



## VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

### III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

#### A IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE NO BRASIL CAMPINA GRANDE – PB

Valéria da Silva Sousa ([valeria5022@hotmail.com](mailto:valeria5022@hotmail.com)) - UFCG  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Martha Priscila Bezerra Pereira ([mpbcila@yahoo.com.br](mailto:mpbcila@yahoo.com.br)) – UFCG

#### EIXO 4: SABERES TRADICIONAIS E MEDICINAS ALTERNATIVAS

##### RESUMO

Dada a importância da medicina tradicional a OMS (Organização Mundial de Saúde) cria no fim da década de 70 o Programa de Medicina Tradicional, passando a partir de então a incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA (Medicina Tradicional e complementar/alternativa) nos sistemas nacionais de atenção à saúde. Com isso é criada no Brasil em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) que regulamenta as seguintes práticas: medicina tradicional chinesa, fitoterapia, homeopatia, termalismo e medicina antroposófica. Esta política vem sendo implementada no SUS desde o ano de sua aprovação – 2006 – a cerca seis anos, instigando entre outros o seguinte questionamento: qual o quadro de implementação da PNPIC no país? Diante disto o objetivo deste trabalho é refletir sobre as práticas integrativas em saúde no Brasil e seus rebatimentos para o município de Campina Grande – PB. Para tanto foi realizado um levantamento bibliográfico e documental sobre a política e sua espacialização no Brasil, aplicação de questionário com os moradores atendidos por agentes de saúde do município para identificar práticas de cura adotadas pela população campinense. Foi identificado que a política encontra-se em uma fase prematura, se fazendo presente ainda em poucos locais e necessitando de melhores investimentos para que possa abranger mais municípios e as demais práticas complementares e integrativas em saúde, como é o caso do município de Campina Grande, no estado da Paraíba.

**Palavras-chaves:** Medicina tradicional; PNPIC; Geografia da Saúde; Brasil; Campina Grande.

##### ABSTRACT

Given the importance of traditional medicine to the WHO (World Health Organization) creates at the end of the 70s, the Traditional Medicine Program, passing thereafter to encourage the Member States to formulate and implement policies for the rational and integrated TM / CAM (Traditional Medicine and complementary / Alternative) in the national health care. Thus is created in Brazil in 2006 National Policy on Integrative and Complementary Practices - PNPIC (MINISTRY OF HEALTH, 2011) which regulates the following practices: traditional Chinese medicine, herbal medicine, homeopathy, hydrotherapy and anthroposophic medicine. This policy is being implemented in the NHS since the year of its adoption - 2006 - about six years, prompting among others the following question: what is the framework for implementing the PNPIC in the country? Before this the aim of this paper is to discuss the integrative health care in Brazil and its repercussions for the city of Campina Grande - PB. Therefore we performed a bibliographic and documentary about the policy and its spatial distribution in Brazil, a questionnaire with the residents served by municipal health officials to identify healing practices adopted by the population Campina Grande. It was identified that the policy is in a early stage, even if doing this in a few places and needing further investments so you can cover more municipalities and other practices complementary and integrative health, as is the case in Campina Grande in the state of Paraíba.

**Keywords:** Traditional Medicine; PNPIC; Geography of Health; Brazil, Campina Grande.



## 1. INTRODUÇÃO

A arte de cuidar da saúde acompanha o homem desde o início da humanidade, estando presente através das noções de cuidado e prevenção advindas das observações rotineiras realizadas pelo homem primitivo; que tinha por objetivo resolver problemas individuais de saúde, como a remoção de parasitas e cuidados com acidentes (BARROS, 2008). As práticas de cura utilizadas pelas populações se desenvolveram ao longo da história e constituem o que chamamos de medicina tradicional; com o desenvolvimento da ciência e da medicina científica esses conhecimentos foram deixados em segundo plano, rotulados de não científicos não seriam confiáveis seus métodos e utilização (BARROS, 2008). Contudo a medicina tradicional não deixou de ser praticada e ganha destaque no século XX com a difusão das praticas alternativas de cura.

