde.

V. Objetivos específicos:

- Sensibilização da equipe de ESF Guanabara para conhecimento da proposta de intervenção e posterior divulgação na comunidade, através de reuniões semanais.
- Sensibilização da Rede de Apoio Social: Associação de moradores, Associação Mulher Guerreira, igrejas, escolas, para captação de usuários através do contato do Agente Comunitário de Saúde.
- Sensibilização e captação dos usuários para conhecimento da proposta de intervenção e posterior adesão.
- Desenvolvimento da proposta, em torno do tema práticas integrativas em saúde com ênfase no yoga.
- Manutenção de um cronograma contínuo de atividades, envolvendo toda a comunidade.
- Realização de reuniões periódicas para avaliação do impacto das ações desenvolvidas através do questionário simples de avaliação.

VI. Resultados esperados: Autonomia e autocuidado na saúde individual e coletiva; diminuição na procura de atendimentos médicos e de enfermagem; diminuição no uso de medicamentos alopáticos.

VII. Indicadores de resultados: Os indicadores de resultados serão evidenciados no fechamento mensal e semestral dos dados do SIAB, onde se pretende verificar a redução do número de consultas, menor ocorrência no número de internações e maior comparecimento/assiduidade das pessoas no grupo, além de avaliação positiva das pessoas através do questionário de avaliação.

VIII. Cronograma: A partir das propostas de intervenção apresentadas, foi elaborado um cronograma de trabalho (TABELA 07). Esse cronograma visa estabelecer etapas de atuação contínua desde o processo de sensibilização dos profissionais de saúde até o alcance do objetivo final, traduzido na promoção da saúde e na prevenção de agravos, bem como avaliação do impacto da ação.

TABELA 07

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DE PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DAS PRÁTICAS ALTERNATIVAS EM SAÚDE NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA GUANABARA EM CONTAGEM/MG

ETAPAS	ATIVIDADES	PERÍODO DE EXECUÇÃO	PÚBLICO ALVO
1ª	Sensibilização	Março/2010	Gestores locais
		Março/2010	Profissionais da ESF
		Março/2010	Rede de Apoio Social
2ª	Aquisição de recursos materiais	Abril/2010	Gestores de saúde municipais e iniciativa privada
3ª	Sensibilização e captação dos usuários	Maio/2010 depois contínua	Comunidade
4ª	Desenvolvimento da proposta de intervenção	Início em Junho/2010	Comunidade
5ª	Avaliação da Atividade	Trimestral	Equipe da ESF e praticantes

IX. Metodologia: As aulas serão realizadas duas vezes por semana, assim como recomenda a maioria das iniciativas aqui relatadas. As atividades serão aplicadas pela enfermeira, de preferência, e ocorrerão em local a ser definido juntamente com a equipe, comunidade e rede social e compreendem:

- Auto-massagens, para trabalhar o tato, fluir a energia, auto perceber-se, desfazer tensões e relaxar.
- Concentração, meditação e relaxamento, para autoconhecimento, centramento, aumento da atenção e da criatividade.

- Alongamentos e exercícios, para auxiliar na postura, soltura das articulações, condicionamento físico e vitalidade corporal.
- Exercícios de respiração, para potencializar aos movimentos de inspiração e expiração.
- Reflexões filosóficas, éticas e pacíficas do ser humano e suas relações com si mesmo, com o universo e com o outro, na forma de leitura de pequenas mensagens ao início da prática.

O tempo de duração destas atividades não deve ultrapassar uma hora e meia e devem contemplar o perfil do grupo envolvido, levando em consideração os diferentes quadros de saúde encontrados e os objetivos do mesmo.

No caso de ausência da profissional enfermeira, a técnica de enfermagem estará coordenando apenas exercícios de relaxamento.

