

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

GINA RIBEIRO DA SILVA

**A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA ES: UM ESTUDO
DA PRÁTICA MÉDICA HOMEOPÁTICA**

VITÓRIA

2012

GINA RIBEIRO DA SILVA

**A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA ES: UM ESTUDO
DA PRÁTICA MÉDICA HOMEOPÁTICA**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Larissa Letícia Andara Ramos.

VITÓRIA

2012

GINA RIBEIRO DA SILVA

**A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA ES: UM ESTUDO
DA PRÁTICA MÉDICA HOMEOPÁTICA**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 30 de Outubro de 2012.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Larissa Letícia Andara Ramos

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM

Prof^o. Dr^o. Túlio Alberto Martins de Figueiredo

Universidade Federal do Espírito Santo- UFES

Prof^a. Dr^a. Gilsa Helena Barcellos

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

S175p Silva, Gina Ribeiro da

A política nacional de práticas integrativas e complementares no município de Vitória ES: um estudo da prática médica homeopática / Gina Ribeiro da Silva. – 2012.

88 f.

Orientadora: Larissa Letícia Andara Ramos.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Homeopatia. 2. Sistema único de saúde. 3. Terapias complementares. I. Ramos, Larissa Letícia Andara. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

Dedico em especial aos Homeopatas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pois não sou capaz de realizar nada sem Ele em minha vida.

Ao Paulo, meu amor, o meu maior incentivador, que sempre acredita em mim, ouvindo minhas ideias e me auxiliando em todos os momentos.

Aos meus filhos lindos, Caio e Clara que compreenderam minha ausência, pois “a mamãe precisa estudar”.

A minha mãe que sempre está ao meu lado me apoiando, ao meu pai, minha irmã, Jane, a minha sogra, Avandi, a tia Dalva, a Jackeline que me ajudaram de alguma forma durante todo o curso.

Ao Túlio, que sempre muito me apoiou.

A minha orientadora, Larissa, e a Sissa, com suas valiosas considerações desde o exame de qualificação.

As minhas novas amigas do Mestrado Dani, Luana, Maria Ângela e Juliana.

A todos os participantes da pesquisa que gentilmente contribuíram com suas opiniões para a realização deste estudo.

Muito obrigada!

CONTRÁRIOS

Só quem já provou a dor
Quem sofreu, se amargurou
Viu a cruz e a vida em tons reais
Quem no certo procurou
Mas no errado se perdeu
Precisou saber recomeçar

Só quem já perdeu na vida sabe o que é ganhar
Porque encontrou na derrota algum motivo pra lutar
E assim viu no outono a primavera
Descobriu que é no conflito que a vida faz crescer

Que o verso tem reverso
Que o direito tem um avesso
Que o de graça tem seu preço
Que a vida tem contrários
E a saudade é um lugar
Que só chega quem amou
E o ódio é uma forma tão estranha de amar

Que o perto tem distâncias
Que esquerdo tem direito
Que a resposta tem pergunta
E o problema solução
E que o amor começa aqui
No contrário que há em mim
E a sombra só existe quando brilha alguma luz.

Só quem soube duvidar
Pôde enfim acreditar
Viu sem ver e amou sem aprisionar
Quem no pouco se encontrou
Aprendeu multiplicar
Descobriu o dom de eternizar

Só quem perdoou na vida sabe o que é amar
Porque aprendeu que o amor só é amor
Se já provou alguma dor
E assim viu grandeza na miséria
Descobriu que é no limite
Que o amor pode nascer

Pe. Fábio de Melo

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no município de Vitória ES referente ao serviço homeopático da prefeitura. Para isso buscou-se: examinar a prática médica homeopática na rede municipal, a partir do olhar da referência técnica da prática médica homeopática do município, observar o serviço homeopático nas unidades de saúde, a partir do olhar dos médicos homeopatas das unidades de saúde de Vitória e avaliar a percepção dos usuários das unidades municipais de saúde a respeito das facilidades e dificuldades de acesso ao serviço homeopático. Para atingir esses objetivos foi realizada uma pesquisa exploratória descritiva, de abordagem qualitativa. O trabalho de campo foi realizado por meio de um roteiro de entrevista com questões semi-estruturadas com a coordenação técnica Homeopática municipal, médicos homeopatas da rede municipal e os usuários dos serviços. A pesquisa foi estruturada visando alcançar as respostas para os objetivos propostos. Em um primeiro momento, foi apresentado à história da política de saúde do Brasil e o contexto sócio econômico em que ela se encontra atualmente, e a homeopatia como racionalidade médica, a sua trajetória institucional no Brasil, culminando na criação da PNPIC. Essa contextualização histórica foi necessária para a melhor compreensão da articulação do objeto estudado com a realidade encontrada na pesquisa, para em seguida analisar os resultados do estudo. Posteriormente foram apresentadas a análise e a discussão dos conteúdos verificados nas entrevistas. O presente estudo constatou que a implementação da PNPIC no município de Vitória está caminhando de forma modesta e que precisa ser movimentada, discutida e analisada pelas instituições de saúde pública.

Palavras chave: Sistema Único de Saúde. Homeopatia. Práticas Integrativas e Complementares.

ABSTRACT

This study aims to analyze the implementation of the National Policy on Integrative and Complementary Practices, in Vitória ES through service homeopathic city hall. For this we sought to: examine the homeopathic medical practice in public schools, from the look of the technical reference homeopathic medical practice in the city, watch the homeopathic service in healthcare facilities, from the look of homeopathic physicians of health facilities Victoria and evaluate the users' perception of municipal health of Victoria about the strengths and difficulties of access to the service homeopathic. To achieve these goals was performed an exploratory descriptive qualitative approach. Fieldwork was conducted through a structured interview with semi-structured questions with technical coordination municipal Homeopathic, homeopathic doctors in the municipal and service users. The research was structured in order to achieve the answers to those goals. At first, he was introduced to the history of health policy in Brazil and the socioeconomic context, in which it is currently, and homeopathy as a medical rationale, its institutional trajectory in Brazil, culminating in the creation of PNPIC. This historical context was needed to better understand the articulation of the studied object with the reality found in the search, then to analyze the study results. In a second time, were presents interviews with research participants that were performed health units in Victoria at this time was also presented the analysis and discussion of the contents verified in interviews. Finally the concluding remarks. This study found that the implementation of PNPIC in Vitória is walking modestly and that needs to be moved, discussed and analyzed by public health institutions.

Keywords: Health System. Homeopathy. Integrative and Complementary Practices.

LISTA DE SIGLAS

AMHB – Associação Médica Homeopática Brasileira

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS- Ações Integradas em Saúde

CAPS – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CEO- Centro de Especialidade Odontológica

CFM- Conselho Federal de Medicina

CIPLAN — Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde

CME- Centro de Especialidades Médicas

CNMAF- Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CRE – Centro de Referência Estadual

CRHA- Centro de Referência em Homeopatia e Acupuntura

EMESCAM- Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

IHB- Instituto Hahnemanniano do Brasil

IAPS- Instituto de Aposentadoria e Pensão

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MESP- Ministério da Educação e Saúde Pública

MES- Ministério da Educação e Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PSF- Programa de Saúde da Família

PNMNPC – Política Nacional de Medicina Natural e Práticas complementares

PNPIC- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPS- Política Nacional de Promoção da Saúde

SESP- Serviço Especial de Saúde Pública

SAS- Secretaria de Atenção à Saúde

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SUS- Sistema Único de Saúde

US- Unidade de Saúde

UFES- Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
 1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	18
1.1 O IDEÁRIO NEOLIBERAL E AS TRANSFORMAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	25
 2 HOMEOPATIA COMO RACIONALIDADE MÉDICA	28
2.1 TRAJETÓRIA POLÍTICO INSTITUCIONAL DA HOMEOPATIA NO BRASIL	35
2.2 A HOMEOPATIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	38
2.3 A PRÁTICA MÉDICA HOMEOPÁTICA NO SUS NO ESPÍRITO SANTO	41
2.4 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	42
 3 O SERVIÇO MÉDICO HOMEOPÁTICO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA- ES. O OLHAR DA COORDENAÇÃO TÉCNICA DA HOMEOPATIA E DOS MÉDICOS HOMEOPATAS	49
3.1 O OLHAR DO USUÁRIO MUNICIPAL	59
 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES.....	80
APÊNDICE A.....	81
APÊNDICE B.....	82
APÊNDICE C.....	83
APÊNDICE D.....	84
ANEXOS.....	86
ANEXO A.....	87
ANEXO B.....	88

INTRODUÇÃO

A toda intervenção médica, respeitando os diferentes níveis de complexidade, independente de qual seja ela, há sempre a intenção de estabelecer uma ligação entre o patológico (o doente) e o terapêutico (o tratamento a ser utilizado). É na busca desse acordo que se estabelece o modelo médico a ser empregado (LAPLANTINE, 2010).

As racionalidades médicas são aquelas que apresentam teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica.

A medicina científica contemporânea predominante é o modelo médico denominado alopatria, que emprega o princípio dos contrários para combater a doença, por meio de substâncias que atuam eliminando os sintomas. A alopatria visa atuar diretamente não na causa dos sintomas, mas sim na eliminação pura e simples deles, por exemplo, o uso de analgésicos no caso de dor (LAPLANTINE, 2010).

O modelo médico denominado homeopático é aquele que consiste em promover os sintomas apresentados pelo paciente, por intermédio de medicamentos que agem no mesmo sentido da doença. A homeopatia foi descoberta, experimentada e aplicada pelo médico Christian Friederich Samuel Hahnemann (1755-1843) que fundamentou a lei dos semelhantes (medicamento semelhante cura quadro sintomático semelhante) (LAPLANTINE, 2010).

A homeopatia se opõe a alguns pontos à alopatria: Hahnemann defendia que o indivíduo doente é o seu objeto de terapia e não a doença do sujeito, o medicamento semelhante cura o quadro sintomático similar e não o medicamento contrário elimina a patologia adquirida (LUZ, 1996).

O modelo médico hegemônico fortaleceu-se com o apoio da indústria farmacêutica e das grandes empresas de tecnologia para diagnósticos presentes na sociedade capitalista moderna. Ocorreu uma desvalorização do cuidado médico e da relação médico-paciente ao priorizar a ação terapêutica na medicalização, que afastou o

sujeito humano da sua totalidade viva, deixando-o de ser o seu objeto de intervenção.

Em consequência de tal panorama surgiu o que Luz (1997) identifica de crise da saúde, com o ressurgimento de novos paradigmas em medicina, e um aumento pela procura das *medicinas alternativas* pela população.

Em 1840, o médico francês Benoit Jule Mure conhecido como Dr. Bento Mure aportou no Brasil e com ele trouxe a doutrina homeopática. A partir daí começa a trajetória de implantação desse modelo médico no Brasil (NOVAES, 1989). Entretanto, somente em 1980, que a homeopatia foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como especialidade médica (BRASIL, 2006).

Considerados marcos na institucionalização da homeopatia no Brasil, em 1996 ocorreu a 10ª Conferência Nacional de Saúde, que aprovou a *Incorporação ao SUS*, de práticas de saúde como a Homeopatia, Fitoterapia e Acupuntura. Em 1999, o Ministério da Saúde incluiu a consulta homeopática na tabela SIA/SUS (Portaria GM Nº1230 de outubro de 1999) e, em 2006, o Ministério da Saúde, com o propósito de garantir a integralidade na atenção à saúde, estabeleceu no Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), consolidando a inserção da Homeopatia (e outras especialidades e práticas) como importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde (BRASIL, 2006).

No tocante à especialidade médica homeopática a PNPIC define em suas diretrizes: a incorporação da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS); a garantia de financiamento para as atividades à boa prática em homeopatia; a garantia do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático; a socialização de informações sobre a homeopatia; a implantação e avaliação da inserção da atenção homeopática no SUS; a promoção da educação permanente a técnicos e profissionais quanto à doutrina homeopática (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares foi publicada em maio de 2006, no entanto, desde a sua implementação, poucos estudos foram realizados a respeito do atendimento homeopático no município de Vitória.

Novaes (2007) relata em sua pesquisa que, mesmo anterior à implementação da PNPIC, a atenção homeopática passou a ser oferecida na Rede Pública municipal de Vitória, no início da década de 1990. Essa mesma pesquisa apresentou um levantamento realizado, em 2006, em que apenas cinco municípios capixabas apresentavam algum tipo de atendimento homeopático.

A Prefeitura Municipal de Vitória oferece, hoje, atendimento médico homeopático a todos os usuários da rede. O serviço de atendimento homeopático foi todo centralizado no Centro Municipal de Especialidades Drº Aprígio da Silva Freire, localizado na Ilha do Príncipe. A prefeitura disponibiliza dez médicos homeopatas para o atendimento à população de Vitória.

Sendo assim, diante da atual realidade em que a prática médica homeopática se apresenta em Vitória- ES torna-se necessário aprofundar os estudos acerca da implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no município, no que se refere ao serviço homeopático.

No âmbito pessoal e profissional, o interesse pela prática médica homeopática iniciou-se em 2000 com início da carreira profissional em uma farmácia magistral homeopática. Ainda nesse período, foi realizado um curso de aperfeiçoamento em homeopatia para a área de farmácia no Instituto Hahnemanniano do Brasil/IHB; passando a ampliar a visão pessoal e profissional dessa prática médica.

De 2009 a 2010, foi realizado um curso de Pós Graduação *Lato Sensu* – Nível Especialização em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). A partir de então, foi possível utilizar os conhecimentos na temática em questão para contribuir com a sua propagação na Promoção de Saúde. Esse estudo marcou o início de uma nova fase profissional voltada para o ensino e a pesquisa.

Durante este curso foi realizada uma pesquisa junto aos gestores de Unidade de Saúde Municipal de Vitória/ ES que teve com objetivo compreender a oferta da especialidade médica homeopática aos usuários dos serviços de saúde de Vitória através do olhar do gestor local (SILVA; FIGUEIREDO; RAMOS, 2011).

Com esse estudo, foram observadas algumas lacunas no serviço homeopático municipal que embasaram uma questão indagadora: Após a sua implantação no município de Vitória/ES, a Política Nacional de Práticas Integrativas e

Complementares (PNPIC) no que diz respeito à atenção homeopática está alcançando suas diretrizes?

O conceito de Política de Saúde adotado internacionalmente é preconizado como: “Estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população” (FLEURY, 2008, p.40). Uma vez elaborada uma Política Pública e definida suas diretrizes, faz-se necessário refletir quais os avanços e quais os obstáculos deparados desde a sua implantação (FLEURY, 2008).

Esse estudo também possui um importante valor social, a avaliação de uma política traduz-se como instrumento de gestão pública, permitindo que os gestores tomem decisões com maior possibilidade de acerto e maior otimização dos gastos públicos.

É preciso também obter informações das condições em que o grupo beneficiário de tal política se encontra. A avaliação de políticas públicas se traduz em ganho também para os usuários dos sistemas de serviços públicos.

Faz-se necessário, portanto, determinar os principais obstáculos para a efetivação das diretrizes da PNPIC no município de Vitória, contribuindo assim para a elaboração de novas estratégias de ação. Surgindo a necessidade de um novo estudo, que adquira grande relevância para a população usuária da rede municipal de saúde, ao permitir que sejam analisados se os seus direitos estão sendo respeitados e para os gestores ao levantar possíveis questões a serem trabalhadas pela gestão pública.

Esse estudo tem como objetivo geral analisar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, no município de Vitória - ES no que se refere ao serviço homeopático da prefeitura. Para tanto, foi preciso estabelecer alguns objetivos específicos: examinar a prática médica homeopática na rede municipal, a partir do olhar da referência técnica da prática médica homeopática do município; observar o serviço homeopático nas unidades de saúde, a partir do olhar dos médicos homeopatas das unidades de saúde de Vitória e avaliar a percepção dos usuários das unidades municipais de saúde de Vitória a respeito das facilidades e dificuldades de acesso a esse serviço homeopático.

Para atingir esses objetivos, foi realizada uma pesquisa exploratória descritiva, de abordagem qualitativa, por entender que ela se preocupa com a realidade que não pode ser quantificada e “é mais rica que qualquer pensamento e qualquer discurso que se possa elaborar sobre ela” (MINAYO, 2011, p.15).

A respeito desta abordagem, Minayo (2011, p.21) considera que ela:

[...] trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Ainda segundo Gonçalves (2008, p.91) “A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”, e a pesquisa exploratória quando o pesquisador entra em contato com as fontes de coleta de dados, facilitando a construção de hipóteses.