No Brasil colonial a arte de cuidar da saúde era baseada na medicina popular, praticada pelos índios, escravos, curandeiros, feiticeiros, raizeiros, benzedores, parteiros, boticários etc. (BASTOS, 2008). Constituindo-se em uma heterogeneidade de práticas fruto da diversidade cultural existente na colônia composta por europeus, africanos e nativos. As heranças deste período estão presentes até hoje nas artes de cura adotadas pela população, mostrando que a medicina tradicional se mantém ao longo da história como uma das mais praticadas pela humanidade (SIQUEIRA 2006, BASTOS 2008 E PUTTINI 2008).

Dada a importância da medicina tradicional a OMS (Organização Mundial de Saúde) cria no fim da década de 70 o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas nesse campo comprometendo-se a incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA (Medicina Tradicional e complementar/alternativa) nos sistemas nacionais de atenção à saúde (BRASIL, 2006). No Brasil, de acordo com a Portaria nº 971 (BRASIL, 2006) que aprova a PNPIC (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares) esta prática se difunde com e após a criação do SUS na década de 1970.

Atendendo as recomendações da Organização Mundial da Saúde e da população brasileira, assim como pela necessidade de normatização e harmonização de práticas que já vinham sendo utilizadas na rede pública de saúde, é criada no país em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) que regulamenta as seguintes práticas: medicina tradicional chinesa, fitoterapia, homeopatia, termalismo e medicina antroposófica; essas artes de cuidar da saúde dizem respeito a sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).



A PNPIC vem sendo implementada no SUS desde o ano de sua aprovação – 2006 – a cerca seis anos, o que instiga entre outros o seguinte questionamento: qual o quadro de implementação da política no país? Este trabalho tem como objetivo refletir sobre as práticas integrativas em saúde no Brasil e seus rebatimentos para o município de Campina Grande - PB. Apresenta-se estruturado da seguinte forma, após a introdução e apresentação da metodologia utilizada; será realizada uma breve discussão acerca das práticas integrativas em saúde regulamentadas pela PNPIC, seguida pela fundamentação teórica, os resultados e discussões e as considerações finais.

## **2. METODOLOGIA**

Para atender aos objetivos foi realizado um levantamento bibliográfico e documental sobre a PNPIC e sua espacialização no Brasil; espacialização das ruas em que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) destacados na pesquisa de Silva Filho e Pereira (2011) (quadro 1) no município de Campina Grande - PB, município objeto de estudo e; aplicação de questionário com os moradores atendidos por estes ACS.

### **QUADRO I**

#### **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DESTACADOS PELOS ENFERMEIROS DA ESF POR DISTRITO SANITÁRIO - CAMPINA GRANDE - PB**

<b>S</b>		<b>I</b>	<b>II</b>	<b>V</b>		<b>I</b>	<b>OTAL</b>
<b>CS</b>	8	3	2	5	7	1	56

Fonte: Silva Filho e Pereira (2011)

## **ENTENDENDO MELHOR AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS REGULAMENTADAS PELA PNPIC**

A PNPIC surge para regulamentar as práticas alternativas/complementares em saúde que já vinham sendo empregadas no SUS pelo Brasil, fato constatado por um levantamento realizado em 2004 (PORTARIA Nº971). Seu objetivo consiste na regulamentação e implementação no SUS de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvam 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 (BRASIL, 2006).



O governo federal vem desde a criação da política realizando ações no sentido de colocá-la em prática, exemplo disto é a Resolução nº 14, de março de 2010, que dispõe sobre fitoterápicos, e tem por objetivo estabelecer os requisitos mínimos para o registro desses medicamentos (RESOLUÇÃO-RDC Nº 14),. Publicações oficiais nos sites dos estados de São Paulo e do Paraná mostram a criação de programas estaduais que tratam das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, eles como outros estados demonstram com esta ação que a autonomia dos estados e municípios com relação ao SUS existe de fato. A seguir um pouco da caracterização de cada uma das práticas integrativas regulamentadas pela política (homeopatia, medicina antroposófica, fitoterapia, medicina tradicional chinesa e o termalismo social).