X. Equipe de Acompanhamento e Avaliação: A equipe de acompanhamento e avaliação será formada pelos próprios membros da USF e comunidade, através de um questionário simples (Anexo 03)

XI. Período de Realização: início em junho de 2010, depois continuamente.

XII. Recursos humanos e materiais: os recursos humanos constam de profissionais da ESF Guanabara (médico, enfermeira, téc. Enfermagem e ACS).

Os recursos materiais necessários a prática incluem:

- Colchonetes;
- Aparelho de som com CD;
- 20 bolinhas de borracha tamanho pequeno;
- 20 lenços de algodão de 60 cm cada.

XIII. Orçamento: O custo da ação vai depender das parcerias a serem estabelecidas, pois espera-se que os recursos sejam adquiridos por meio de doações da iniciativa pública e privada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere às práticas integrativas em saúde, pode-se identificar que as mesmas ainda possuem uma discreta introdução na atenção a saúde das populações, principalmente no âmbito da saúde pública, embora o interesse e a procura pelas mesmas sejam cada vez maiores.

Cada vez mais estudos científicos comprovam os benefícios das práticas integrativas como métodos auxiliares para melhorar a qualidade de vida e os tratamentos de saúde convencionais.

A proposta de intervenção elaborada a partir da observação da realidade da clientela de uma unidade de saúde da família no município de Contagem pretende contribuir para a promoção da saúde na Atenção Primária, concernente aos princípios do SUS. Tão logo seja realizada sua implantação e avaliação, e os resultados obtidos sejam positivos, recomenda-se que o projeto funcione como modelo para que se estenda a todo município.

Por fim, sugere-se que mais estudos busquem compreender a relação do ser humano com as práticas que o valorize como um ser holístico, portador de um saber inato e principal personagem na promoção da saúde individual e coletiva.

Namastê!

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Audrey dos Santos; BAPTISTA, Márcio Rodrigues. **Alterações na função respiratória de idosos, induzidas pela prática do yoga.** Em: Revista Corpus et Scientia. 1(1): 17-29. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/corpuserscientia/pdf/marcio_rodrigues.pdf>. Acesso em 14 dez.2009.

ANDRADE, Gabriela R. B.; VAITSMAN, Jeni. **Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde.** Em: Revista de Ciência & Saúde Coletiva. 7(4):925-934. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em:<<http://www.unifesp.br/grupos/fibromialgia/redes.sociais.pdf>>. Acesso em 02 dez.09.

BARRETO, Mauricio L. **Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas.** Em: Revista Brasileira de Epidemiologia.vol.5. suppl1. São Paulo,2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>> Acesso em 18 out.2009.

BARROS, Nelson Filice de; TESSER, Charles Dalcnale. **Medicalização social e medicinal alternativa e complementar:pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde.** Em: Physis: Revista de Saúde Pública. vol 42. n^o 5. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102008000500018&script=sci_arttext> Acesso em 17 nov.2009.

BORELLA, Ana. *et al* [organização de Marcos Taccolini] **O Livro de Ouro do Yoga.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2007. p 75 a 84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso em 22 out.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC).** Resumo executivo. Brasília, fevereiro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl1402052.pdf> Acesso em: 14 nov.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, 2006a. 92 p. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf>> Acesso em 10 set.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 12. **Obesidade**. Brasília, 2006b.108 p. (p11-12).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006c. 60 p. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_687_2006_anexo1.pdf> Acesso em 20 out.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 21. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília, 2008. 195 p. (p6 a 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios**. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3 ed. – Brasília, 2009. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>>. Acesso em 14 out.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde** – PNPIC / Brasília, 2009. 196 p. – Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/relatorio_1o_sem_pnpic.pdf> Acesso em 28 out.2009.

CUNHA, J. P.; CUNHA, R. E. **Sistema Único de Saúde – SUS: princípios**. In: Campos, F. E. Oliveira Júnior, M. Tonon, L. M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap2, p. 11-26

DRES, Carlos Wahren; CUNTO, Carmen L. **Medicinas Alternativas: un tema que no puede ser ignorado**. Arch.argent.pediatr 2004; 102(2) / Editores de Archivos Argentinos de Pediatría. Disponível em: HTTP:<archivos@sap.org.ar> Acesso em 15 ago.2009.