Foram adotadas pesquisas documentais e bibliográficas, uma vez que foram necessários suportes para atingir os objetivos propostos. A pesquisa bibliográfica tem como finalidade colocar o pesquisador em contato com aquilo que foi escrito a respeito do tema em estudo (LAKATOS, 2010). Também foram utilizadas fontes primárias tais como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC, e fontes secundárias tais como dissertações de mestrado, livros e pesquisas acadêmicas. Entre autores e obras podem-se destacar os seguintes: Fontes (2001), Luz (1996), Escorel (2008), Figueiredo e Machado (2011), Fleury (2008), Bravo (2001), Carvalho (2005), Hahnemann (1995), Laplantine (2010), Lima (2005), Novaes (2007) e Soares (2012).

O trabalho de campo foi realizado por meio de um roteiro de entrevista com questões semi-estruturadas com a coordenação técnica Homeopática municipal, médicos homeopatas da rede municipal e os usuários dos serviços. Essas entrevistas foram gravadas, com permissão prévia do sujeito por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), em horário previamente agendado.

A opção por esse tipo de técnica não-estruturada deu-se por entender que esse modelo de entrevista proporciona maior liberdade ao sujeito entrevistado. No

entanto, para cada categoria de sujeito entrevistado foi utilizado um roteiro de entrevista específico (ANEXOS A, B e C) com tópicos relativos.

As entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos. Elas foram transcritas, procedendo a escuta do material com a concomitante leitura fluente do texto, buscando ampliá-lo com acréscimo de detalhes sutis, como: silêncio, risos, pausas, etc. Os conteúdos das entrevistas foram analisados tendo como base as diretrizes para homeopatia da PNPIC.

A análise do conteúdo dessas entrevistas, conforme proposição de Bardin (2011) norteia os registros qualitativos e foi organizada em três polos cronológicos: a pré-análise (fase de organização e sistematização das ideias), a exploração do material (fase que consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração do material em função do que foi previamente formulado), o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação (realização de operações estatísticas, síntese e seleção de resultados e interpretação). Também foram utilizadas as técnicas de observação participante durante o processo desse estudo.

Em atendimento às normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996), esse estudo somente teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, cadastrado sob nº 112/2011, conforme declaração em anexo (ANEXO A).

A realização desse estudo também foi condicionada à submissão prévia do projeto à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e à autorização da mesma para acesso ao campo (ANEXO B).

O presente trabalho foi estruturado visando alcançar as respostas para os objetivos propostos. Em um primeiro momento foi apresentada a história da política de saúde do Brasil e o contexto sócio econômico em que ela se encontra atualmente, e a homeopatia como racionalidade médica, a sua trajetória institucional no Brasil, culminando na criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Essa contextualização histórica foi necessária para a melhor compreensão da articulação do objeto de estudo com a realidade encontrada na pesquisa, para em seguida analisar os resultados da pesquisa.

Em um segundo momento, foi discutida a prática médica homeopática no município de Vitória sob o olhar da Coordenação técnica, de médicos homeopatas municipais e dos usuários da rede municipal de saúde. Para essa análise foi necessário realizar entrevistas com os participantes da pesquisa, realizadas nas Unidades de saúde da Prefeitura municipal de Vitória. Com a realização dessa pesquisa foi possível identificar alguns pontos a serem tratados para uma melhor implementação da PNPIC no município de Vitória-ES no que se refere ao atendimento médico homeopático.

Ao avaliar o serviço homeopático da Prefeitura de Vitória por meio do olhar dos médicos homeopatas do serviço municipal e dos usuários desses serviços, foi possível estabelecer os avanços e limites da implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares nesse município, discussão esta apresentada mais especificamente no decorrer dessa pesquisa.

1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde é parte constituinte e necessária para a vida e dignidade humana. Com essa concepção as políticas de saúde adquirem uma função estratégica governamental. As políticas de saúde no Brasil, ao longo de sua história, apresentaram um caráter focal, ou seja, destinada a grupos sociais economicamente menos favorecidos (FUHRMANN, 2004).

Para analisar a história das políticas de saúde no Brasil é preciso saber que o seu processo histórico está diretamente relacionado com a evolução política social e econômica da sociedade brasileira e que esse processo evolutivo acompanhou o avanço do capitalismo no Brasil e também sofreu influências do capitalismo internacional (POLIGNANO, 2001).

Conforme Polignano (2001), a Política de Saúde no Brasil nunca esteve em uma posição central para o Estado. Apenas em alguns momentos de endemia e epidemias, que poderiam trazer consequências econômicas e sociais para o sistema capitalista, que a saúde passou a ter importância para o Estado.

Somente em momentos em que determinadas endemias ou epidemias se apresentaram como importantes em termos de repercussão econômica ou social dentro do modelo capitalista proposto é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, transformando-se pelo menos em discurso institucional, até serem novamente destinadas a um plano secundário, quando deixam de ter importância (POLIGNANO, 2001 p.02).

O Brasil, desde a década de 30, passa por grandes transformações. Em 1920, a economia brasileira era essencialmente agrícola, conforme revelado pelo censo de 1920, que mostrou um percentual de 30% da população urbana e 70% da rural. Porém, ao longo das décadas seguintes ocorreu uma inversão nessas proporções e, já em 1980, o Brasil tornou-se o 8º Produto Interno bruto (PIB) industrial do mundo, passando a ser considerado uma potência industrial média. O perfil do país se transformou em um curto período de tempo e com ele surgiram novas necessidades na sociedade (BACELAR, 2003).

O final da década de 1920 foi marcado por profundas alterações na sociedade brasileira. A crise econômica mundial, devido à quebra da bolsa de Nova York, em 1929, fez com que o modelo econômico brasileiro (agricultura do café) entrasse em dificuldades, gerando uma crise econômica, que logo se resultaria em insatisfação social (SCOREL, 2008).

A partir de 1930, a crescente massa assalariada urbana tornou-se a sustentação do novo governo de Getúlio Vargas, período em que foram promulgadas as leis trabalhistas, garantindo os direitos dos trabalhadores. A partir de 1933, o governo de Vargas transformou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) (SCOREL, 2008).

As CAPs eram entidades autônomas semipúblicas. Em 1917 foi criada a primeira CAPs para funcionários da Imprensa Nacional. Ela se caracterizava como fundos organizados por empresas, constituída por contribuição de trabalhadores (3%), empregadores (1% da renda bruta anual e consumidores dos serviços das empresas). Sendo administradas por empregados e empregadores em colégio paritário. O poder público participava como controle externo, sendo acionado em caso de conflito entre a Caixa e o segurado (SCOREL, 2008).

Ainda segundo Scorel (2008), uma das características do sistema previdenciário era a forma de emprego dos recursos arrecadados da previdência. A grande parte desses recursos foi utilizada em projetos do governo voltados à industrialização. O Estado preocupou-se mais em aumentar as reservas financeiras do que com a prestação dos serviços

Na década de 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), composto pelo Departamento Nacional de Educação e pelo Departamento Nacional de Saúde. O marco desse período foi a gestão de Gustavo Capanema no MESP (1934-1945), que fez algumas reformas no Ministério, que passou a chamar Ministério da Educação e Saúde (MES). Esse momento da história, conhecido como *Estado novo* teve por característica o caráter centralizador da Saúde Pública pelo Estado (SCOREL, 2008, p.361).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1941, pelo ministro Gustavo Capanema, tinha como objetivos: discutir temas da organização sanitária estadual e

municipal; promover campanhas contra a tuberculose e hanseníase; desenvolver os serviços básicos de saneamento e a proteção à maternidade, à infância e à adolescência (ESCOREL, 2008, p.362).

Em 1942, o governo brasileiro fez um acordo com o governo norte-americano, criando o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Esse serviço foi criado para combater a malária e a febre amarela na Amazônia, atendendo assim, aos interesses econômicos dos Estados Unidos, que visavam à exploração do ferro e da borracha da região (ESCOREL, 2008).

O *curto período*, entre 1945 e 1964, apresentou um caráter democrático populista com crescimento das lutas por reforma de base e participação popular (MEDEIROS, 2005).

O grande marco desse período (1945 -1964) foi a criação do Ministério da Saúde independente da Educação. As verbas destinadas ao novo Ministério eram equivalentes apenas a um terço do que aquelas recebidas anteriormente, no segundo Mandato de Getúlio Vargas (ESCOREL, 2008).

Em 1966, com o Regime Militar, ocorreu o processo de unificação dos institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa unificação significou a centralização administrativa e financeira e a equiparação desses benefícios para os trabalhadores segurados. Com a unificação dos Institutos de aposentadoria, a previdência passou a ter função assistencial e redistributivista, sendo limitada aos trabalhadores de carteira assinada. Os cidadãos que não contribuíam eram atendidos ou em postos de saúde (somente os que se enquadrassem ao perfil dos programas de saúde) ou em serviços filantrópicos (ESCOREL, 2008).

De acordo com o Polignano (2001, p. 17): “[...] o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise. Primeiro porque o capitalismo a nível internacional entra num período também em crise [...]”. A população contida pela repressão passou a conviver com o desemprego e suas consequências sociais: aumento da mortalidade infantil, crescimento das favelas, condições de saneamento desfavorável e aumento da marginalidade.

Os gastos com as políticas sociais diminuíram à medida que os investimentos com as estruturas econômicas aumentaram. O governo federal centralizou as finanças, submetendo os estados e municípios à dependência do repasse de recursos pela União. Essa estratégia objetivava a acumulação capitalista e também submetia o Estado ao capital privado. Na década de 1970, o país apresentava condições ideais para o investimento do capital internacional, possuía baixos salários, mão de obra abundante, repressão à organização sindical e atividades políticas. O saldo de dez anos de regime militar foi o colapso dos serviços públicos, por fim, péssimas condições de vida para grande parte da população (SCOREL, 2008).

Entre as décadas de 1960 e 1970 começou a surgir uma nova abordagem aos problemas de saúde (abordagem histórico- estrutural dos problemas de saúde) que formou a base teórica e ideológica de um o pensamento médico social. Escorel (2008, p.394) define:

Abordagem histórica- estrutural dos problemas de saúde significa a adoção da teoria do materialismo histórico e dialético, do marxismo, para analisar os processos de saúde e de adoecimento numa determinada sociedade. Isso envolve considerar a determinação da infraestrutura econômica na distribuição desigual das doenças entre as classes sociais.

A partir de 1974, surgiu no Brasil o Movimento Sanitário, que tinha como base algumas universidades. Esse movimento foi fundado nos conceitos de determinação social do processo saúde doença, mercantilização da medicina, esboço de uma política de saúde para o Brasil e crítica à política de saúde implantada (MEDEIROS, 2005).

As principais propostas reivindicadas pelo Movimento Sanitário foram: universalização do acesso; reestruturação através do Sistema Unificado de Saúde; entendimento de saúde como direito social e dever do Estado; descentralização para as esferas estaduais e municipais; criação de novos mecanismos de gestão, os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009).

Em 1984, foi criado o AIS (Ações integradas de Saúde) previdência-saúde e educação. Esse projeto visava integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo (SCOREL, 2008).

Conforme Escorel (2008, p. 423):

As AIS inauguraram a alteração radical do relacionamento da previdência social com prestadores de públicos e secretarias municipais e estaduais de saúde. Até então, era muito difícil para as prefeituras e estados estabelecerem convênios com o INAMPS, principalmente se fossem governos pela oposição. Além disso, os AIS legitimaram inicialmente um contexto autoritário e posteriormente, no período de transição democrática, a participação de entidades representativas da sociedade civil a formulação das políticas de Saúde.

A eleição de Tancredo Neves, em 1985, marcou o fim do Regime Militar. Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve como princípio: “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Durante essa Conferência foram lançadas as bases da reforma sanitária e, dois anos mais tarde, em 1987, foi aprovado o decreto que criou os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que segundo ESCOREL (2005, p. 79), “o SUDS é um estágio evolutivo dos AIS”.

Em 1988, ocorreu a promulgação da Constituição Federal. A nova Constituição e o processo constituinte representaram a afirmação e a extensão dos direitos sociais no Brasil, mediante a grave crise econômica e social em que ele se encontrava. A Constituição de 1988 introduziu melhorias que objetivavam corrigir as injustiças sociais herdadas, que eram incapazes de universalizar os direitos dos proletariados (BRAVO, 2009).

No capítulo VIII *da Ordem social* e na seção II referente à Saúde, o artigo 196 da Constituição de 1988 (Título VIII- Da Ordem Social; Capítulo II- Seção II, Da Saúde Artigo 196, 1988) define:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem 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.

Em relação à Saúde, a Constituição de 1988, depois de muitos acordos políticos e pressão popular, atende à maioria das reivindicações do movimento sanitário e não altera a situação da indústria farmacêutica. Conforme a autora Bravo, (2009, p. 97):

A Assembleia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizavam em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação de Hospitais (setor privado e da Associação de Indústrias Farmacêutica (Multinacionais), e as

forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representada pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte).

Em 1990 os reformistas contribuíram para a efetivação do projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080) que se constitui na base legal de organização do sistema nacional de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) (ESCOREL, 2008).

A política de saúde brasileira se materializou na Constituição de 1988, que instituiu o SUS por intermédio da LOS 8.080/90 (BRASIL, 1990. Título II, art. 4º), que o definiu como:

O conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

A concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) está baseada no novo paradigma de saúde que tem como base reposicionar o sujeito na elaboração de uma terapia que considera além do corpo – físico e funcional, um corpo psíquico capaz de ser, influenciado por fatores determinantes e condicionantes, o meio ambiente e social que o sujeito se encontra.

Os princípios doutrinários do SUS instituídos pela Lei Orgânica da Saúde são: a universalidade de acesso aos serviços de saúde sem discriminação; a equidade que garante a igualdade de assistência à saúde, dispor de recursos, principalmente para aqueles de maior vulnerabilidade; a integralidade da assistência em todos os níveis de atenção e considerar a integralidade de todo o processo dinâmico da saúde em suas dimensões (bio-psíquica e social) do homem (ESCOREL, 2008).

O acesso universal é a demonstração de que todos têm direito aos serviços de que necessitam sem nenhuma condicionante. Esse princípio veio substituir o modelo que por muito tempo predominou no Brasil, que condicionava o acesso à saúde apenas aos contribuintes da Previdência Social e aos trabalhadores ativos no mercado de trabalho (NORONHA, 2008).

A igualdade à assistência à saúde, sem privilégios ou preconceitos, reforça que não pode haver nenhum tipo de discriminação no acesso aos serviços de saúde, não tolerando que nenhum grupo específico seja privilegiado (NORONHA, 2008).

A integralidade é percebida de acordo com a lei Orgânica da Saúde como um conjunto contínuo e articulado de serviços e ações individuais ou coletivos, determinado para todos os níveis do sistema de saúde (NORONHA, 2008).

Mattos (2011) conceitua integralidade de três formas distintas. Um primeiro sentido de integralidade refere-se ao movimento conhecido como medicina integral. Com origem em discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. A medicina integral critica o fato de os médicos adotarem perante seus pacientes uma atitude fragmentária, recortam analiticamente suas análises. Algumas especialidades observam as dimensões biológicas, em prejuízo das considerações psicológicas e sociais.

Um segundo sentido da integralidade faz referência à organização dos serviços e a práticas de saúde, representando uma crítica à divisão entre as práticas de saúde pública e as assistenciais, característica do antigo Sistema Nacional de Saúde.

O último sentido da integralidade se relaciona às políticas especiais, destinadas a grupos específicos, como por exemplo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Em 1994 o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem por objetivo estabelecer princípios e diretrizes para reorganizar práticas de atenção da saúde, levando-a para mais perto da família, objetivando melhorar a qualidade de vida da população. Esse programa visa atender ou nas unidades básicas de saúde ou no domicílio. A equipe é formada por um médico, um enfermeiro um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde (priorizando moradores da própria comunidade) (BRASIL, 1997).

O PSF organiza-se de forma a acolher os princípios do SUS, relacionado à Universalização e igualdade de acesso; definindo áreas de atuação (territorialização) das Unidades de Saúde a partir de critérios epidemiológicos, vulnerabilidade e exclusão social; Integralidade, atender aos problemas de saúde da população em todos os aspectos; equidade, estabelecer prioridades (OHARA, SAITO, 2008).