A homeopatia é um método de tratamento criado pelo médico alemão Samuel Hahnemann, em 1796, que se fundamenta na Lei dos Semelhantes, segundo a qual, os semelhantes se curam pelos semelhantes (PNPIC, 2011). Assim para tratar um indivíduo que está doente, é necessário aplicar um medicamento que provoque (quando experimentado no homem sadio) os mesmos sintomas que o doente apresenta. A citação a seguir explica melhor como funciona o princípio da homeopatia:

Se uma pessoa sã, por exemplo, ingerir doses tóxicas de certa substância, irá apresentar sintomas, como dores gástricas, vômitos e diarreia; se, por outro lado, for administrada essa mesma substância, preparada homeopaticamente, ao enfermo que apresenta dores gástricas, vômitos e diarreia, com características semelhantes àquelas causadas pela substância em questão, obtém-se, como resultado, a cura desses sintomas (AMHB, 2010 apud PNPIC, 2011, p. 35).

A Medicina Antroposófica, segundo a PNPIC (2011), é considerada no mundo todo uma extensão da formação médica acadêmica, uma prática médica, enriquecida pelo trabalho conjunto, interdisciplinar com outros profissionais, tais como: massagistas rítmicos, terapeutas artísticos, eurritmistas e psicólogos. A Medicina Antroposófica surgiu na Europa no início do século XX, baseada na imagem do homem trazida pela Antroposofia ou Ciência Espiritual, do filósofo austríaco Rudolf Steiner (1861- 1925); a médica Ita Wegman (1874 - 1943) a partir de diálogos com Rudolf Steiner, desenvolveu as bases de uma nova arte médica, indicando medicamentos e terapias para diversas doenças (PNPIC, 2011). Além do diagnóstico convencional, o médico antroposófico realiza também o diagnóstico complementar, onde vai pesquisar como está a vitalidade desse paciente, o seu desenvolvimento emocional e como ele tem conduzido sua vida através dos anos, sua



história de vida ou biografia; diagnóstico pode tornar-se mais profundo e individualizado (PNPIC, 2011).

A fitoterapia é uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, no Brasil para que um medicamento seja considerado fitoterápico, ele não deve ter, em sua composição, substâncias ativas isoladas ainda que de origem vegetal (PNPIC, 2011). Segundo a PNPIC (2011) os elementos favoráveis ao desenvolvimento e utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no Brasil são de que o país dispõe de uma rica biodiversidade e a população de conhecimento etnobotânico e etnofarmacológico. Sendo este último elemento fruto da miscigenação brasileira, fator primordial para esse conhecimento, cuja difusão facilita a aceitação popular de plantas medicinais, fitoterápicos e aderência terapêutica (PNPIC, 2011).

A acupuntura, segundo a PNPIC (2011) é um recurso terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) que pode ser usado de forma isolada ou integrado com outros recursos terapêuticos. Ela se caracteriza como um sistema médico desenvolvido e praticado na China há milhares de anos, que afirma existir condutos no nosso corpo, chamados meridianos, por onde circulam uma influência sutil denominada Qi, a qual na visão chinesa, é a base das funções fisiológicas e psicológicas do ser humano; quando a sua circulação normal sofre um bloqueio ou obstrução, ocorrem as desarmonias nos órgãos internos, podendo gerar quadros de excesso ou deficiência desta influência (PNPIC, 2011). Atualmente a MTC é dividida em 5 especialidades principais, que promovem o equilíbrio do Qi e melhoram a sua circulação nos meridianos, entre estas está a acupuntura que consiste no tratamento através das agulhas inseridas nos pontos dos meridianos órgãos internos, podendo gerar quadros de excesso ou deficiência desta influência (PNPIC, 2011).