CAMPOS, M. C.; EIAS, S. M.; SANTOS, A. C. **O Acolhimento ao idoso na unidade básica de saúde: uma proposta de intervenção para as equipes de saúde da família do Centro de Saúde Milionários.** Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Enfermagem UFMG. Belo Horizonte, 2004. p16 a 23; 88 a 96.

ENCONTRO MINEIRO DE TERAPÊUTICAS COMPLEMENTARES/ INTEGRATIVAS À ODONTOLOGIA II, 2007. Belo Horizonte. **Cura: movimento do interno para o externo. Expansão: união de todos.** Relatório final. Disponível em: <http://www.crosc.org.br/terapias_complementares/minas_gerais/Relatorio_Final_II_EMTCO.doc> Acesso em 24 out.2009.

FILHO, J. M. C.; RAMOS, L. R. **Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar.** Ver. Saúde Pública. Vol.33. n.5. São Paulo, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 14 dez.2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde.** In: Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública. Águas de Lindóia, 1999.

FRANCO, Túlio Batista; JÚNIO, Helvécio Miranda. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.** Publicado no livro: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; 2ª edição; São Paulo: HUCITEC, 2004.

GAUER, Gustavo. *et al.* **Terapias alternativas: uma questão contemporânea em psicologia.** Em: Revista Psicologia e Ciência. Instituto de Psicologia UFRGS. v.17 n.2. Brasília 1997. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931997000200004&lng=pt&nrm=>>. Acesso em 24 out.2009.

KELL, Maria do Carmo Gomes. **Integralidade da Atenção à Saúde.** Texto adaptado do Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc>> Acesso em 30 nov.2009.

LABATE, Renata Curi; ROSA, Walisete de Almeida Godinho. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistencial.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600016&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em 28 out.2009.

LACERDA, P. **Yoga: relato de uma pesquisa-ação sobre os benefícios de sua prática.** Anais dos Congressos de Pedagogia, Goiás, 2009. Disponível em: < <http://www2.jatai.ufg.br/ojs/index.php/acp/article/view/653/419>> Acesso em: 15 dez.2009.

LAHORGUE, Josiele; WIEZZER, Karla Beatriz. **O yoga como estratégia de promoção à saúde: relato de experiência em uma unidade de saúde da família em Blumenau.** Blumenau. Dynamis Revista Tecno-Científica Vol12. Nº 47 abr/jun 2004.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiane Vieira. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 269-291. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200002&script=sci_arttext. Acesso em 28 out.2009.

LIMA, Claudia Bolsonaro Ferreira; ROMARCO, Evanize Kelli Siviero. **Benefícios dos exercícios respiratórios no yoga em mulheres adultas na faixa etária de 40 a 90 anos.** Conexões: revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 6, n. 3, p. 78-90, set/dez. 2008. Disponível em: < <http://polaris.bc.unicamp.br/seer/feef/include/getdoc.php?id=1394&article=429&mode=pdf>> Acesso em: 15 nov.2009.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. **Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública vol.24 suppl.1 Rio de Janeiro 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 19 out.2009.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa (et al). **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual.** Ciênc. saúde coletiva vol.12 nº2. Rio de Janeiro Mar/Apr 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200009&script=sci_arttext&tlng=en%5D>. Acesso 30 nov.2009

MADEL, T. L. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX.** Physis: Revista de Saúde Coletiva. Vol 15. Suppl 0. Rio de Janeiro 2005. Disponível em <<http://bases.bireme.br/>>. Acesso em: 12 de set.2009.