1.1 O IDEÁRIO NEOLIBERAL E AS TRANSFORMAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Com a Constituição verificou-se que a concepção do SUS era fundamentada em um modelo de saúde voltado para a população, buscando reatar o compromisso do Estado para o bem estar social. Essa visão era reflexo do momento histórico em que a sociedade brasileira se encontrava, ou se seja, recém-saída de uma ditadura, em que não eram respeitados os direitos de cidadania (POLIGNANO, 2001).

Os períodos entre o golpe militar de 1964 até a Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080) em 1990, que regulamenta o SUS, testemunharam as novas forças que as ideias liberais obtiveram em detrimento aos Estados intervencionistas.

Segundo Fuhrmann, (2004. p.112): A intensa crise na acumulação criou as condições favoráveis para a reorientação ideológica mundial. Assim gradativamente, a revolução liberal foi ganhando espaço no capitalismo avançado internacional.

A crise econômica, que a sociedade brasileira se encontrava após o período da Ditadura militar, favoreceu o avanço das propostas neoliberais e gradativamente foi incorporando no cotidiano da vida do cidadão comum (FURHMANN, 2004).

Logo após a promulgação da Constituição, nos anos de 1990, (com a eleição de Fernando Collor de Mello) a sociedade brasileira presenciou o redirecionamento do papel do Estado, devido à força de uma política neoliberal privatizante, que tinha o discurso de restringir a intervenção do Estado ao mínimo. Para Polignano (2001, p. 26);

A opção neoliberal, que torna hegemônica no campo econômico, procura rever o papel do estado e seu peso na economia nacional, propondo a sua redução para o chamado estado mínimo, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista.

Segundo Bravo (2000), a partir de 1992, se tem afirmado no Brasil a hegemonia neoliberal, sendo este ideário responsável pela desconstrução das propostas de Políticas de Saúde (SUS) conquistadas na década de 1980, Carvalho (2005, p.32)

também afirma que “[...] as políticas neoliberais têm contribuído para o aumento da desigualdade entre os grupos sociais [...]”. Na concepção neoliberal, a saúde deixa de ser um direito do cidadão e passa a ser uma mercadoria.

Soares (2012, p.87) destaca: “[...] o movimento sanitário implementa uma luta contra-hegemônica não só da política de saúde, mas do Estado brasileiro como um todo e do modelo de desenvolvimento capitalista”.

Quando o Estado é considerado um obstáculo ao desenvolvimento do mercado (pensamento neoliberal), propõe-se a sua reforma, por meio de um *Estado-Empresa* que é livre do peso da burocracia e livre das prestações de serviços. -

No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995–2002) foi realizada a contrarreforma do Estado de forma mais agressiva e estruturada, criando o Ministério da Administração e Reforma Administrativa do Estado. O projeto da reforma situava a saúde como área não exclusiva do Estado. A contrarreforma na saúde era colocada da seguinte forma: precarização do SUS, ampliação fragmentada, restrita e desigual desse sistema. O movimento sanitário perdia cada vez mais organicidade política (SOARES, 2012).

No governo de Lula (2003 – 2010) houve uma grande expectativa, de qual seria o rumo do Estado brasileiro, pois pela primeira vez na história teria um representante sindical eleito presidente do país. A expectativa na saúde era a retomada da reforma sanitária e a efetivação do SUS. No entanto, o que se viu foi a extensão da política econômica e conservadora do governo anterior (SOARES, 20012).

Soares (2012, p.91) se refere à Política de saúde do governo Lula:

[...] o governo Lula expressa em ações o tensionamento dessa através da institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e da elaboração de um projeto amplo de privatizações das políticas sociais configurando na forma de fundações estatais de direito privado, que se apresenta como continuidade da reforma sanitária.

Nesse governo, o que se observou, apesar da expectativa de continuidade do projeto de reforma sanitária, foi a subordinação das políticas sociais ao interesse neoliberal.

Soares (2012, p.97) apresenta as seguintes comparações entre o SUS histórico e o SUS materializado, de acordo com os seus princípios.

Universalidade: SUS Histórico; “Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. SUS Materializado “Acesso focalizado aos mais pobres e pauperizados, que enfrentam, em geral, extensas filas objetivas ou virtuais, representando um verdadeiro gargalo no sistema, gerando um grande número de demandas não contempladas pelo sistema”.

Equidade: SUS histórico; Todos têm direito ao atendimento de acordo com a diversidade de suas necessidades, de modo geral que seja garantida a igualdade na diferença. SUS Materializado: Focalização precarizada do atendimento no segmento populacional mais pobre, sob a justificativa de que este é mais “vulnerabilizado”. Fere-se desta forma o princípio da igualdade, da universalidade e da própria equidade.

Integralidade: SUS Histórico; “Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em todos os níveis de complexidade do sistema”. SUS Materializado; Atenção básica, média e alta complexidade precarizada e focalizada na pobreza, principalmente através da expansão focalizada do PACS, da ESF, e dos atendimentos emergenciais com fragmentação do sistema e quebra da referência e contrarreferência.

O pensamento neoliberal considera as políticas universalistas e redistributivas um atraso. Para ele, as políticas sociais de conteúdo universalista é um desestímulo ao trabalho e à competição. No ideário neoliberal o setor privado é estimulado a fornecer serviços como saneamento, segurança, saúde, transporte e educação. É recomendada a concessão de serviços públicos estatais ao setor privado e a venda do patrimônio público (CARVALHO, 2005).

A política social do Brasil, apesar de se verificar um aumento orçamentário com a população mais pobre, por meio de programas como o “Bolsa Família”, vem confirmando que a focalização das ações é o sentido a ser empregado, em detrimento a universalização (SOARES, 2012).

O Sistema Único de Saúde, com os seus princípios doutrinários (universalização, equidade e integralidade), surgem na contramão das tendências hegemônicas. O projeto da reforma sanitária está perdendo para o projeto voltado para o mercado. No contexto Neoliberal em que a sociedade moderna se encontra, o sujeito perde a sua subjetividade, sofrendo um processo de objetivação, passando a saúde a ser considerada uma mercadoria. Com esse processo de objetivação do sujeito, as

políticas públicas que visam à integralidade da atenção à saúde são consideradas desnecessárias, pois prejudicam a “saúde da economia” (CARVALHO, 2005).

2 HOMEOPATIA COMO RACIONALIDADE MÉDICA

Quanto mais palpável é uma verdade, mais tempo requer para conquistar o lugar a que tem direito. Os obstáculos, que se coloca em seu caminho, se devem a que essa verdade desencadeia ao seu redor um verdadeiro ódio. Pois, ela anuncia uma revolução, uma perturbação dos interesses existentes e dos lugares conquistados.

Samuel Hahnemann

As práticas médicas integrativas e complementares são formadas por vários sistemas médicos e práticas que não são considerados como constituintes da medicina consagrada. Tesser (2012, p. 251) citado por Luz define “racionalidade médica”, sistemas médicos, como:

Um conjunto estruturado e coerente de cinco dimensões interligadas: uma morfológica do homem (anatomia), uma dimensão vital (fisiológica), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa dos adoecimentos, sua origem e cura,) embasadas em uma cosmologia implícita ou explícita.

As racionalidades médicas são aquelas que apresentam teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica.

A Homeopatia é considerada como racionalidade médica ao apresentar as dimensões apresentadas por Luz (2012), como as que constituem os sistemas médicos complexos. Para a dimensão morfológica, a homeopatia trabalha com a anatomia clássica relacionada com as estruturas orgânicas, funções e sensações; a dimensão fisiológica trata daquilo que é entendido como o estado de saúde, o estado de equilíbrio; a doutrina médica homeopática é fundamentada na força vital do indivíduo; para o sistema de diagnose a homeopatia busca a anamnese do desequilíbrio individual e o sistema de intervenção terapêutico é basicamente medicamentoso correlacionado com os hábitos de vida do paciente (LUZ, CAMPELLO, 2012).

Racionalidade Médica é uma linha de estudos iniciada no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) em 1991. Desenvolvida em várias unidades acadêmicas do Brasil, sendo o grupo instalado na Universidade Federal Fluminense, liderado pela Prof^a Dr^a Madel Luz. Engloba comparações de sistemas médicos complexos (Medicina Ocidental ou Biomedicina, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Ayurveda) tanto em nível teórico (ciências humanas) quanto prático (médico terapêutico ou diagnóstico).

Para entender a luta entre a prática de algumas racionalidades médicas, como por exemplo, a homeopatia, e a medicina dita convencional é preciso analisar a trajetória sócio- histórica da racionalidade científica moderna.

A racionalidade científica moderna tem sua gênese na cisão da organização da sociedade, que se inicia no século XIV, com o período em que os historiadores denominam de Renascimento. Esse período foi marcado por transformações nas relações sociais, na ideologia e nos costumes da sociedade medieval (LUZ, 2004).

Esse momento da história foi impregnado por um pensamento no qual o homem deveria estar desligado do domínio de Deus, ocorrendo uma separação entre o homem, Deus e a natureza, sendo essa separação o primeiro traço característico da racionalidade moderna. A ruptura do metabolismo entre o homem e a natureza faz com que ele se coloque acima da natureza, criando uma nova ordem; a da razão (LUZ, 2004).

A separação homem-natureza é uma característica marcante no pensamento que domina o mundo ocidental. A expressão dominar a natureza só tem sentido a partir da premissa de que o homem não é natureza, sendo assim, a natureza passa a ser um objeto a ser dominado pelo homem. Essa ideia de uma natureza objetiva e exterior ao homem, a ideia de um homem não natural e fora da natureza, consolida-se com a civilização industrial, inaugurada pelo capitalismo (GONÇALVES, 2004).

Um outro traço característico da racionalidade moderna é a busca da razão como produtora de conhecimento. Da crítica ao conhecimento já constituído nasce o experimentalismo, que busca explicações novas para eventos já esclarecidos, mas que são considerados pela nova ordem insuficientes (LUZ, 2004).

A prática médica conduzida pelos médicos do renascimento apresenta um discurso disciplinar sobre a doença, não teoriza a saúde, a cura e a vida. Essa medicina passa progressivamente a tematizar as questões mórbidas. E esse modelo tornou-se hegemônico. A clínica moderna tem como base a anatomia e a patologia (LUZ, 2004).

Segundo Luz (2004, p.138):

O objeto do conhecimento é a patologia, tomada como realidade positiva e o objetivo da clínica é o combate e a eliminação dessa realidade. É, portanto, o vitalismo que está deslocado diante desta racionalidade. É para ele que não há espaço epistemológico.

Desse modo, a saúde passa a ser definida não como vida, mas sim como ausência de patologia; a *cura* é obtida, então, pela supressão dos sintomas. Com o conceito da abolição da doença do indivíduo, origina-se a saúde na medicina moderna.

A medicina moderna hegemônica é resultado de um processo histórico no qual a “razão” se apresenta como dominante nas ciências. A racionalidade científica moderna se impõe de forma contrária em relação a qualquer outra racionalidade médica que possui fundamentos diferentes aos dela.

Na antiga Grécia verificaram-se as primeiras intenções de elaborar uma teoria racional sobre a saúde e a doença. Para Hipócrates (médico grego, IV AC.), a doença era uma perturbação do equilíbrio, que mantinha o homem em harmonia consigo e com a natureza.

Hipócrates enunciou o seguinte aforismo: “A doença é produzida pelos semelhantes e pelos semelhantes o paciente retorna a saúde”, apesar da norma geral adotada na época fosse “*contraria contrariis curantur*”, ou seja, contrário curado pelo contrário (HIPÓCRATES citado por FONTE, 2001. p. 03).

O caminho dos contrários será seguido séculos mais adiante pela medicina contemporânea. Mesmo tendo relatado o princípio da similitude, Hipócrates não se aprofundou em seus estudos e foi o médico alemão Christian Friederich Samuel Hahnemann (1755-1843) que fundamentou a lei dos semelhantes e a firmou como método terapêutico, com o nome de Homeopatia (FONTE, 2001).

A palavra homeopatia, criada por Hahnemann, oriunda do grego *hómoios*, “semelhante”, e *páthos*, “doente”, designa o método terapêutico baseado na lei natural de cura *similia similibus curantur*, ou seja, o semelhante será curado pelo semelhante. Trata-se de um sistema científico e filosófico bem determinado, com metodologia de pesquisa própria, que se apoia em dados da experimentação no homem sadio, para sua posterior aplicação no homem doente (FONTE, 2001, p.10).

As formulações da doutrina homeopática foram sistematizadas por Hahnemann em 1810 quando ele editou o *Organon da arte de curar*. Em seguida mais cinco edições foram publicadas, mas somente a sexta edição editada em 1921 é aquela considerada a que contém o pensamento total de Hahnemann (NOVAES, 1989).

Segundo a doutrina homeopática formulada por Hahnemann, a homeopatia é constituída por quatro princípios básicos: “*Lei dos Semelhantes*”, *Experimentação no homem São*, *Doses mínimas* e o uso do *Medicamento Único*.

Sobre o primeiro princípio, a *Lei dos Semelhantes*, pode-se dizer:

Ora, se as moléstias nada mais são que alterações do estado de saúde do indivíduo são, e que se manifestam através de sintomas mórbidos, e se a cura não é possível, além disso, senão pela conversão do estado de doença, é evidente que os medicamentos jamais poderiam curar moléstias senão tivessem o mesmo poder de alterar o estado de saúde do homem que se baseiam em sensações e funções; em verdade, que seu poder se atribua apenas a este poder que têm de alterar o estado de saúde do homem (HAHNEMANN, 1995 parágrafo 19, p.11).

De acordo com o primeiro princípio, para se tratar uma determinada doença (com sintomas característicos) é preciso utilizar qualquer substância que seja capaz de provocar em um homem sadio os mesmos sintomas da doença. O poder curativo dos medicamentos depende, portanto dos sintomas semelhantes aos da doença, que ele é capaz de produzir.

No segundo princípio da “*experimentação no homem São*” Hahnemann explica como sendo o procedimento de testar as substâncias medicinais em homens sadios, para catalogar os sintomas que elas apresentam e assim possam a ser utilizados nos tratamentos das doenças com sintomas semelhantes a elas (FONTE, 2001).

O terceiro princípio *Doses Mínimas*, Hahnemann percebeu que ao utilizar substâncias diluídas (doses infinitesimais) e agitadas (dinamizadas), o seu efeito tóxico era menor e o poder curativo maior (FONTE, 2001).

O último princípio, *Medicamento Único*, para Hahnemann (HAHNEMANN, 1995, parágrafo, 27, p. 15) significa:

[...] cada caso individual da doença é mais certa, radical e permanente eliminada e removida por apenas um remédio capaz de produzir no organismo humano, da maneira mais completa e semelhante, a totalidade dos seus sintomas, que são ao mesmo tempo, mais forte que a doença.

Em conformidade com o *Princípio dos semelhantes*, apenas um medicamento é capaz, de forma completa, de se assemelhar aos sintomas da doença. Segundo o unicismo hahnemanniano, se for administrado ao doente mais de um medicamento ao mesmo tempo pode, portanto, haver conflito entre as substâncias no mecanismo de cura do organismo, não obtendo assim êxito no tratamento.

Por vários motivos foram criadas diferentes escolas homeopáticas, cada uma utilizando uma forma diferente de prescrever. Entre os principais motivos se destacam: a imprecisão dos sintomas, a experiência clínica de alguns homeopatas, o desconhecimento dos princípios homeopáticos. As mais conhecidas escolas homeopáticas¹ são: unicismo, pluralismo, complexismo e o organismo (FONTES, 2001).

O aspecto filosófico de homeopatia está baseado na visão vitalista do ser humano. Segundo Hahnemann (1995, parágrafo 9, 6º ed, p.4):

No estado de saúde, a força vital de natureza espiritual (autocracia), que dinamicamente anima o corpo material (organismo), reina com poder ilimitado e mantém todas as suas partes em admirável atividade harmônica, nas suas sensações e funções, de maneira que o espírito dotado de razão, que reside em nós, pode livremente dispor desse instrumento vivo e são para atender aos mais altos fins de nossa existência.