O termalismo social ou crenoterapia consiste no uso das águas minerais para tratamento de saúde, um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do império grego (PNPIC, 2011). Termalismo e crenoterapia, referem-se a um conjunto de atividades terapêuticas que utilizam como agente terapêutico a água termal, com propriedades físico-químicas distintas das águas comuns (Quintela apud PNPIC, 2004).

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Considerando-se que há sempre sociedades que produzem racionalmente e de forma centralizada conseguindo expandir suas ideias e produtos, enquanto outras que de forma dispersa, silenciosa e quase invisível utilizam os produtos e ideias impostas (CERTEAU, 2012) pode-se entender que determinadas sociedades normatizam outras sociedades em seus territórios (SANTOS, 1997), ou, em outras palavras, que há uma



combinação entre espaços dominantes e espaços dominados (SANTOS & SILVEIRA, 2008).

Considerando-se o contexto que historicamente o Brasil tem vivenciado, a sociedade indígena tinha seu próprio sistema de valores em relação à arte de cuidar da saúde antes da ocupação europeia no século XVI. Desde então, sofreu influências tanto de espaços dominantes (como é o caso dos europeus) quanto de espaços dominados (africanos), acrescidos de outros povos ao longo do tempo, compondo uma maneira própria de cuidar da saúde até os dias atuais.

Apesar deste fato, as Políticas Públicas de Saúde no Brasil se organizaram regidas por regras de escalas distantes, abstratas no dizer de Smith (1992), que, fazendo parte de um circuito de discussão em determinados locais, o resultado destas discussões teve poder de difusão continental e mundial.

De acordo com Pereira (2012), no âmbito da atitude da arte de cuidar da saúde,

o ACS estaria exercendo uma multiterritorialidade articulada, pois, estaria agindo com o mesmo objetivo do serviço de saúde. Entretanto, quanto à forma de difundir a educação em saúde, essa multiterritorialidade estaria sendo desarticulada, devido ao sincretismo entre a medicina popular ou alternativa e científica, em que são recomendadas atitudes provenientes de saberes diferenciados. Essa situação passa a uma multiterritorialidade articulada mais uma vez se a equipe se integra para agir em conjunto, respeitando as individualidades de cada ACS, da população atendida e das especificidades da medicina científica representada principalmente pelo médico e pelo enfermeiro (p. 10 - grifo nosso).

Como entender essa relação entre multiterritorialidade articulada e desarticulada? Como ela pode ter tanta mobilidade num mesmo espaço adscrito? Essa afirmação faz com que seja necessário entender inicialmente o que seria uma multiterritorialidade articulada e desarticulada.

De acordo com Pereira (2011) a multiterritorialidade articulada ocorre quando se percebe que as ações no território, a partir de vários níveis escalares e da própria escala geográfica de observação convergem para um objetivo único ou similar. Enquanto a multiterritorialidade desarticulada pode ser observada quando ocorrem ações no território, a





partir de vários níveis escalares ou da própria escala de observação, que divergem de um objetivo único ou similar.

A partir desse quadro de referência pode-se entender que o ACS, por querer que a saúde prevaleça na população, busca, da mesma forma que o Sistema de Saúde, a melhor forma de cuidar da saúde de seu morador, porém as maneiras de se buscar essa saúde podem ser de acordo com o Sistema de Saúde, ou seja, de acordo com a medicina científica ou de acordo com a medicina popular ou alternativa. Porém, como entender essas escalas geográficas? O que significa escala geográfica?