MARINHO, Maria de Jesus Ferreira. *et al.* **Uso do ioga como recurso não-farmacológico no tratamento da hipertensão arterial essencial.** Rev Bras Hipertens vol.14(4): 226-232, 2007. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-4/04-ioga.pdf>. Acesso em 19 out.2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terapias alternativas nas unidades do SUS. Novas práticas terapêuticas.** Brasília, 2006a. Disponível em: http://www.portal.saude.gov/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_junho_2006.pdf. Acesso em 22 ago.2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).** Brasília; 2006b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB>. Acesso em 20 out.2009.

NUÑEZ, H. M. F.; CIOSAK, S. I. **Terapias alternativas/ complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71 - Santo Amaro - São Paulo** Revista Escola Enfermagem USP vol.37 n°3. São Paulo, 2003.

PAIVA, Lucila. **Modalidades Terapêuticas não medicamentosas em saúde-mental – proposta para a unidade de saúde mental do município de Ibiá-MG.** Trabalho de conclusão de curso. Escola de Enfermagem UFMG, 1993. P31-33.

PINHEIRO, C.H.J.; Medeiros, R.A.R.; Pinheiro, D.G.M.; Marinho, M.J.F. **Uso do ioga como recurso não-farmacológico no tratamento da hipertensão arterial essencial.** Revista Brasileira de Hipertensão vol. 14 (4): 226-232, 2007. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-4/04-ioga.pdf>. Acesso em 24 nov.2009.

ROTHER, E. T. **Revisão Sistemática X Revisão Narrativa.** Em Acta Paulista Enfermagem. 20(2):v-vi, abr.-jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=en Acesso em: 18 jan.2010.

SANTOS, L. A. L; SANTOS D. L. **A influência da prática regular de kundalini yoga sobre variáveis funcionais em indivíduos portadores da síndrome da fibromialgia.** Rev.Bras. Ciência e Movimento. Vol 16 n° 2.indd 8 16(2): 7-15.Santa Maria, RS, 2008. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/670/pdf>.> Acesso em: 05 nov.2009.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE I, 2008. Brasília. **Experiência em Práticas Integrativas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.** Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/eventos/seminário_pnpic/dia14_05/dra_soraya_coury_brasil.pdf> Acesso em 27 out.2009.

SILVA, C.C.; Silva, A.T.M.C.; LOSING, A. **A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família –** Revista Eletrônica Enfermagem. Goiás, 2006; 8(1):70-4. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista_8_1/original_09.htm> Acesso em 18 de out.2009.

SISTEMA Único de Saúde. Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org>>. Acesso em: 18 out.2009.