Para a homeopatia, os conceitos de saúde, doença e cura são diferentes. A saúde é vista como um estado de equilíbrio dinâmico que engloba as realidades psicamental e física do sujeito, assim como as interações com o meio natural e social em que ele

¹ Escolas homeopáticas: Unicismo: o clínico prescreve um único medicamento, à maneira de Hahnemann, com base na totalidade dos sintomas do doente (*o similimum*), Pluralismo ou Alternismo, o clínico prescreve dois ou mais medicamentos para serem administrados em horas distintas, alternadamente, com a finalidade de um complementar a ação do outro, atingindo assim a totalidade dos sintomas do paciente, Complexismo, o clínico prescreve dois ou mais medicamentos para serem administrado simultaneamente ao paciente, Organicismo, o clínico prescreve o medicamento visando aos órgãos doentes, considerando as queixas mais imediatas do paciente (FONTE, 2001).

vive. A doença é o reflexo, por meio de sintomas, que a força vital faz para restabelecer o equilíbrio (FONTE, 2001).

A cura para Hahnemann não é apenas a supressão dos sintomas, mas também atingir um estado de equilíbrio emocional, físico e psíquico. No parágrafo 2 do Organon, Hahnemann (1995, p.83) explica que:

O ideal máximo da cura é o restabelecimento rápido, suave e duradouro da saúde, ou remoção e aniquilamento da doença, em toda a sua extensão, da maneira mais curta, mais segura e menos nociva, agindo por princípios facilmente compreensíveis.

Essa medicina científica contemporânea predominante é a alopatia que emprega o princípio dos contrários para combater a doença, pelas de substâncias que atuam, eliminando os sintomas, por exemplo, o uso de analgésicos no caso de dores. Para essa prática médica, cessar os sintomas é restabelecer a saúde, sendo a medicalização a única forma terapêutica.

A alopatia, ao estabelecer sua investigação diagnóstica nos sintomas físicos (alterações corporais) e ao priorizar a sua ação terapêutica na medicalização, afasta do sujeito humano na sua totalidade viva, deixando-o de ser o centro de seu estudo e objetivo (LUZ, 1997).

Ainda para Luz (1997, p. 16), observa-se uma “crise da saúde”, e o ressurgimento de novos paradigmas em medicina.

Tento tematizar aqui o desenvolvimento dessas “medicinas” a partir do que considero uma dupla crise na sociedade atual: sanitária e médica, envolvendo culturalmente as relações medicina-sociedade, neste final de século, como base para o sucesso das “medicinas alternativas”. É verdade não caracterizo tal crise como simples efeito da evolução do capitalismo, em seu momento atual de mundialização, de transformação da base produtiva, das relações do trabalho, do consumo etc., porém situo as raízes socioeconômicas do que tematizo como crise sanitária e crise da medicina .

Luz (1997) acredita que o surgimento de novos paradigmas na medicina possui ligação entre diversos acontecimentos de natureza socioeconômicos, culturais e epidemiológicos. A crise da saúde pode ser vista como resultado do crescimento das desigualdades sociais na sociedade capitalista e poderia ser prevenida com políticas públicas adequadas, onde o Estado estaria comprometido com a saúde da

população e não com ideários neoliberais, que geram políticas econômicas que agravam o quadro sanitário precário em que a população vive.

Para Luz (1997), a crise da medicina está relacionada com a crise da saúde, porém a crise da medicina não se expressa em uma crise de produção de conhecimento ou uma estagnação do saber médico, muito pelo contrário, quando se pensa em *ciências das doenças* essa produção médica está muito bem. A crise está presente no plano da racionalidade médica, pois o paradigma que rege a medicina contemporânea se distância do sujeito com sua integralidade viva durante as investigações diagnósticas e a intervenção terapêutica.

2.1 TRAJETÓRIA POLÍTICO INSTITUCIONAL DA HOMEOPATIA NO BRASIL

O começo do século XIX, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, é considerado, por muitos historiadores, o redescobrimento do país, pois esse fato histórico trouxe desenvolvimento econômico, político, social e até mesmo um impulso científico intelectual para o país. A chegada da Corte portuguesa abriu as portas para o interesse científico e cultural de viajantes e também criou oportunidades para várias práticas profissionais (NOVAES, 1989).

Ainda em formação, a corporação médica procurava assumir o monopólio da prática e do saber de como curar, conquistando poder na sociedade. Como estratégia de aquisição de poder, os médicos criaram, em 1832, as Faculdades de Medicina, pois por meio dos cursos médicos, a medicina transformada em oficial, garantia a reprodução da sua prática (LUZ, 1996).

Em 1840, desembarcou no Brasil o médico francês Benoit Jules Mure, (considerado um discípulo direto de Samuel Hahnemann) que foi o responsável pela introdução da homeopatia no Brasil. Segundo Luz (1996, p.64), “[...]Dr. Mure tinha uma intensa participação política ligada ao socialismo de Charles Fourier [...]”, e que o primeiro propósito ao chegar ao Brasil era fundar uma comunidade social, produtiva com

características cooperativistas na província de Sahy em Santa Catarina. Como não obteve sucesso em seu primeiro propósito se dedicou a divulgar a prática homeopática no Brasil. Luz (1996) destaca como uma das estratégias de legitimação da homeopatia dos médicos fundadores no Brasil, a prática da atenção médica homeopática gratuita para a população pobre.

O início da história da homeopatia no Brasil foi marcado por muita polêmica. Os profissionais defensores da nova terapêutica enfrentaram verdadeiras batalhas contra a elite sócio-econômica e o meio acadêmico. Para eles os homeopatas eram os piores charlatões a serem enfrentados, pois eram médicos que divulgavam uma prática clínica mais eficiente que a *medicina tradicional* (LUZ, 1996).

Conforme Luz (1996, p. 36) desde o início do século XIX que a medicina institucional lutou pela corporação médica acadêmica, “[...] pela obtenção do monopólio da produção de verdades de práticas à saúde”.

Esta busca pelo monopólio de *verdades*, não era exclusiva da medicina, mas de todas as disciplinas que participavam da racionalidade científica, que se organizavam em corporações acadêmicas. Segundo Luz (1996, p. 36):

As estratégias de desqualificação, baseada em argumentação de ineficiência prática, incoerência lógica, empirismo ou inveracidade, são comuns ao conjunto das ciências, quando se trata de combater doutrinas e práticas tradicionais, populares ou academicamente dissidentes, seja nas disciplinas básicas, seja nas aplicadas, seja nas naturais, seja nas humanas.

Para Luz (1996) ficou evidenciado que os alopatas não conheciam a homeopatia suficientemente para julgá-la e eliminá-la inconstitucionalmente.

Várias foram as estratégias de legitimação da homeopatia adotadas pelos homeopatas pioneiros, Luz (1996, p.65) destaca como os mais importantes:

Institucionalização da homeopatia através do reconhecimento legal do ensino homeopático; reconhecimento da homeopatia pela Academia Imperial de Medicina através do debate científico, ou pelo menos de aceitação dos homeopatas como legítimos interlocutores; fundação de clínicas, hospitais e dispensários homeopáticos, onde se pudesse exercer a prática médica e comprovar (ou negar) a eficácia terapêutica da homeopatia, através de experiências clínicas; propaganda de agitação popular, “convertendo” os possíveis pacientes à verdade da homeopatia; formação de farmacêuticos e leigos em cursos de curta duração para que pudessem exercer a prática homeopática, sem precisar da faculdade de

medicina, bastando para isso recorrerem às matérias e manuais médicos homeopáticos da época; divulgação dos “milagres” da homeopatia [...]; atenção médica gratuita para a população pobre, no sentido não só de arrebatar a clientela da medicina oficial, mas também de legitimar-se diante da sociedade civil, finalmente aqui reside à arma da institucionalização mais importante: a fundação dos institutos de homeopatia, capazes de organizar a produção e a reprodução do saber homeopático, assim como divulgar e expandir a prática da homeopatia através da propaganda em todo o país.

A estratégia de legitimação da homeopatia era essencialmente baseada na divulgação deste novo conhecimento médico.

A história da implantação da homeopatia no Brasil teve momentos de altos e baixos, conquistas e derrotas, momentos em que a prática homeopática conquista vitórias, como a oficialização do ensino médico homeopático, com a criação das faculdades de Medicina de Homeopatia no Rio de Janeiro e outra no Rio Grande do Sul e momentos de queda, como, por exemplo, quando os homeopatas perdem o controle sobre a faculdade e o Hospital Homeopático do Rio de Janeiro (LUZ, 1996).

A partir de 1970 a homeopatia passou por uma fase denominada por Luz (1996) de retomada social da homeopatia, esta fase foi vista como a *terapêutica alternativa*, devido à crise do modelo médico predominante (a medicina especializada, mercantilizada e tecnológica).

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por intermédio da Conferência Internacional de Alma Ata antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), recomendou as *práticas alternativas* de saúde, dentre elas a homeopatia (NOVAES, 2007).

O grande marco para a homeopatia no Brasil ocorreu em 1980 quando o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução CFM 1000/80, reconheceu pela primeira vez a homeopatia como especialidade médica (CFM, 1980).

Em 1986, no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, no tema dois do item a, havia a orientação para a introdução de práticas ditas alternativas na rede pública (BRASIL, 1986p. 10,11):

Introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.

Tal orientação já sinalizava uma tendência de instituição das práticas alternativas nos serviços públicos de saúde.

2.2 A HOMEOPATIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Quando se analisa a trajetória da homeopatia no contexto da saúde no Brasil, observa-se a presença constante da luta dos homeopatas pelo reconhecimento da homeopatia como prática médica terapêutica, no sistema de saúde pública.

Em 1988, ocorreu a regulamentação da prática homeopática pública, pela Resolução CIPLAN nº 04/88, publicada no Diário Oficial da União de 11/03/88, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, dos Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde, da Educação e do Trabalho implantou a prática da Homeopatia nos Serviços Públicos de Saúde e fixou diretrizes para sua implantação (BRASIL, 2006).

A X Conferência Nacional de saúde, em 1996, recomendou a incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS) de práticas de saúde como acupuntura, fitoterapia e homeopatia e incentivo à assistência farmacêutica (BRASIL, 2006). Em seu relatório final destacou a responsabilidade dos gestores da rede pública de saúde de estimular e apoiar as práticas alternativas, por intermédio do apoio a pesquisas realizadas em Universidades Públicas conforme os itens 80 e 80.2 (BRASIL, 1996, p.28, 29) do documento:

80- Os Gestores do SUS devem estimular apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas de interesse social na área da saúde, divulgando-os amplamente aos Usuários, com a finalidade de favorecer o pleno desenvolvimento do SUS.

80.2 - Pesquisas que analisem a efetividade das práticas populares alternativas em Saúde (fitoterapia, alimentação alternativa, etc.), com o apoio das agências oficiais de fomento à pesquisa e realizadas em parceria com Universidades Públicas.

O Ministério da Saúde, em 1999, incluiu a consulta homeopática na tabela SIA/SUS (Portaria GM Nº1230 de outubro de 1999). Esse fato foi considerado de grande avanço para a institucionalização da homeopatia no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Em 2003, foi realizada a XII Conferência Nacional de Saúde, com a participação da Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB), que defendeu a institucionalização da homeopatia e a elaboração de uma política de atenção homeopática para o SUS. No relatório final da conferência, em 2003, foi formado um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, com a função de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas complementares (PNMNPC) para o SUS. Também em 2003, foi realizada 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF) que enfatizou a importância de ampliação do acesso aos medicamentos homeopáticos pelo SUS (BRASIL, 2006).

Com a formação do grupo de trabalho do Ministério da Saúde, em 2003, que tinha como objetivo elaborar uma Política Nacional de Práticas Integrativas desencadeou o 1º Fórum Nacional de Homeopatia em 2004, intitulado “A Homeopatia que queremos implantar no SUS”. Nesse Fórum, reuniram-se profissionais das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Universidades Públicas; Associação de Homeopatas no SUS; entidades homeopáticas nacionais representativas; o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), os Conselhos Federais de Farmácia e Medicina; a Liga Médica Homeopática Internacional e representantes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2006).

Em 2006, o Ministério da Saúde, cumprindo as suas atribuições de coordenar o Sistema Único de Saúde e estabelecer políticas que garantissem a integralidade na atenção à saúde brasileira, publicou a Portaria nº 971 que deliberava a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006, p. 04).

No cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde e de estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica econômica, social e cultural.

O Ministério da Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), junto com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizaram, em Brasília (DF), em 2008, o 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, após dois anos da aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e

Complementares. Nesse Seminário, pela primeira vez, o tema foi debatido pelo Governo Federal, com a presença de outros cinco países e representantes da OMS. O Seminário foi um espaço para o intercâmbio de experiências do Brasil, China, Cuba, Bolívia, México e Itália contribuindo para o aprimoramento do modelo brasileiro (BRASIL, 2009).

Com a admissão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS desencadeou a ampliação de programas, políticas, ações e em todas as esferas governamentais. O Ministério da saúde publicou em 2011, um Relatório de Gestão (2006/2010) das Práticas Integrativa e Complementares no SUS que destacava a normatização para Práticas Integrativas e Complementares no SUS, conforme citado abaixo (BRASIL, 2011, p.16-18):

Portaria GM nº 853, Ministério da Saúde, de 17 de novembro de 2006, que em seu artigo 1º contempla “incluir na Tabela de Serviços/classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares.

Portaria Nº 3237/GM, do Ministério da Saúde, de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e define o Elenco de Referência de medicamentos e insumos complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Portaria Nº 2982/GM, do Ministério da Saúde, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco de Referência de medicamentos e insumos complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Portaria SAS Nº 84, de 25 de março de 2009. Adéqua o serviço especializado 134 – Serviço de Práticas Integrativas e sua classificação 001 – Acupuntura.

Esse relatório de gestão (2006/2010) considera os progressos após a aprovação da PNPIC e os desafios para a concretização das diretrizes dessa Política, visando à otimização dos recursos e tempo nas ações.

A implementação da prática médica homeopática no Serviço Público, por intermédio da PNPIC, deve ser compreendido como prosseguimento de implantação do SUS. Essa Política de integralidade visa assegurar a oferta da homeopatia no SUS, garantindo assim os direitos de acesso dos usuários do Sistema Público de Saúde.

2.3 A PRÁTICA MÉDICA HOMEOPÁTICA NO SUS NO ESPÍRITO SANTO

Segundo pesquisa realizada por Novaes (2007) a Prática homeopática passou a ser oferecida na Rede Pública no Estado do Espírito Santo, no início da década de 1990, fruto de uma luta travada por médicos homeopatas congregados às associações de classe.

Foram realizadas várias estratégias de cunho político objetivando apoio para inclusão dessa especialidade em concursos públicos no Estado. Esses médicos homeopatas procuravam também a divulgação da homeopatia na mídia, para que a população pudesse conhecer os benefícios da prática médica. Porém, de acordo com Novaes (2007), essas estratégias não foram suficientes para promover a homeopatia no cenário capixaba. Essa autora apresentou um estudo realizado em 2006, em que apenas cinco municípios do Estado possuíam algum tipo de atendimento homeopático no serviço público.

Novaes (2007) ainda relata em sua pesquisa, problemas de falta de divulgação de informação a respeito da homeopatia e o não fornecimento de medicamentos homeopáticos para os usuários da rede pública por parte da Prefeitura Municipal de Vitória- ES.

Em 2008, foi elaborada uma proposta, por um grupo técnico composto por representantes de várias entidades capixabas, para a institucionalização da Política das Práticas Integrativas e Complementares: Homeopatia, Acupuntura e Fitoterapia no Estado (NOVAES, 2007).

Em 2010, uma pesquisa realizada por Silva; Figueiredo; Ramos (2011) nas Unidades de Saúde do Município de Vitória, que teve por objetivo analisar o olhar do gestor local a respeito da prática médica homeopática nas Unidades de Saúde. Nesse estudo, foi constatado que apesar da homeopatia ser oferecida pela Rede Pública municipal, ainda era pouco conhecida pela equipe de saúde e pouco utilizada pelos usuários das Unidades.

Em 2011, o Ministério da Saúde apresentou o um Relatório de Gestão (2006/2010) das Práticas Integrativa e Complementares no SUS, já citado anteriormente, no qual destacava a Regulamentação Estadual/Municipal para Práticas Integrativas e Complementares no SUS. O documento da PNPIC é uma referência para estados e municípios formularem suas próprias políticas, assim como a estratégia de formulação e aprovação adotadas pelo governo federal. Para o Espírito Santo, destacava a Resolução Nº 543/2008 do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo e aprovava a Proposta de Institucionalização da Política das Práticas Integrativas e Complementares: homeopatia, acupuntura e fitoterapia (BRASIL, 2011).