A escala geográfica pode ser entendida como a medida que confere visibilidade ao que está ocorrendo no espaço geográfico (CASTRO, 1995). A partir dessa informação, pode-se entender que a escala do ACS seria seu território de trabalho, representado pelos moradores que estão sob sua responsabilidade de visitação. E que as outras escalas podem estar representadas pela área do médico e do enfermeiro (que inclui vários ACS), da Secretaria de Saúde do Município, etc. Seriam as escalas mais distantes, pois suas a oes abrangem uma área maior do que a área de um ACS, suas ordens conseguem atingir um território mais abrangente.

Essas ordens que podem atingir um território mais abrangente pode ser comparada   discussão de Santos (1997) sobre eventos em que dependendo da força do emissor na escala de origem do evento, este pode repercutir em consequências tanto locais quanto em outras escalas geográficas de maior abrangência,   o caso dos que ditam as normas no município, no estado e no país através de leis, decretos, resolu oes, etc.

Entendidas essas questões conceituais, percebe-se que o embate entre as leis que representam a medicina científica e a medicina popular ou alternativa perpassa também uma discussão sobre cultura.

De acordo com Paul Claval (1999) cultura designa o conjunto de savoir-faire, de práticas, de conhecimentos, de atitudes e de ideias que cada indivíduo recebe, interioriza, modifica ou elabora no decorrer de sua existência. Este autor diz ainda que a cultura está em constante evolu o, e que ela não   uma realidade global. As práticas de saúde utilizadas pela popula o brasileira são resultado de séculos de modifica oes decorrentes de culturas diferenciadas.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

As informaçoes encontradas nesta pesquisa mostraram que a implementa o das práticas integrativas complementares em saúde vem ocorrendo desde o ano de aprova o da política. Sendo registrada no ano de 2008 a regulamenta o da PNPIC em um total de 1.220 municípios dos 4.051 avaliados. Em 2006 quando a política foi criada,



## VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

### III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

segundo o relatório elaborado pelo ministério as práticas estavam presentes em apenas 232 municípios. O número de municípios onde a política já estava inserida nos sistemas de Atenção Básica em 2008 era de 487 municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). O aumento não é tão expressivo, mas mostra que vem sendo realizadas ações no sentido de colocar em prática o que foi pensado pra PNPIC. No caso do estado da Paraíba até o momento, publicações em sites oficiais do estado ([www.joapessoa.pb.gov.br](http://www.joapessoa.pb.gov.br)) mostram que a capital concentra até o momento as ações realizadas para implementação da PNPIC.

Nas figuras (01,02,03 e 04) a seguir é possível identificar onde ocorrem e quais práticas já foram implementadas até o momento.

#### Distribuição da fitoterapia no SUS para o ano de 2008



Figura 01: apresenta os estados brasileiros onde se encontrava assistência em fitoterapia oferecida pelo SUS. Fonte: informações fornecidas pelo relatório da gestão 2006-2010 da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Ministério da Saúde, 2011) adaptadas a figura por Silva 2013.

#### Distribuição da homeopatia no SUS para o ano de 2008

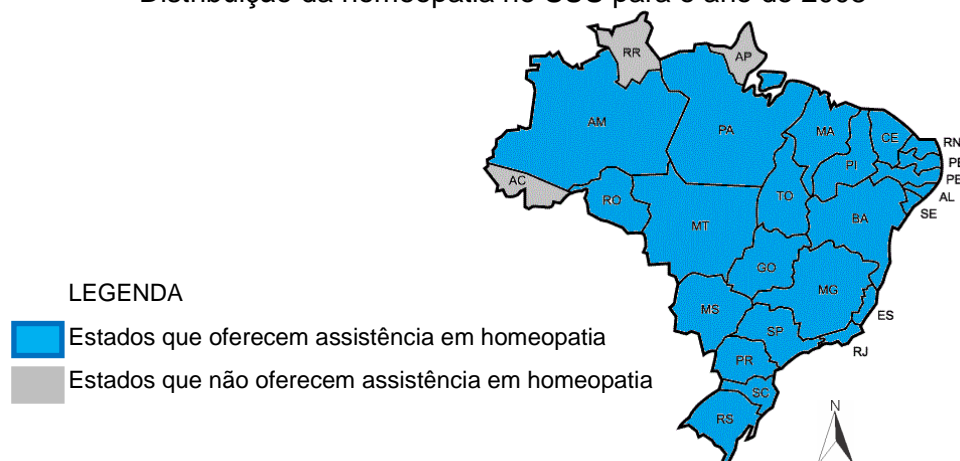
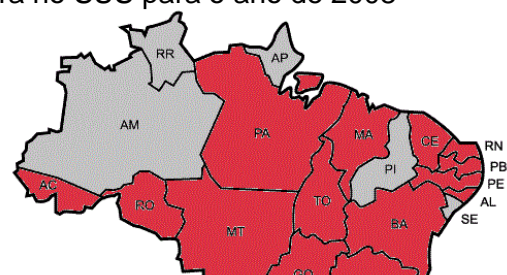