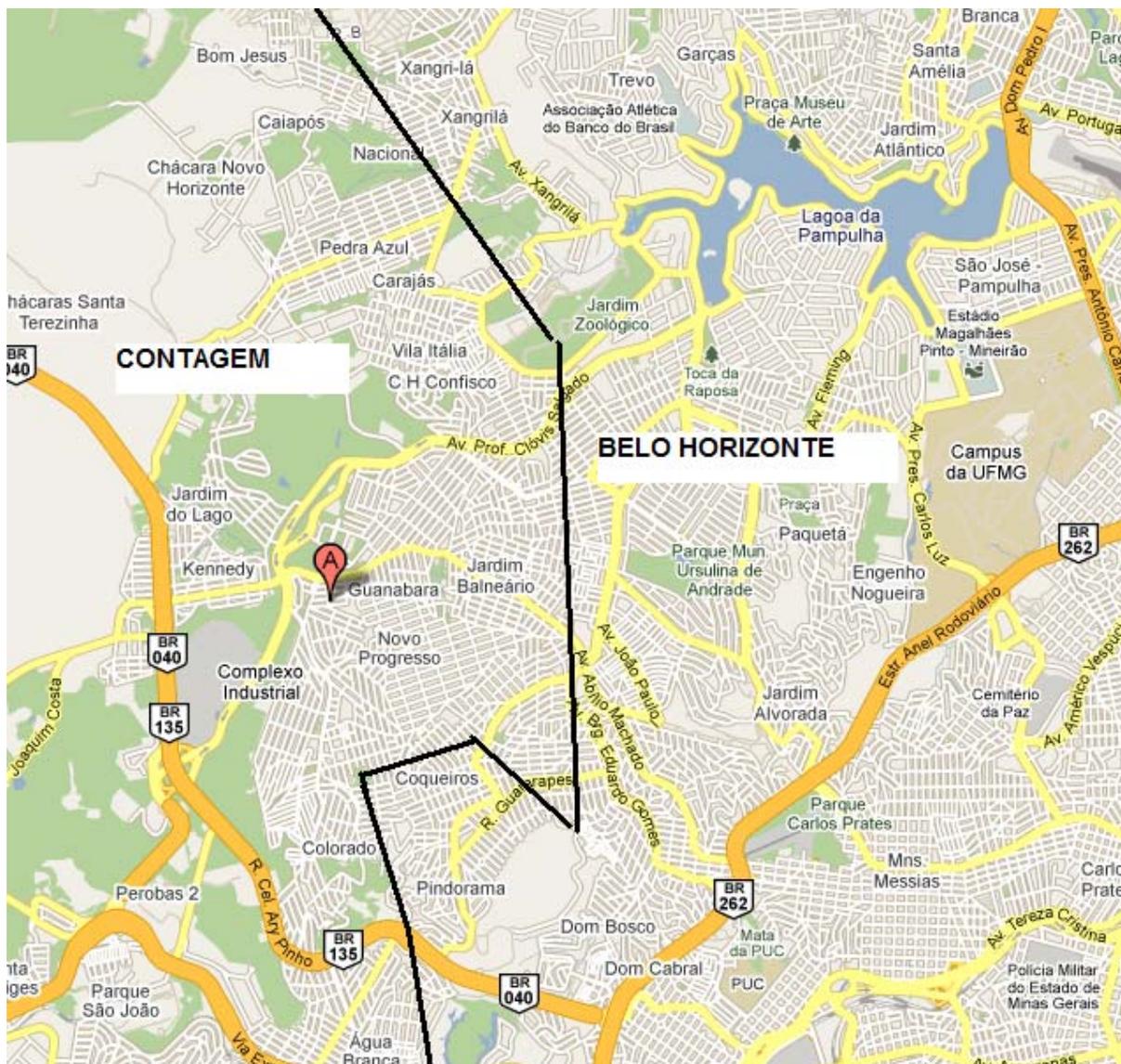
SOUZA, Maria Fátima. **O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica**. Em: Revista Brasileira de Enfermagem. mar-abr;61(2):153-8. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2.pdf>>. Acesso: 21 out.2009.

TESSER, Charles Dalcanale. **Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas**. Cadernos de Saúde Pública. vol.25 n° 8. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102008000500018&script=sci_arttext>. Acesso em 17 nov.2009.

THRAMMN, H. *et al.* **Portador de hanseníase não aderente ao tratamento: uma proposta de intervenção no município de Ouro Preto**. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2003. p48-50.

Anexo 01

Mapa da localização da ESF Guanabara e bairros adjacentes, limite de municípios: Belo Horizonte/ Contagem-MG



Unidade de Saúde da Família Guanabara (Equipe 37)

Anexo 3 – Questionário simples de avaliação da atividade

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO		
<i>Orientações:</i> assinale com um X o quadrinho que corresponde à sua opinião sobre o grupo.		
	SIM	NÃO
1) A frequência do grupo 2 vezes por semana é suficiente?		
2) O tempo de duração da atividade é adequado?		
3) O ambiente é propício a atividade?		
4) A maneira como as atividades são propostas é esclarecedora?		
5) Os recursos materiais utilizados são apropriados?		
6) As atividades servem para melhorar a sua saúde?		
7) Se você acha que sim, em quais destes aspectos?(Marque quantos quiser) () Disposição física () Força muscular () Tranqüilidade () Alimentação saudável () Sono/ repouso () Emagrecimento () Concentração () Respiração ()Outro(s): _____ _____		
Observações/ Sugestões:		

Obrigada pela sua participação!