A Prefeitura Municipal de Vitória oferece atendimento médico homeopático a todos os usuários da rede. O governo Estadual possui o Centro de Referência em Homeopatia e Acupuntura (CRHA) localizadas no CRE Metropolitano, Jardim América, Cariacica. Para ter acesso aos serviços do CRHA, o paciente não precisa ser encaminhado por unidade de saúde, nem ser referenciado por profissional médico, pois a adesão é espontânea. O usuário é convidado a assistir a uma palestra explicativa sobre o serviço e a especialidade e, só assim, a consulta é marcada (ESPÍRITO SANTO, 2012).

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

O Ministério da Saúde, com o propósito de garantir a integralidade na atenção à saúde, estabeleceu, no SUS, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) consolidando a inserção da Homeopatia (e outras especialidades e práticas) ² como importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde.

² A respeito das outras especialidades e práticas: 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 à 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. O objetivo

A justificativa para a implementação de tal política envolve questões de âmbito social, econômico, político, técnico e cultural. A política visa apoiar, conhecer e implementar as experiências já desenvolvidas em muitos municípios e estados. Devido à falta de um direcionamento específico muitas experiências da rede pública foram realizadas de forma desigual, sem continuidade, acompanhamento e avaliação. Outra justificativa para a implementação dessa política foi a sua crescente legitimação pela sociedade (BRASIL, 2006).

Durante o processo de elaboração da PNPIC o Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Atenção Básica, da secretaria de Atenção à Saúde, realizou como estratégia, um Diagnóstico Nacional que envolvesse as racionalidades já oferecidas no Sistema Único de Saúde. O diagnóstico foi realizado no período de março a junho de 2004, por de um questionário enviado a todos os secretários estaduais e municipais do país. (BRASIL, 2006). Com base no resultado desse diagnóstico, foram elaborados os objetivos e as diretrizes específicas de cada racionalidade médica contemplada pela PNPIC.

A Política Nacional de Práticas integrativas e Complementares foi, portanto, estruturada em objetivos, diretrizes e responsabilidades institucionais, tendo como objetivos (BRASIL, 2006. p. 24):

Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção

desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (Acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais), 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. Originária da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a Acupuntura compreende um conjunto de procedimentos 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. A Fitoterapia é uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas 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, relacionada aos primórdios da medicina 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. O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A Medicina Antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica destacasse o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006).

básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Para a homeopatia especificamente, essa Política informa sobre a educação permanente, a formação, a assistência farmacêutica, o financiamento, a educação popular, a pesquisa e a avaliação dos programas. A PNPIC define sete diretrizes para a homeopatia, apresentadas a seguir:

A Primeira Diretriz (H1) destaca a: “Incorporação da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do SUS, com medida ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2006, p.35).

Para a Diretriz H1 a PNPIC sugere a busca da garantia de condições à boa prática em homeopatia, levando em consideração as peculiaridades da mesma; Fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção primária; nas unidades de saúde prestar atendimento; nas Unidades de Saúde da Família possuir um profissional homeopata sem proporcionar prejuízo ao profissional da estratégia da saúde da família (BRASIL, 2006).

A Segunda Diretriz (H2) destaca a “garantia de financiamento capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando suas peculiaridades técnicas” (BRASIL, 2006, p.36).

Para a Diretriz H2 a PNPIC indica o incentivo a implementação de farmácias públicas de manipulação homeopática; garantia de financiamento para projetos e programas de formação e educação em homeopatia aos profissionais do SUS e a garantia de financiamento para divulgação e informação da homeopatia para gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS (BRASIL, 2006).

A Terceira Diretriz (H3) indica o “provimento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública” (BRASIL, 2006, p.38). A PNPIC recomenda para essa diretriz a inclusão da homeopatia na Política de Assistência farmacêutica no SUS e a implantação de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos (BRASIL, 2006).

A Quarta Diretriz (H4) sinaliza a importância de “apoio a projetos de formação e educação permanente, promovendo a qualidade técnica dos profissionais e consoantes com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente” (BRASIL, 2006, p. 39). A PNPIC sugere para essa diretriz a promoção da discussão da homeopatia da educação permanente; a elaboração de materiais informativos para apoiar os gestores do SUS nos projetos de educação (BRASIL, 2006).

A Quinta Diretriz (H5) (BRASIL, 2006, p. 41) refere-se ao “acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS”. Para a diretriz H5, a PNPIC sugere o desenvolvimento de mecanismos adequados para a coleta de dados para avaliação do processo de gestão da atenção homeopática no SUS (BRASIL, 2006).

A Sexta Diretriz (H6) (BRASIL, 2006, p. 42) enfatiza “socializar informações sobre a homeopatia e as características da sua prática, adequando-as aos diversos grupos populacionais”. Para a diretriz H6, a PNPIC indica a adoção de medidas de divulgação sobre homeopatia em diferentes formas de linguagens culturais, a promoção e a qualificação de agentes Comunitários de Saúde, para atuação na informação da homeopatia a comunidade (BRASIL, 2006).

A Sétima Diretriz (H7) propõe “apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção homeopática no SUS” (BRASIL, 2006, p. 43). Para essa diretriz, a PNPIC aconselha a inclusão da homeopatia nas pesquisas do SUS, buscando promover a realização de estudos a respeito da representação social junto a profissionais e usuários da prática médica homeopática no SUS (BRASIL, 2006).

A PNPIC, após apresentar suas diretrizes discorre a respeito das responsabilidades institucionais da homeopatia.

Para as responsabilidades institucionais a nível federal PNPIC estabelece (BRASIL, 2006, p. 57):

Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC no SUS.

Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação dessa Política, considerando a composição tripartite.

Estimular pesquisas nas áreas de interesse, em especial, aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para a PNPIC.

Estabelecer diretrizes para a educação permanente em PNPIC.

Manter articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações.

Promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional.

Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

Garantir a especificidade da assistência farmacêutica Homeopatia e Fitoterapia para o SUS na regulamentação sanitária.

Elaborar e revisar periodicamente a Relação Nacional de Plantas Medicinais, a Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e a Relação Nacional de Fitoterápicos (esta última, segundo os critérios da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/ Rename).

Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nas Relações Nacionais.

Elaborar e atualizar periodicamente as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS.

Elaborar mementos associados à Relação Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos.

Estabelecer normas relativas ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas ações de atenção à saúde no SUS.

Fortalecer o Sistema de Farmacovigilância Nacional, incluindo ações relacionadas às plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

Implantar um banco de dados dos serviços de PNPIC no SUS, instituições de ensino e pesquisa, assim como pesquisadores e resultados das pesquisas científicas em PNPIC.

Criação de Banco Nacional de Preços para os insumos da PNPIC pertinentes, para orientação aos estados e municípios.

Para as responsabilidades institucionais em nível estadual a PNPIC estabelece (BRASIL, 2006, p. 58,59):

Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede de saúde.

Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

Implementar as diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade loco regional.

Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

Manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações.

Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares no SUS.

Acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

Exercer a vigilância sanitária no tocante a PNPIC e ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção as plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.

Apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Estadual de Saúde.

Para as responsabilidades institucionais em nível municipal a PNPIC estabelece (BRASIL, 2006, p. 59):

Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede municipal de saúde.

Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

Estabelecer mecanismos para a qualificação dos 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, bem como a vigilância sanitária no tocante a esta Política 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 farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.

A PNPIC situa as medidas indispensáveis que o governo, nos níveis federal, estadual e municipal, deve promover para inserir as Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares é concebida como uma política pública de saúde, inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), corroborando seus princípios doutrinários de caráter universalista.

As Políticas Públicas sociais universalistas no Estado neoliberal são consideradas um atraso, em virtude de serem percebidas como um desestímulo ao trabalho e à competição.

Para a consolidação da PNPIC será preciso superar, além dos obstáculos à expansão das práticas *alternativas*, presentes ao longo da história de sua institucionalização, ao ideário neoliberal presente no Estado brasileiro.

3 O SERVIÇO MÉDICO HOMEOPÁTICO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA- ES. O OLHAR DA COORDENAÇÃO TÉCNICA DA HOMEOPATIA E DOS MÉDICOS HOMEOPATAS

Para analisar a implementação da PNPIC no município de Vitória por meio do serviço médico homeopático municipal, fez-se necessário conhecer a visão da coordenação técnica e o olhar dos médicos homeopatas das unidades de saúde de Vitória a respeito do serviço.

A Rede Municipal de saúde de Vitória é caracterizada por uma estrutura municipal bem diversificada: possui 28 Unidades de Saúde distribuída por todo o município, um Centro de Especialidades médicas (CME), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Atendimento ao Idoso, Centro de Controle de Zoonoses, Centro de Tratamento de Toxicômanos (VITÓRIA, 2012).

O Município está dividido em seis regiões de saúde; Região de Santo Antônio; Região de São Pedro; Região Centro; Região Forte São João; Região de Maruípe; Região Continental (VITÓRIA, 2012).

Quando a pesquisa foi projetada, o serviço de atendimento homeopático do Município de Vitória era oferecido em três Unidades de Saúde: Unidade de Saúde de Santo André (Região de São Pedro), Unidade de Saúde de Jardim Camburi (Região Continental) e Unidade de Saúde Forte São João (Região Forte São João).

Logo, em um primeiro momento, para atender aos objetivos específicos (examinar a prática médica homeopática na rede municipal, a partir do olhar da coordenação técnica da prática médica homeopática; observar o serviço homeopático nas unidades de saúde, a partir do olhar dos médicos homeopatas das unidades de saúde de Vitória) constituiu-se amostra desse estudo quatro médicos homeopatas da rede municipal de saúde de Vitória-ES, um deles assumia, até o momento da entrevista, o cargo de coordenação técnica em homeopatia para os demais médicos da rede municipal e atuava na Gerência de Formação e Desenvolvimento de Vitória, situada na Secretaria de Saúde Municipal.

Inicialmente, para constituir a amostra dos outros três médicos homeopatas pensou-se em um médico homeopata atuante na Unidade de Saúde de Jardim Camburi, o segundo da Unidade de Saúde de Santo André e o último deles, do centro de especialidades na Unidade de Saúde do Forte São João escolhido por sorteio de forma aleatória, pois nessa Unidade atuavam oito médicos homeopatas por escala de horários.

Entretanto, no decorrer da pesquisa houve uma reestruturação da organização do serviço médico homeopático da rede municipal de Vitória. A partir de junho de 2012, o serviço de atendimento homeopático foi todo centralizado no Centro Municipal de Especialidades Drº Aprígio da Silva Freire, localizado na Ilha do Príncipe.

Devido às mudanças de organização da estrutura de atendimento do serviço homeopático, algumas entrevistas foram realizadas no Centro Municipal de Especialidades e não nas Unidades de Saúde como havia sido inicialmente projetado.

A prefeitura até fevereiro de 2012 possuía um profissional responsável pela coordenação técnica do serviço de homeopatia. Esse profissional situava-se na Gerência de Formação e Desenvolvimento de Vitória da Secretaria de Saúde Municipal. A coordenação técnica era responsável pela organização e implementação do serviço homeopático da prefeitura. Quando a entrevista foi realizada, ainda existia esse profissional responsável pela coordenação técnica do serviço homeopático.

Vale ressaltar que tais mudanças na organização do serviço homeopático da rede municipal de Vitória não trouxeram nenhuma implicação para realização da pesquisa.

A coordenação técnica da homeopatia da Prefeitura de Vitória era exercida por um profissional com formação médica homeopata, formado há 26 anos, Mestre em Saúde Coletiva, que atuou em Unidades de Saúde da prefeitura como homeopata clínica nos anos de 1992 a 1994, e assumiu a coordenação da homeopatia na prefeitura de Vitória no ano de 2010 a 2012.

Os demais três médicos homeopatas, formadores da amostra, possuíam tempo de formação profissional em média 30 anos, variando de 20 a 37 anos e o tempo de atuação na Prefeitura variando de 3 a 20 anos, sendo um deles do sexo feminino e dois do sexo masculino.

Os participantes dessa primeira etapa da pesquisa foram identificados como *sujeito 01*, *sujeito 02*, *sujeito 03* e *Sujeito 04*.

Para a elaboração do roteiro de entrevista (APENDICE A, APENDICE B), com os médicos homeopatas e também a então coordenação técnica da homeopatia da Prefeitura de Vitória, foram utilizadas como base as diretrizes que dizem respeito à homeopatia, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Uma das questões levantadas, foram as dificuldades enfrentadas para a implementação da PNPIC na Prefeitura de Vitória-ES.

As diretrizes H4 e H5 da Política dizem a respeito da promoção, formação e educação permanente e o acompanhamento e a avaliação da inserção da homeopatia no SUS. De acordo com um dos entrevistados, essas diretrizes ainda não alcançaram êxito, conforme pode ser evidenciado no comentário a seguir:

Eu tentei várias vezes, a realização de um fórum de homeopatia, tentei inúmeras vezes. A Prefeitura [...] ela tem uma sistema de gestão [...] que eu acho que é assim em geral, que ela é muito difícil, que é muito difícil, você passa por inúmeras instâncias [...] e não sabe se chegou lá (sujeito 04).

Ainda relacionado a essas diretrizes da PNPIC, o mesmo entrevistado anteriormente relata a dificuldade da promoção da homeopatia para a equipe de saúde das Unidades:

Eu acho que é um todo, o problema da comunicação é coletivo, então, por exemplo: quando a gente entrou, a gente fez um comunicado, eu estava do lado da coordenadora da Atenção Básica, nós fizemos email, memorandos, ofícios, eu mesma fui a 99% das Unidades de Saúde, Informando o serviço, como é que marca consulta, como que funciona, o que a homeopatia trata reunião com a equipe de saúde, aí passou um tempo, eu voltei lá na Unidade de Saúde e falei assim: tudo certo? Tá todo mundo sabendo? Aí uma menina falou assim: o que? Homeopatia? Ué? Aqui na rede tem homeopatia? (sujeito 04).

Em uma pesquisa realizada por Silva; Figueiredo; Ramos (2011) com os Gestores das Unidades de Saúde da Prefeitura de Vitória-Es que teve por objetivo analisar o olhar do gestor local a respeito da prática médica homeopática a questão da falta de promoção, formação e educação permanente na Prefeitura também ficou evidenciada ao constatar que a metade dos sujeitos participantes associava a prática homeopática com a fitoterapia.

A falta de promoção, divulgação e educação do atendimento homeopático na prefeitura municipal também pode ser observada no discurso de um dos médicos quando questionado se havia resistência de outros profissionais não homeopatas em relação ao serviço homeopático municipal.

[...] Já existiu mais resistência [...] o desconhecimento é que fala mais alto [...] as Unidades de saúde que tiveram algum tipo de contato pessoal com a gente, que nos conheceram [...] são as unidades que mais encaminham pacientes para cá, então na verdade existem alguns profissionais que ainda não sabiam que a Prefeitura estava ofertando homeopatia, como era o acesso às consultas [...] (sujeito 03).

Figueiredo e Machado (2011) realizaram um estudo que buscava alcançar um levantamento a respeito das produções científicas da homeopatia no cenário capixaba, na perspectiva das representações. Tal pesquisa também constatou que as informações que os profissionais de saúde capixaba possuem a respeito da homeopatia, muitas vezes são equivocadas e são vinculadas ao senso comum.

Um outro limite enfrentado pela PNPIC para o seu acontecimento é a falta de vontade política por parte daqueles que detêm o poder, segundo um dos médicos entrevistados:

Eu acho que é vontade política [...] às vezes eu fico pensando quem pode ajudar mesmo, sabe? [...] Tem a indústria farmacêutica [...] Saúde não dá dinheiro! Como é que você vai manter as coisas saudáveis? O que dá dinheiro é a doença! (sujeito 04).

Ao analisar as entrelinhas dessa fala, percebe-se o confronto entre as racionalidades científicas modernas e as práticas integrativas complementares.

A medicina moderna hegemônica é resultante de um processo histórico no qual a “razão” foi apresentada como dominante nas ciências. A racionalidade científica

moderna é contrária a qualquer outra racionalidade médica que possui fundamentos diferentes aos dela.

A clínica moderna hegemônica tem como objeto de intervenção a doença, tendo como forma terapêutica o medicamento, e de consequência, a indústria farmacêutica e as grandes empresas médico – diagnóstico como sustentação.