Figura 02: apresenta os estados brasileiros onde se encontrava assistência em homeopatia oferecida pelo SUS. Fonte: informações fornecidas pelo relatório da gestão 2006-2010 da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Ministério da Saúde, 2011) adaptadas a figura por Silva 2013.

#### Distribuição da acupuntura no SUS para o ano de 2008







# VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

## III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

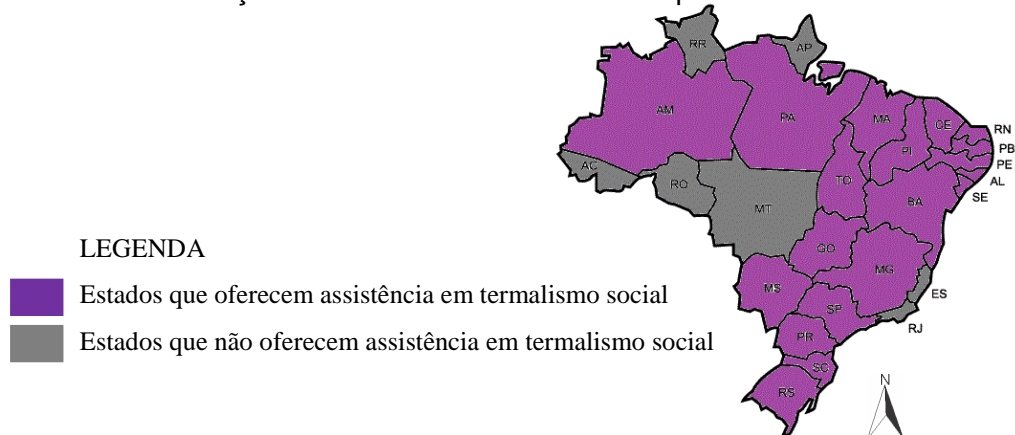
São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

### LEGENDA

- Estados que oferecem assistência em acupuntura
- Estados que não oferecem assistência em acupuntura

Figura 03: apresenta os estados brasileiros onde se encontrava assistência em acupuntura oferecida pelo SUS. Fonte: informações fornecidas pelo relatório da gestão 2006-2010 da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Ministério da Saúde, 2011) adaptadas a figura por Silva 2013.

### Distribuição do termalismo social no SUS para o ano de 2008



### LEGENDA

- Estados que oferecem assistência em termalismo social
- Estados que não oferecem assistência em termalismo social

Figura 04: apresenta os estados brasileiros onde se encontrava assistência em termalismo social oferecida pelo SUS. Fonte: informações fornecidas pelo relatório da gestão 2006-2010 da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Ministério da Saúde, 2011) adaptadas a figura por Silva 2013.

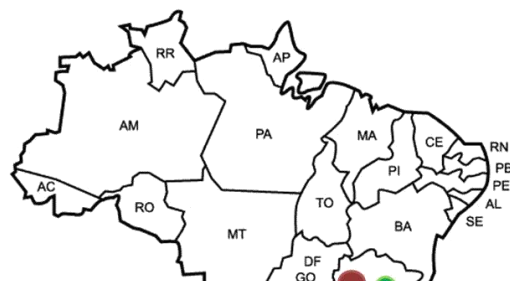
A fitoterapia encontrava-se presente no ano de 2008 em 350 municípios, sendo mais empregada nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. A homeopatia estava presente em 2008 em 285 municípios, concentrando-se nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. A medicina tradicional chinesa (com a técnica da acupuntura) estava no mesmo período presente em 184 municípios, prevalecendo nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná. O termalismo se encontrava presente em 60 municípios com maior concentração no Rio Grande do Sul, São Paulo e Paraná. A medicina antroposófica encontrava-se na época em 40 municípios com maior ocorrência nos estados de Minas Gerais e São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Percebemos que as regiões Sul e Sudeste (São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina) concentram o maior número de municípios onde as práticas integrativas complementares em saúde já foram implementadas como se observa na imagem abaixo (figura 05).

Os estados brasileiros onde se concentra o maior número de municípios com práticas integrativas e complementares em saúde

### LEGENDA

- Homeopatia
- Acupuntura
- Fitoterapia
- Termalismo

Estados onde a medicina antroposófica





## VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

### III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.



Figura 05: apresenta os estados brasileiros onde se encontra o maior número de municípios oferecendo práticas integrativas em saúde no SUS.

Depois dessas regiões a Nordeste apresenta o número maior de municípios com essas práticas já existentes no SUS para o ano de 2008. Apresentando uma maior

concentração no estado da Bahia. A implementação das práticas não ocorre de forma igualitária, sendo a fitoterapia e a homeopatia as mais empregadas até o momento.

Pode-se afirmar que a política encontra-se em uma fase prematura, se fazendo presente ainda em poucos locais e necessitando de melhores investimentos para que ela possa abranger mais municípios e as demais práticas complementares e integrativas em saúde, como é o caso do município de Campina Grande, no estado da Paraíba.

As práticas regulamentadas pela PNPIC estão relacionadas com a prevenção primária em saúde, presente no SUS por meio das políticas Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que enxergam a arte de cuidar da saúde a partir do paradigma da promoção da saúde (LUZ 2009, apud PEREIRA, 2012). O ACS atua como um elo entre a comunidade e o poder público, logo sendo de fundamental importância para realizar a mediação entre a PNPIC e a população. A pesquisa PIBIC (CNPq) *A arte do cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande-PB* desenvolvida pelas autoras tem como objetivo geral entender como está ocorrendo a relação entre o ACS e o morador no que diz respeito à arte de cuidar da saúde.

Para tanto, uma das atividades que está sendo realizada diz respeito a aplicação de questionários junto a comunidade atendida por agentes de saúde do município que foram destacados em pesquisa anterior ("Conhecimento geográfico do Agente de Saúde no Município de Campina Grande – PB", SILVA FILHO, 2011) como os melhores agentes do local. A fase de aplicação dos questionários ainda não foi concluída, contudo os resultados dos questionários pilotos (52 questionários) permitiu identificar que o tipo de tratamento mais utilizado (por esta população pesquisada) são os remédios químicos, indicados por 61% dos questionados. Em seguida, são utilizadas as plantas medicinais com menos da metade de recomendações que teve os remédios químicos, 27% das indicações. Os questionários mostraram ainda que a influencia exercida pelo agente de saúde nas pessoas pesquisadas abrange apenas aspectos da medicina biomédica. Restringindo sua participação aos



cuidados de saúde da população apenas a atualizações quanto às atividades da unidade de saúde, controle de medicamentos, agendamentos de exames e consultas de saúde.