Já a homeopatia possui o doente como objeto de intervenção, considerando que esse sujeito sofre influência do meio ambiental e social que vive, deve ser, portanto, analisado como um todo. O medicamento homeopático é manipulado em farmácias especializadas, sendo preparado de forma personalizada para cada indivíduo, uma vez que o médico prescreve o medicamento para o doente e não para a doença.

De acordo com Carvalho (2005) a sociedade moderna é regida por um ideário neoliberal onde tudo pode ser transformado em mercadoria inclusive a saúde da população. Observa-se, portanto, que há uma oposição forte à implementação da homeopatia como opção terapêutica, pois essa escolha não é conveniente para a indústria farmacêutica, que segundo a “visão capitalista” o medicamento homeopático não gera lucro.

Essa hegemonia da clínica moderna imposta pelo ideário neoliberal traz prejuízo para a sociedade, uma vez que ela impede que outras racionalidades médicas como a homeopatia sejam disseminadas e atuantes.

Continua-se a versar sobre a PNPIC foi questionado aos médicos homeopatas quais os outros limites que o serviço homeopático municipal enfrenta. Foram identificados alguns pontos a serem analisados, pois eles contradizem algumas diretrizes da PNPIC.

Uma questão apontada pelos quatro médicos faz reverência à primeira diretriz (H1) da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que diz respeito “a incorporação da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do SUS” e sugere como medida adotada, no caso das Unidades de Saúde da Família, a inserção do médico homeopata (BRASIL, 2006).

A nova organização do serviço homeopático municipal que centralizou o atendimento homeopático no Centro Municipal de Especialidades se apresenta como um limite para o atendimento homeopático, ao se posicionar de forma contrária à diretriz H1, pois o serviço não se faz presente nas Unidades de Saúde. Essa questão foi verificada nas seguintes falas:

Eu acho que são os limites da própria organização do sistema entendeu? [...] a ideia é que todos possam está trabalhando no Abrigo, que vai ser o Centro de especialidades [...] Mas a gente continua distante da atenção Básica entendeu? A nossa proposta é que cada profissional ficasse responsável por algumas áreas, alguns territórios porque aqui em Vitória é dividido em territórios de saúde [...] para gente tentar fazer um “linking” não do paciente, mas do que acontece de vivo dentro do território, dos problemas. (sujeito 04).

É até uma crítica que faço [...] daí a proposta deles é centralizar tudo em um lugar de forma que você tem um usuário que vai ter que deslocar até o centro da cidade né? Quando a lógica seria você distribuir [...] porque é uma especialidade que tem que ter um envolvimento muito grande, pelo menos em uma lógica filosófica que você tem uma abordagem alternativa, porque se não, você fica com a mesma filosofia de um trabalho de um neurologista [...] A homeopatia tem um vínculo com a família, com o paciente, como ele se relaciona, aí você fica inserido em uma lógica de especialista, longe de tudo, você está entendendo? (sujeito 01).

O afastamento do médico homeopata das Unidades de saúde pode comprometer a integração dele, com o meio em que o paciente está inserido. O paradigma vitalista homeopático centrado no paciente que engloba toda a sua dimensão biológica, psíquica e social não pode ser desconsiderado ao se estruturar um serviço de atendimento ao público.

No relatório de gestão 2006/2010 das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, apresentado pelo Ministério da Saúde, destaca-se a Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que institui o NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família)³ que contempla profissionais que atuam com as Práticas Integrativas e Complementares (médicos homeopatas). A Portaria GM Nº154 (BRASIL, 2011, p. 22,23) ainda destaca as seguintes ações das Práticas Integrativas e Complementares como orientação aos profissionais nos núcleos de Apoio à saúde da Família:

³ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF foram instituídos com o objetivo de “ampliar abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica”. (BRASIL, 2011.p.21).

- desenvolver ações individuais e coletivas relativas às Práticas Integrativas e Complementares;
- veicular informações que visem à prevenção, à minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do auto - cuidado;
- incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio das ações individuais e coletivas referentes às Práticas Integrativas e Complementares;
- proporcionar Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com as ESF, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;
- articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;
- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;
- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as ESF;
- capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/ monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares;
- promover ações ligadas às Práticas Integrativas e Complementares junto aos demais equipamentos públicos presentes no território - escolas, creches etc.;
- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional.

A nova organização do atendimento homeopático municipal de Vitória além de se opor a uma diretriz da PNPIC, ela ignora a conquista das Práticas Integrativas e Complementares obtida pela Portaria Nº154.

Um outro limite enfrentado pelo serviço homeopático municipal segundo os médicos homeopatas diz respeito à diretriz H3 da PNPIC que estabelece o “provimento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública” (BRASIL, 2006).

A prefeitura municipal de Vitória em 2010 consolidou um contrato com uma farmácia privada, na qual ela dispensaria o medicamento homeopático mediante a prescrição recebida pelo usuário do serviço homeopático municipal. Esse contrato teve uma duração de um ano. Em dezembro de 2011, encerrou-se o contrato não ocorrendo uma renovação imediata, devido a questões administrativas, pois deveria ser aberto um processo licitatório para a renovação do contrato. Esse processo durou seis

meses, somente em junho de 2012 ocorreu a renovação do contrato, ficando assim uma lacuna na dispensação do medicamento homeopático ao usuário da rede municipal.

A questão da falta do fornecimento do medicamento ao usuário prejudicou o atendimento do serviço homeopático. Esse fato foi constatado pela fala dos médicos:

Eu vou te dizer que aqui eu sinto é a falta da farmácia. Por exemplo, ontem mesmo eu atendi uma mãe que era a 4ª vez que vinha aqui, então ela veio a 1ª vez e eu prescrevi para o filho dela, eram dois medicamentos, na 2ª vez, ela disse nada, [...] aí eu prescrevi de novo a medicação; veio a 3ª vez, vi que não estava bem, aí eu pensei gente! [...] aí quando ela veio na 4ª vez que ela falou que não tomou nenhum remédio porque não tinha condições financeiras de comprar, então isso não é uma rara não, isso acontece e muito entendeu? (sujeito 02).

A solução adotada pela prefeitura em relação ao provimento do medicamento homeopático atende à diretriz da PNPIC com restrições, uma vez que a Política indica ampliar a oferta de medicamento homeopático por intermédio de farmácias públicas de manipulação que atendem às demandas e às necessidades locais.

A farmácia particular conveniada com a prefeitura é apenas uma, para atender a todo o município. Ela é distante do local de atendimento das consulta médicas e do local onde o usuário reside. Muitas vezes o usuário não possui condições financeiras de se deslocar (transporte) até o atendimento médico e a farmácia.

O relatório de gestão 2006/2010 das Práticas integrativas e Complementares no SUS destacou a pactuação que o Ministério da Saúde realizou com alguns Estados e Municípios brasileiros quanto à oferta de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos. A pactuação incluiu no elenco de Referência da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, aprovando as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Segundo o relatório, o Estado do Espírito Santo não realizou a pactuação de medicamentos homeopáticos (BRASIL, 2011).

A melhor solução para o fornecimento do medicamento homeopático à população da rede municipal seria, assim como acontece com os medicamentos alopáticos, que as Unidades de Saúde possuísem uma farmácia que dispense tal medicamento.

Um ponto também abordado, por um dos entrevistados a respeito da política em questão, foi que ele entende, que a PNPIC é universalista, integralista, estando em comum acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, mas que, também como o SUS está na contramão das tendências hegemônicas neoliberais.

A fala apresentada a seguir evidencia este pensamento: “A PNPIC é contra hegemônica. A PNPIC tem tudo para ser ótima, ela é universalista, ela tem a integralidade na essência” (sujeito 04).

Logo após a promulgação da Constituição, nos anos de 1990, com a eleição de Fernando Collor de Mello, a sociedade brasileira presenciou o redirecionamento do papel do Estado, devido à força de uma política neoliberal-privatizante, que tinha o discurso de restringir a intervenção do Estado ao mínimo, inclusive na área social. Na nova reconfiguração do Estado brasileiro o ideário neoliberal fortaleceu-se tornando tudo em mercadoria até mesmo as políticas sociais. A saúde deixa de ser um direito do cidadão e passa a ser uma mercadoria na concepção neoliberal (BRAVO, 2009).

Soares (2012, p. 88) comenta:

Os serviços de saúde tornaram-se cada vez mais espaços de suprcapitalização e relevante fonte de investimentos e lucratividade capitalista. As formas do capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos, equipamentos médicos- hospitalares e insumos, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias planos privados de saúde, seguro saúde, bolsa de valores, linhas de créditos e financiamento bancários, entre outros.

As práticas médicas que não tornam lucrativo o processo saúde–doença cada vez mais perdem espaço no sistema de saúde que é sustentado pelo ideário neoliberal, com hegemonia política do grande capital.

Um limite enfrentado pela PNPIC encontra-se na sua essência, por se tratar de uma política inserida ao SUS, que enfrenta todos os efeitos da contrarreforma do Estado brasileiro que procura a sua precarização.

Ainda utilizando a PNPIC como base do roteiro das entrevistas com os médicos, foi analisada a Diretriz H6 da Política que diz respeito à socialização das informações sobre a homeopatia, adequando-as aos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2006).

Uma questão apontada pelos médicos entrevistados é a respeito da falta de conhecimento da existência da prática médica homeopática, do usuário da rede municipal. O não conhecimento da prática homeopática por parte do usuário foi constatada conforme a fala de um dos médicos:

A maioria que eu vejo aqui que são pessoas que foram indicadas por outro que já passou pela homeopatia, outro paciente, que recebeu resultado. Nós estamos recebendo muitos pacientes de outros médicos que vem aqui e não sabe nem o que é homeopatia entendeu? Outro dia eu estava comentando que tinha uma pessoa esperando para a consulta com o pediatra, aí os pais olharam para aqui e leram: Ho-me-o-pa-tia. Nossa que estranho o que será isso? Então eles confundem muito, então, ainda tem muita desinformação. (sujeito 02).

A PNPIC contempla por meio de sua Diretriz H6 o direito a informação do serviço da prática médica homeopática oferecida aos usuários da rede municipal de saúde. A população ainda não tem conhecimento do serviço homeopático que a prefeitura oferece, gerando assim pouca procura pelo atendimento. Logo o não cumprimento dessa diretriz resulta em desinformação por parte do usuário e consequentemente o direito ao acesso ao serviço oferecido pela prefeitura negado.

De acordo com os entrevistados a demanda pelo serviço homeopático é baixa. Tal informação foi constatada com a seguinte fala:

Para você vê a produção da homeopatia, para o que ela deveria produzir que são seis pacientes por dia, e os números de profissionais atuantes na homeopatia, você vê que a produção está bem abaixo. (sujeito 01).

Na pesquisa realizada por Silva; Figueiredo; Ramos (2011) a demanda inexpressiva do serviço médico homeopático da Prefeitura Municipal de Vitória também foi verificada quando todas as gestoras das Unidades Básicas entrevistadas disseram julgar que a falta de conhecimento da população, da possibilidade de acesso a outra terapia, além da alopatia e também a falta de conhecimento da própria equipe de saúde das Unidades a respeito da homeopatia, seriam os principais motivos.

Os entrevistados, ao serem indagados a respeito da contribuição que a PNPIC agregou ao serviço homeopático municipal, disseram acreditar que a política vem nortear e servir de base para as ações dos gestores. Tal pensamento é constatado com os seguintes comentários:

Eu acho que a PNPIC ajudou muito [...] O fato de você poder se referenciar algo de concreto é importante [...] nos fortalece (sujeito 04).

[...] o acesso da população as práticas; a homeopatia, a acupuntura, a abertura da prefeitura em relação a ofertar esse serviço [...] (sujeito 04).

[...] a PNPIC está caminhando, nos trouxe aqui; todo esse trabalho da Política veio acontecer o concurso [...] a maioria dos médicos que estão aqui tem mais de 50 anos, nós estamos aqui porque temos o ideal de colocarmos a homeopatia no serviço público. (sujeito 03).

Ter uma Política específica para se referenciar ao elaborar estratégias de ações públicas é sem dúvida uma conquista daqueles que lutam pela implantação das práticas integrativas e complementares no serviço público de saúde.

3.1 O OLHAR DO USUÁRIO MUNICIPAL

Para atender a um dos objetivos específico deste estudo que buscava avaliar a percepção dos usuários das unidades municipais de saúde de Vitória a respeito das facilidades e dificuldades de acesso ao serviço homeopático, também foi necessária a realização de entrevistas semi - estruturadas com os pacientes que utilizam a homeopatia.

Como já descrito anteriormente, no decorrer desta pesquisa, houve uma reestruturação da organização do serviço médico homeopático da rede municipal de Vitória. Sendo assim, a partir de junho de 2012 o serviço de atendimento homeopático foi concentrado no recém-inaugurado Centro Municipal de Especialidades Drº Aprígio da Silva Freire, na Ilha do Príncipe, localizado a sudoeste da cidade de Vitória.

Tais mudanças na organização do serviço homeopático não trouxeram nenhuma implicação para realização desse estudo. Entretanto, no decorrer desta pesquisa,

algumas entrevistas foram realizadas nas novas instalações e não nas Unidades de Saúde como havia sido inicialmente projetado.

O desenho metodológico inicial visava entrevistar seis usuários que possuíam no mínimo duas consultas no serviço, eles seriam indicados pelos médicos homeopatas entrevistados (três médicos homeopatas clínicos). Entretanto, houve dificuldade de constituir a amostra prevista que atendia aos critérios de inclusão descritos. Sendo assim, para avaliar a percepção dos usuários da rede municipal de saúde de Vitória a respeito das facilidades e dificuldades de acesso ao serviço homeopático foram entrevistados cinco pacientes.

Foram excluídos desta pesquisa todos os sujeitos menores de dezoito anos, todos aqueles que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) ou cujo acesso foi impossibilitado.

No trabalho de campo cada um dos sujeitos investigados foi informado a respeito da natureza acadêmica do estudo, dos seus objetivos, da garantia do sigilo, devendo assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esses pacientes foram todos do sexo feminino, com idade média de 33,6 anos, variando de 18 a 74 anos. Sendo duas donas de casa, duas estudantes e uma formada em Administração de Empresas.

Observou-se também que o fato da amostra projetada inicialmente não ter sido alcançada não influenciou no resultado da pesquisa, pois as respostas dos entrevistados foram se repetindo no decorrer das entrevistas.

As entrevistas realizadas com os usuários da rede municipal (APÊNDICE C), semelhantes aos médicos homeopatas, foram estruturadas com base nas diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, discutidas no capítulo 3.1 desta pesquisa. Os questionamentos foram direcionados relacionando as diretrizes da PNPIC com a realidade de acesso do usuário ao serviço homeopático.

A universalização de acesso aos serviços de saúde é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde e o Ministério da Saúde garante o acesso gratuito à prática médica homeopática por intermédio da Política Nacional de Práticas

Integrativas e Complementares. O direito ao acesso à prática médica homeopática deve ser compreendido desde o acesso à informação do serviço prestado, o acesso ao medicamento homeopático e até a acessibilidade geográfica (deslocamento do usuário até o local de atendimento).

A primeira questão abordada foi direcionada à Diretriz H6 da PNPIC que diz respeito à socialização das informações sobre a homeopatia e as suas características, por parte dos serviços públicos homeopáticos.

Foi interrogado aos participantes da pesquisa o motivo pelo qual eles buscavam o serviço médico homeopático da prefeitura.

De modo geral, todos os entrevistados responderam que procuraram o tratamento homeopático porque não obtiveram o êxito esperado com o tratamento alopático. Essa constatação pode ser comprovada na seguinte fala:

Eu tive uma pneumonia muito forte há seis anos e dessa pneumonia, eu creio que seja isso, eu usei oito tipos de medicamentos, tomei tudo junto, eu tive mal, a partir daí eu tive uma alergia, eu tratei com um alergista por três anos, não melhorou! [...] o remédio era à base de corticoide, aquilo me inchou minha filha! Que eu fiquei igual a uma “baleia”! Então eu desisti e partir para a homeopatia. (usuária 01)

A fala dessa usuária retrata bem a situação de crise na saúde já discutida por Luz (1997) ao tomar como marco histórico a Conferência de Alma Ata, realizada na antiga União Soviética, em 1978, quando o diretor geral da Organização Mundial da Saúde declarou que a medicina tecnológica e especializada, era incapaz de resolver os problemas de saúde da maior parte da humanidade.

Com esse depoimento observa-se também que a insatisfação com o modelo médico hegemônico predominante, não corresponde, em sua totalidade aos anseios de grande parte da população e tornou-se um estímulo à procura de novas práticas terapêuticas. A homeopatia com seu princípio vitalista tem oferecido aos pacientes uma opção de escolha para a resolução de seus problemas de saúde.

Luz (1997) ainda destaca a crise na saúde, referindo-se ao afastamento do paciente como totalidade viva nas investigações diagnósticas, na qual a medicina contemporânea não coloca o sujeito humano como centro de seu objeto de estudo. O poder hegemônico da indústria farmacêutica e da indústria de tecnologia

diagnóstica influencia na oferta de tratamentos para as necessidades da população, levando a um prejuízo a saúde coletiva.

Ainda conversando com os usuários do serviço homeopático municipal a respeito de como eles obtiveram informações sobre a homeopatia, foi constatado que eles conheceram tal prática médica não por meio da prefeitura, mas sim por outras fontes. Baseada nessa informação, pôde-se verificar que não está ocorrendo divulgação da homeopatia por parte do serviço municipal para a população, como indicado pela PNPIC.

Essa constatação foi observada com as seguintes falas:

Eu fui ao posto e pedi encaminhamento para a homeopatia, como eu já tinha tratado os meus filhos e netos com a homeopatia e eles tinham se dado muito bem, eu resolvi por minha conta passar para a homeopatia e estou me dando maravilhosamente bem com ela (usuária 01).

Eu já conhecia essa médica que me atendeu no consultório particular e ela é muito boa [...] (usuária 02).

As usuárias ao relatarem como tiveram um primeiro contato com a homeopatia indicam que, se os outros usuários do serviço municipal de saúde não tiverem a oportunidade por meios próprios de conhecerem a prática médica homeopática provavelmente não procurarão serviço oferecido gratuitamente pela prefeitura, uma vez que esta não divulga tal prática.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares indica como medida adotada para alcançar êxito na sua diretriz H6 (socialização das informações sobre homeopatia) a produção de materiais de divulgação, tais como: folhetos, cartazes e, vídeos de informação direcionados à população, desde que essa divulgação respeite as diferenças culturais.

A desinformação da população a respeito da homeopatia também é refletida na baixa demanda que o serviço municipal homeopático apresenta. Essa constatação foi verificada com todas as entrevistadas ao serem questionadas sobre a dificuldade encontrada em marcar a consulta.

Não tive dificuldade nenhuma em marcar, eu fui ao clínico e logo saiu [...] (usuária 01).

Não tive dificuldade em marcar a consulta, foi fácil [...] (usuária 02).

Achei fácil o atendimento, sempre marco de um dia para o outro (usuária 03).

Sem dificuldades para marcar [...] (usuária 04).

Segundo os usuários há sempre vaga disponível e a marcação de consultas é realizada de forma muito rápida. Esse dado não é caracterizado como algo ruim, mas é um indicador que o serviço não está sendo procurado pela população.

A não divulgação da prática médica homeopática oferecida pela prefeitura de Vitória se configura como um direito de acesso negado a um serviço para população usuária do SUS.

Continuando a discutir com os usuários a respeito do atendimento do serviço homeopático municipal, foi questionado como eles teriam acesso ao medicamento prescrito pelo médico na consulta, conforme orienta a diretriz H3 que se refere ao provimento do acesso ao usuário do SUS ao medicamento prescrito.

Como já descrito anteriormente, a prefeitura municipal de Vitória, em 2010, firmou um contrato com uma farmácia particular na qual esta dispensaria o medicamento homeopático mediante à prescrição recebida pelo usuário do serviço homeopático municipal. Esse contrato teve uma duração de um ano, e em dezembro de 2011, encerrou-se não ocorrendo uma renovação imediata, devido a questões administrativas, pois deveria ser aberto um processo licitatório para a renovação do contrato. Esse processo durou seis meses e somente em junho de 2012 ocorreu a renovação do contrato, ficando assim uma lacuna na dispensação do medicamento homeopático a esse usuário da rede municipal.

Apenas um usuário dos cinco participantes da pesquisa não utiliza a farmácia conveniada com a prefeitura para a aquisição do seu medicamento, os demais fazem uso do serviço prestado pela prefeitura quando está funcionando, confirmando a necessidade desse serviço para dar continuidade ao tratamento.

Ao analisar a solução encontrada pelo município para atender à diretriz H3 foram verificados alguns pontos questionáveis. O primeiro deles foi o longo período de tempo percorrido para a renovação do contrato com a farmácia conveniada. A fala de uma usuária, que se encontrava no momento em tratamento e que foi

entrevistada no período do processo licitatório para a renovação do contrato com a farmácia de manipulação homeopática, retrata essa situação.

A prefeitura não fornece mais [...], antes eu pegava na farmácia que a prefeitura tinha convênio, agora esse aqui [...] Ah! A gente tem sempre uma dificuldade devido o preço do medicamento, que remédio hoje não está barato, ele (o médico) me falou que a média em geral é de treze a quinze reais [...] (usuária 01).

Esse período em que não houve o fornecimento do medicamento, gerado pelo processo burocrático administrativo de renovação do contrato, apresentou-se como um fator prejudicial ao atendimento do serviço homeopático municipal.

Um outro ponto, também questionável, já discutido anteriormente, em relação ao fornecimento do medicamento pela prefeitura é a distância da farmácia conveniada ao local da consulta, pois o usuário necessita se deslocar duas vezes do seu território domiciliar (o atendimento foi transferido para o Centro de Especialidades) e em muitos casos este não possui condições financeiras para esses deslocamentos.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares também indica como medida a ser adotada para alcançar a diretriz H3, a ampliação da oferta de medicamentos homeopáticos por meio de farmácias públicas de manipulação que acatem a procura, as necessidades locais e a inclusão da homeopatia na Política de Assistência Farmacêutica das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Ainda conversando a respeito das facilidades e dificuldades de acesso ao serviço homeopático municipal com os usuários, estes destacaram o deslocamento do serviço de atendimento homeopático para Centro Municipal de Especialidades Drº Aprígio da Silva freire, localizado na Ilha do Príncipe, como uma dificuldade de acesso. Tal observação foi contatada com a seguinte fala: [...] Ah! Muito longe do meu bairro! (usuário 04).

A constatação da insatisfação dos usuários em relação à nova organização do serviço homeopático vem confirmar a questão do desacordo do atendimento homeopático da prefeitura em relação à diretriz H01 da PNPIC, que sugestiona como medida adotada pela gestão pública a inclusão de um médico homeopata nas unidades da Saúde da família, discutida anteriormente com os médicos.

A nova organização de atendimento do serviço homeopático municipal de Vitória, além de não estar de acordo com as medidas sugeridas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, contrapõe-se aos princípios filosóficos da homeopatia, uma vez que o atendimento ao paciente fica prejudicado, pois alguns aspectos relevantes como o ambiente em que o paciente está inserido, incluindo aspectos sociais, culturais, econômicos, influenciam no diagnóstico do médico homeopata.

O princípio filosófico homeopático está baseado na visão vitalista do ser humano. A saúde é entendida como um estado de equilíbrio dinâmico do sujeito que engloba dimensões psicamental e física, assim como as interações desse com o meio social e natural em que ele vive (FONTE, 2001).

O paradigma da medicina homeopática corrobora com um dos princípios éticos do Sistema Único de Saúde (SUS) que determina a integralidade de assistência (atenção às diferentes necessidades; bio-psíquica e social do ser humano) (SAITO, 2008).

Para que a prática homeopática possa contribuir para a promoção da saúde é preciso que o serviço médico homeopático esteja presente nas Unidades Básicas de Saúde. A inserção do homeopata nas Unidades Básicas é garantia para que o princípio filosófico da homeopatia seja cumprido.

Ao ser centralizada junto a outras especialidades médicas, a homeopatia foi erroneamente categorizada como uma *especialização* médica, assim como a ortopedia e a neurologia⁴. A homeopatia tem a visão da totalidade, seu objeto de estudo é o doente e não a doença de forma localizada.

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui a integralidade nos cuidados nas instituições de saúde como uma de suas diretrizes. Segundo Vasconcelos e Pasche (2009, p.535):

A integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde- doença que afeta os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação de continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos.

⁴ Indicadas, por um médico clínico após uma consulta do usuário na Unidade Básica de Saúde e em seguida encaminhada para um outro profissional, que irá analisar o paciente de forma isolada.

Ter a integralidade como princípio doutrinário como é o caso do SUS, sugere que os gestores do sistema se organizem de forma que as práticas dos serviços, como por exemplo, os atendimentos homeopáticos permitam a integração dos profissionais de saúde com o indivíduo e as várias dimensões do processo saúde- doença.

Mattos (2009, p.778) relaciona o princípio da integralidade a objetificação do sujeito:

É aqui que o princípio da integralidade pode nos oferecer uma chave para a reconceitualizar à qualidade que aspiramos. Independentemente de seus múltiplos sentidos, integralidade tem a ver com a recusa às formas de reducionismo, a começar pelo reducionismo de sujeitos a objetos.

A medicina contemporânea predominante, ao estabelecer sua investigação diagnóstica nos sintomas físicos (alterações corporais) e ao priorizar a sua ação terapêutica na medicalização, afasta do sujeito humano na sua totalidade viva, deixando-o de ser o centro de seu estudo e objetivo (LUZ, 1997).

Ter a integralidade como princípio norteador da organização dos serviços e das práticas médicas significa estar disposto a um olhar amplo e não reducionista do indivíduo. Os profissionais de saúde precisam se relacionar com o sujeito e com o meio em que ele vive para identificar as necessidades de ações e serviços.

Um desafio para os gestores, ao pensar na organização dos serviços em saúde, é fazer prevalecer o direito conquistado pela população brasileira de ter uma Política Universal de saúde que garanta à integralidade da atenção à saúde.

O atendimento homeopático centralizado além de interferir na questão da integralidade do atendimento ao paciente, dificulta a acessibilidade do usuário até o serviço prestado, influenciando assim na sua escolha pela terapia homeopática.

Continuando a conversar com os usuários a respeito do serviço médico homeopático municipal de Vitória foi constatado, que o serviço é muito bom no que se refere à estrutura física (consultórios) e aos profissionais médicos homeopatas que atendem.

Ah! Eu acho o médico homeopata muito atencioso, conversa muito com a gente, esse aí [...] é maravilhoso! Por exemplo, agora eu estou com o meu emocional muito elevado [...] estou muito ansiosa, eu tenho muitos problemas [...] O Drº conversou muito comigo, logo ele falou a Srª está muito agitada! Aí ele falou: vai falando, vai falando [...] Inclusive ele colocou um remédio para o meu estado emocional (usuária 01).

Eu já conhecia essa médica [...] ela é muito boa! (usuária 02)

[...] É muito legal, falo da vida [...] parece fala de psicólogo [...] muito boa. (usuária 04).

A satisfação dos usuários em relação ao atendimento médico homeopático municipal é sem dúvida consequência da qualidade dos profissionais que atendem no serviço, mas também porque a homeopatia tem por princípio filosófico a visão vitalista do sujeito, nas dimensões psíquica, social e biológica.

Luz (1997) evidencia a relação médico- paciente como elemento fundamental da terapêutica homeopática, sendo uma relação com grande significado para a cura do paciente, pois a eficácia e a resolutividade são resultado da satisfação que o paciente depara no seu tratamento.

A prática médica hegemônica moderna defende uma relação médico-paciente objetiva com extrema sofisticação tecnológica, no que se refere ao diagnóstico com precisão, interpondo-se máquinas entre os dois atores, estabelecendo frieza nessa relação (LUZ, 1997). É observado que existe uma barreira na racionalidade médica hegemônica, para resolver a complexidade do sofrimento e adoecimento humano.

A história da humanidade é marcada pela busca do conhecimento para melhores condições de vida. Hoje a velocidade das transformações e das descobertas ocorridas é assustadora, principalmente as mudanças tecnológicas, e com a globalização as informações são difundidas rapidamente.

Nos últimos anos, investe-se em estudos no que se refere à qualidade de vida das pessoas, há também uma preocupação com a manutenção de um estilo de vida saudável e a promoção da saúde.

A partir da 8ª Conferência Nacional da Saúde (1986), considerada um marco histórico para o Brasil, a saúde passou a ser considerada como resultado advindo das condições de educação, de alimentação, de meio ambiente, de trabalho, de moradia, de lazer, de renda, e aos serviços de saúde, deixando de ser apenas interligada às condições sanitárias do indivíduo.

Em 1986 foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. As discussões foram baseadas na Declaração de Alma

Ata (1978, conferencia realizada na Rússia, que tinha como lema “Saúde para todos no ano 2000”) (OTTAWA, 1986).

Na Carta de Ottawa (OTTAWA, 1986 p.1) Promoção da Saúde foi definida como:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar as aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Em 2006, o Brasil editou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2010, p. 17) que tem como objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Verifica-se que a política brasileira é convergente com a Carta de Ottawa em relação às prioridades de ação política, e que a prática médica homeopática comunga do mesmo entendimento a respeito da promoção da saúde conceituada na Carta de Ottawa e da Política Nacional de Promoção da Saúde.

As ações em saúde devem ser fundamentadas por princípios que considerem a integralidade dos indivíduos e a realidade da sua vida em comunidade. As propostas em promoção à saúde devem orientar-se nos campos bio-psico-sócial e não apenas na doença.

Com esse novo olhar em saúde, as Práticas Integrativas e Complementares apresentam grandes possibilidades de ações no processo de promoção à saúde, por isso, essas práticas devem ser cada vez mais divulgadas a toda a comunidade.

Quanto maior o esclarecimento dos princípios das Práticas Integrativas e Complementares, maior será a sua contribuição para a promoção da saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analizando a implementação da racionalidade médica homeopática no atual sistema de saúde brasileiro, observa-se a existência de uma articulação conflitante entre a racionalidade biomédica moderna hegemônica e a homeopatia.

Um traço constitutivo dessa racionalidade científica moderna hegemônica é a cisão entre a ordem divina, a ordem humana e a ordem da natureza, tornando o homem um proprietário da natureza e criando uma nova ordem a da razão. Essa nova visão por meio da razão é marcada pelo surgimento de uma nova sociedade que rompe com as antigas relações sociais, firmando-se como uma sociedade voltada para o capital mercantil.

Luz (2004) aponta como característica mais importante da racionalidade moderna, a multiplicação de disciplinas e a objetividade discursiva especializada. A medicina moderna passa a teorizar a doença com o discurso multidisciplinar. O alvo da intervenção médica se torna o corpo humano individual sem as influências do meio em que este vive, a saúde é considerada ausência de patologia e a cura é obtida por intermédio da cessação dos sintomas.

A razão com o método experimentalista passa a ser produtora do conhecimento, todas as outras formas de expressar verdades (filosofia, arte, religião, saberes passados) são consideradas incapazes de produzir conhecimento (LUZ, 2004).

A racionalidade médica homeopática formulada pelo médico alemão Hahnemann no final do século XVIII e início do século XIX com o seu saber médico voltado para o indivíduo (doente) em sua totalidade bio-psíquica, procurava restabelecer o equilíbrio vital do sujeito a fim de obter saúde.

Hahnemann (1995, p.02) no *Organon da Arte de curar*, quando formulou a doutrina homeopática, já destacava a importância da integralidade do sujeito para a obtenção da saúde:

Com auxílio da cura servem ao médico os dados detalhados da causa ocasional mais provável da doença aguda, bem como os momentos mais significativos na história inteira da doença crônica, do sofrimento

prolongado, para encontrar a sua causa fundamental, na maioria dos casos devida a um miasma crônico, no que se deve considerar a constituição física visível do paciente (especialmente o paciente crônico), seu caráter moral e intelectual, suas ocupações, seu modo de vida e hábitos, suas condições sociais e domésticas, sua idade sexual etc.

O paradigma homeopático valoriza a subjetividade do indivíduo, interligando a cultura, os fatores sociais, as condições ambientais em que ele se encontra para a obtenção do restabelecimento do doente.