Até o momento não foram tomadas ações no sentido de implementar a PNPIC no município de Campina Grande; e a resposta da população pesquisada mostra que as práticas de cura da medicina biomédica são predominantes (medicamentos químicos como os mais utilizados). Apenas uma prática de cura da medicina tradicional foi evidenciada, a utilização de plantas medicinais, o que corrobora com o que é destacado na PNPIC: as plantas medicinais ou preparações destas são utilizadas por 80% da população mundial para cuidados de atenção primária de saúde (BRASIL, 2006, p. 19). O trabalho dos agentes de saúde com a população investigada mostra que esses profissionais ainda não estão trabalhando com estas pessoas dentro da lógica da utilização das práticas integrativas e complementares regulamentadas pelo Ministério da Saúde até o momento da pesquisa, isso pode ocorrer pelo fato da PNPIC ainda não estar presente em Campina Grande PB.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas integrativas em saúde regulamentadas pelo Ministério da Saúde estão diretamente relacionadas com as artes de curar presentes na medicina tradicional fruto do acúmulo de séculos de conhecimentos das mais diversas culturas sobre como cuidar da saúde. A PNPIC vem para impulsionar o exercício destas artes sob a supervisão do SUS, e de certa forma propiciar que a população tenha um maior acesso a estas práticas.

Contudo a espacialização da PNPIC até o momento nos mostra que esta política não vem sendo implementada de maneira igualitária pelo país, em alguns estados (Amapá e Roraima) não existe ainda nenhuma ação no sentido de implementar esta política nos sistemas públicos de saúde. No caso da Paraíba se observa ações neste sentido apenas na capital do estado, enquanto que no interior do estado cidades como Campina Grande (com população em 2010 de 385.213 IBGE) se encontram em um contexto de total exclusão da área de atuação da PNPIC.

## REFERENCIAS

BARROS, Nelson Felice. **A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008 315 pág.

BASTOS, Verioni Ribeiro. **A religiosidade e a medicina no Brasil**: Do período colonial aos tempos do SUS. Mneme – Revista de Humanidades. UFRN. Caicó (RN), v. 9. n. 24, Set/out. 2008. Disponível em [http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme/anais/st\\_trab\\_pdf/pdf\\_st3/verioni\\_st3.pdf](http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme/anais/st_trab_pdf/pdf_st3/verioni_st3.pdf) acesso em 17/08/12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-**



## VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

### III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

- SUS / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO-RDC No- 14, DE 31 DE MARÇO DE 2010, 06 pág.
- CASTRO, Iná Elias de. O problema da escala. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo Cesar da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. 353 p. p. 117-40.
- CLAVAL, Paul. A geografia cultural: o estado da arte. In. CORRÊA, Roberto Lobato. **Manifestações da cultura no espaço**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1999. 248p. p. 59- 97.
- CERTEAU, Michel de. A invenção do cotidiano. 1. Artes de fazer. 18ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2012. 316p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares RELATÓRIO DE GESTÃO 2006/2010. 2011.
- PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **A arte do cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande - PB**. Campina Grande: 20f. (projeto de pesquisa apresentado e aprovado pelo PIBIC/UFPG/CNPq - 2012-2013)
- PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife: o agente de saúde em foco**. São Paulo: Scortecci Editora. 2011. 351p.
- POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Vera Lúcia Kodjaoglanian, Cristiano Costa Argemon Vieira. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.
- PUTTINI, Rodolfo Franco. **Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.24, p.87-106, jan./mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/07.pdf> acesso em 16/08/12.
- SANTOS, Milton. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 2.ed. São Paulo: Hucitec. 1997, 273p.
- SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. 12ed. Rio de Janeiro: Editora Record. 2008. 473p.
- SILVA FILHO, Antônio Pereira Cardoso da. **Conhecimento geográfico do agente de saúde em Campina Grande – PB**. Campina Grande: 2011, 22p (relatório parcial de atividades PIBIC – 2010-2011).
- SIQUEIRA, Karina Machado, et. al. **Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes socioculturais**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006; 15(1): 68-73. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a08v15n1.pdf> acesso em 16/08/12.