A homeopatia já nasceu em um meio que predominava princípios filosóficos contrários ao dela. Ao olhar para trajetória da história da racionalidade científica moderna hegemônica faz se compreender o que se é vivido nos dias atuais. Os problemas com a saúde enfrentados pela sociedade moderna é o resultado dos princípios filosóficos impostos pela racionalidade médica moderna hegemônica.

A trajetória da institucionalização da prática homeopática no Brasil foi marcada pela resistência de uma sociedade impregnada pelos princípios da racionalidade científica moderna. Porém, nos últimos anos, observou-se um aumento pela procura das práticas médicas que atendam às necessidades de uma nova sociedade que surge em meio a ideários neoliberais predominantes. Luz (1997) destaca o crescimento das *medicinas alternativas* e a crise da saúde vista como fruto ou efeito do crescimento das desigualdades sociais das sociedades capitalistas.

Ao estudar a história da prática médica homeopática no Brasil, observou-se que o grande anseio por parte daqueles que defendiam essa prática, era o reconhecimento e a inclusão à homeopatia nos serviços públicos de saúde.

Com essa pesquisa, que teve por objetivo analisar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares PNPIC no município de Vitória ES, por meio do serviço homeopático, pôde-se observar que muitas conquistas foram alcançadas (como a disponibilidade de dez médicos homeopatas para o atendimento municipal), mas ainda é preciso trabalhar muito a favor da prática médica homeopática na rede municipal de saúde de Vitória.

A presente pesquisa foi fundamentada nas diretrizes da Política estudada, por acreditar que alcançando tais diretrizes, haverá um serviço homeopático que atende

às necessidades da população, garantindo o direito a escolha da prática terapêutica conquistada pela PNPIC.

Ao analisar o serviço de atendimento homeopático da rede municipal a partir do olhar da equipe médica homeopata municipal e de seus usuários, constatou-se que a implementação da PNPIC no município de Vitória ainda está em construção e que apresenta pontos importantes a serem trabalhados.

Foi observada nos resultados das entrevistas, a pouca utilização do serviço da prática médica homeopática, por partes dos usuários, acesso inadequado ao medicamento homeopático, não adequação do serviço homeopático nos diferentes níveis de atendimento com ênfase na atenção básica (Unidade de Saúde da Família).

A promoção e a divulgação da homeopatia pelos serviços de saúde públicos é uma questão preconizada pela PNPIC. Foi constatada tanto nas entrevistas com os médicos quanto com os usuários que a divulgação ainda é um ponto falho que deve ser ainda bem trabalhado pela prefeitura de Vitória. A falta de conhecimento a respeito da prática médica homeopática oferecida pelo serviço municipal foi encontrada tanto em nível da equipe de saúde da prefeitura, quanto em nível da população usuária do serviço, ao se verificar a baixa demanda no atendimento homeopático.

As questões da desinformação a respeito da prática médica homeopática pela equipe de saúde e da pouca utilização do serviço pelos usuários da rede municipal de saúde de Vitória, também foram constatadas em um estudo realizado por Silva; Figueiredo; Ramos (2011) que analisava o olhar do gestor local a respeito da prática médica homeopática nas Unidades de Saúde. Quando a população não tem acesso à informação dos serviços prestados pelo serviço público, é impedida de desfrutar de seus direitos conquistados.

Outro ponto identificado é a questão do acesso ao medicamento homeopático pelo usuário do SUS, pois ele não consegue dar continuidade ao seu tratamento por falta de medicamento. O usuário quando possui alguma dificuldade em adquirir o medicamento tende a não escolher tal prática terapêutica, no caso, a homeopatia. Para que isso não ocorra é preciso adotar as medidas sugeridas pela PNPIC e

implantar farmácias públicas de manipulação homeopática que atendam às necessidades do SUS.

A reorganização do serviço homeopático de Vitória, ao centralizar o atendimento homeopático no Centro de Especialidades médicas da Prefeitura, prejudicou o atendimento, pois afastou o médico homeopata do meio em que o paciente vive. A PNPIC indica a participação do médico homeopata nas Unidades de Saúde da Família, sendo assim a homeopatia não pode ser tratada como uma especialidade médica que fragmenta o atendimento ao paciente em partes específicas como, por exemplo, a ortopedia, a neurologia, a dermatologia.

O Ministério da Saúde tem criado documentos como estratégias de efetivação do SUS, como por exemplo, o Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006, p.01).

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

As Práticas Integrativas e Complementares não estão contempladas neste documento. As iniciativas para a implementação dessas práticas ficam na dependência de grupos isolados que as apoiam.

Em um estudo realizado por Novaes (2007) a respeito do serviço homeopático da Prefeitura de Vitória foi relatado como ponto a ser tratado a carência de médicos homeopatas na rede. Hoje, o serviço disponibiliza dez médicos homeopatas para o atendimento municipal. Este atendimento foi percebido pelos usuários como de boa qualidade. Não há dúvidas que a qualidade do atendimento é uma conquista da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares como relatou um médico entrevistado na atual pesquisa: “ter uma política que norteia as ações de um serviço, é certamente uma vitória alcançada” (sujeito 03).

A história da saúde no Brasil tem como divisor de águas a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que ratifica a saúde como um direito do povo e um dever do Estado assim como a Constituição Federal de 1988 havia promulgado. O SUS com seus princípios doutrinários (Universalização de acesso, integralidade e equidade) fortalecem a construção de uma saúde digna, universal, integral para toda a sociedade brasileira. Quando o SUS foi idealizado, a sociedade brasileira vivia um momento de transição entre ditadura militar e a democracia conquistada por meio de muita luta dessa sociedade.

A implantação das práticas integrativas e complementares no serviço público é entendida como uma prolongamento da implementação do Sistema Único de Saúde, na proporção que corrobora com os princípios e diretrizes do SUS. Por isso, acredita-se que as dificuldades de implantação enfrentadas pelo SUS, por se tratar de uma política que universaliza o acesso à saúde, em um Estado com ideário neoliberal que torna a saúde uma mercadoria e que visa à precarização do Sistema Único de Saúde, são as mesmas que a PNPIC enfrenta.

Além das dificuldades enfrentadas pela PNPIC devido aos ideários políticos e econômicos vigentes no Estado brasileiro, as Práticas Integrativas e complementares também se deparam com a existência de uma oposição da racionalidade biomédica hegemônica do Sistema de Saúde brasileiro, com tendências a medicalizar a doença, tecnificar exames e os diagnósticos, fragmentar o cuidado, e dar predomínio a procedimentos de interesse econômicos.

O presente estudo constatou que a implementação da PNPIC no município de Vitória está caminhando de forma modesta e que precisa ser movimentada, discutida e analisada pelas instituições de saúde pública.

Para que a prática médica homeopática possa contribuir favoravelmente à saúde dos usuários do SUS é necessário que ela faça parte integralmente da atenção primária à saúde, estando presente nas Unidades Básicas de Saúde, possuindo farmácias de manipulação homeopática pública e sendo incluídas nas Políticas de Pactuação.

Espera-se que essa pesquisa auxilie na implementação da PNPIC no Município de Vitória-ES ao levantar questões a serem trabalhadas pela gestão pública. Deseja-se

também que ela desperte outros questionamentos a serem pesquisados e avaliados traduzindo- se em ganho para os usuários dos sistemas públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

BACELAR, T. As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. In: **Políticas públicas e gestão local**: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Título VIII- Da Ordem Social; Capítulo II- Seção II, Da Saúde Artigo 196. 1988. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/>>. Acesso em: 12 set. 2012.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. 1990. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/viw_identificacao/lei%208.080-1990?opendocument>. Acesso em: 20 jul. 2011.

_____. Portaria n. 971 de 04 de maio de 2006. Trata da política nacional de práticas integrativas e complementares. **Diário Oficial da União**, nº 84, seção I, p. 20-24, Brasília, 04 maio 2006.

_____. Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela saúde. Disponível em: >http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 24 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde- PNPIC**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_praticas_integrativas_complementares_saude.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2012.

_____. _____. **Normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. _____. **Relatório de gestão 2006/2010 das práticas integrativas e complementares no SUS: Avanços e Desafios**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/rel_gestao2010_final.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

_____. _____. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília (DF): MS; 1997. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

_____. _____. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 01 set. 2012.

_____. **Relatório final 8º conferencia nacional de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio>>. Acesso em: 13 de maio 2011.

_____. **Relatório final 10º conferencia nacional de saúde.** Brasília, DF, 6 de set.1996. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil, In: TEIXEIRA, M.; GOMES, L.; MARSIGLIA, R. (Org). **Serviço social e saúde formação e trabalho profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1000/80 de 20 de julho de 1980. Que confere à homeopatia brasileira o status de especialidade médica. Brasília: **Diário Oficial da União**, seção I, parte II de 20 jul.1980.

CARVALHO, R. S. **Saúde coletiva e promoção da saúde sujeito e mudanças.** São Paulo: Hucitec, 2005.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ad desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 333-84.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; ELDER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, T. N.; GERSCHMAN, S. (Org.) **Saúde e democracia história e perspectiva do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.59-81.

SCOREL, S. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434.

ESPÍRITO SANTO (Estado), **Centro referencia homeopatia.** Disponível em: <www.es.gov.br/Noticias/126741/detalhes.htm>. Acesso em: 20 ago. 2012.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T. Representações sociais da homeopatia: uma revisão de estudos produzidos no Estado do Espírito Santo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de janeiro, v.16, supl.1, p. 999-1005, 2011.

FLEURY, S.; OURVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.(Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FONTE, L. O. **Farmácia homeopática teoria e prática.** São Paulo: Manolo, 2001.

FUHRMANN, L. N. Neoliberalismo, cidadania e saúde: a recente reorganização do sistema público de saúde no Brasil. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p.113-31, jan./jun. 2004.

GONÇALVES, C. W. P. **Os (des) caminhos do meio ambiente.** São Paulo: Contextos, 2004.

GONÇALVES, H. A. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: Avercamp, 2005.

HAHNEMANN, S. **Exposição da doutrina homeopática ou organon da arte de curar**. 2. ed. São Paulo: Gehap Bento Mure, 1995.

LAKATOS, M. E. MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho Científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LIMA, T. N. GERSCHMAN, S.(Org.) **Saúde e democracia história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LUZ, M. A. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-47, 1997.

LUZ, M. T. **A arte de curar versus a ciência das doenças**: história social no Brasil. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.

LUZ, M. T. **Natural, racional, Social razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

LUZ, H. S. CAMPELLO, M. F. A racionalidade médica homeopática. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares em saúde estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2012. p.73-102.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. Disponível em: <http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2011.

MATTOS, R. A. Princípios do sistema único de saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Revista Interface Comunicação Saúde e Educação**, São Paulo, v.13, supl.1, p.771-80, 2009.

MEDEIROS, S. M. A. Reforma ou contra- reforma do estado: repercussões na política de saúde. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., 2005, São Luís. Universidade federal do Maranhão. Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas, 2005.

MINAYO, M. C de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

NOVAES, A. R. V. **A Medicina homeopática**: avaliação de serviços, 2007. Dissertação (Mestrado). Universidade federal do Espírito Santo, 2007.

NOVAES, R. L. **O tempo e a ordem**: sobre a homeopatia. São Paulo: Cortez, 1989.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

OTTAWA, Carta de Ottawa. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, novembro de 1986**. Disponível em: <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 28 Nov. 2011.

POLIGNANO, M. V. Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Caderno do Internato Rural- Faculdade de Medicina**. Minas Gerais: UFMG, p. 1-35, 2001. Disponível em: <<http://medicina.ufmg.br>>. Acesso em: 20 set. 2011.

SAITO, R. X. S. **Integralidade da atenção**. São Paulo: Martinari, 2008.

SILVA, G. R.; FIGUEIREDO, T. A. M.; RAMOS, L. L. A. A prática médica homeopática no município de Vitória – ES: O olhar do gestor da Unidade de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, **Política Social no mundo Contemporâneo Vitória**, 6, 2011.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S. B.; MENEZES, J. S. B. **Saúde, serviço social, movimentos sociais, e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

TESSER, D. C. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na saúde Coletiva e SUS: uma reflexão. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares em saúde estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2012. p. 251-83.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucite; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.531-62.

VITÓRIA. (Município) **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/>>. Acesso em: 21 ago. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com a coordenação técnica em homeopatia da rede municipal de saúde de Vitória- ES

Dados de identificação:

Definição do Cargo e atribuições:

Formação básica

Nome da(s) especialização (ões) cursada(s) (se for o caso):

Tempo de formação:

Tempo em que atua na unidade de saúde:

-
- Trajetória Profissional até optar pela homeopatia (tempo de atuação).
 - Qual a sua trajetória até chegar nesse serviço da Prefeitura?
 - Quais os limites que o serviço de homeopatia municipal enfrenta?
 - Qual a contribuição que a PNPIC trouxe para o serviço homeopático municipal?
 - Quais as dificuldades enfrentadas para a implantação da PNPIC na Prefeitura de Vitória ES?
 - Em sua opinião, o que é preciso ser realizado para que a PNPIC seja eficaz?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com os médicos homeopatas

Dados de identificação:

Definição do Cargo e atribuições:

Nome da(s) especialização (ões) cursada(s) (se for o caso):

Tempo de formação:

Tempo em que atua na unidade de saúde:

- Trajetória do profissional até optar pela homeopatia (tempo de atuação).
- Característica do usuário municipal segundo o ponto de vista do médico.
- Em sua opinião, quais são as dificuldades ou problemas presentes na organização do serviço em relação à Unidade de saúde?
- Em sua opinião, quais os limites que o serviço de homeopatia municipal enfrenta?
- Qual a sua percepção a respeito da PNPIC?
- Qual a contribuição que a PNPIC trouxe para o serviço homeopático municipal?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com os usuários

Identificação:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Tempo de tratamento:

- História da chegada do usuário ao serviço.
- Trajetória do usuário até chegar ao serviço: (porque procurou o tratamento homeopático).
- Compreensão do usuário a respeito da homeopatia.
- Qual a percepção do usuário a respeito da diferença entre a consulta homeopática e a consulta alopática.
- Forma como o usuário se sentiu acolhido no serviço.
- Percepção do usuário quanto ao atendimento homeopático.
- Quais as expectativas do usuário com o atendimento homeopático.
- Dificuldades encontradas no atendimento: Unidade de saúde, na consulta, na solução do problema de saúde.

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido

Estou desenvolvendo um estudo intitulado **A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA ES: UM ESTUDO DA PRÁTICA MÉDICA HOMEOPÁTICA**. Este estudo tem como objetivo geral analisar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, no município de Vitória - ES no que se refere ao serviço homeopático da prefeitura. Para tanto, estou solicitando sua colaboração para responder a entrevista que tornará possível o estudo. Espero que esse estudo contribua com a melhora do atendimento homeopático nas Unidades de saúde de Vitória ES. Não há riscos, bem como que será resguardado o sigilo absoluto em relação à sua identidade. Considerando que este formulário constará apenas um código alfanumérico sequencial, para fins de análise das informações recebidas, não haverá gastos de qualquer natureza, os dados colhidos na pesquisa serão mantidos em arquivo sob exclusiva guarda da pesquisadora pelo período de 5 (cinco) anos. Outros sim, se sentir necessidade, você poderá solicitar esclarecimentos à pesquisadora responsável, à orientadora Prof.^a Dr.^a Larissa Letícia Andara Ramos. O telefone para contato 3334-3543 e e-mail larissa.ramos@emescam.br ou, caso se desejar, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM, situado no prédio central da instituição, à Av. Nossa Senhora da Penha, nº 2190, Vitória, telefone para contato (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br, horário de funcionamento das 7:00h às 12:00h e de 13:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira, sob a garantia de anonimato da sua identidade.

Você também poderá se recusar a responder alguma pergunta bem como interromper sua participação no estudo a qualquer momento, sem ônus de qualquer natureza. Asseguro que o que for dito será respeitosamente utilizado. Desde já agradeço a sua atenção e colaboração.

Gina Ribeiro da Silva (pesquisadora responsável)

e-mail: ginars@terra.com.br

Tel. de contato: (27) 92448235

Autorização:

Eu....., portador (a) do documento de identidade nº, aceito participar e autorizo o uso das informações coletadas através do questionário, para fins exclusivos do desenvolvimento do estudo acima referido. Afirmo ter recebido e compreendido todas as informações sobre a pesquisa.

Assinatura do participante

Vitória,..... de.....de 20.....

ANEXOS

ANEXO A – Comitê de ética em pesquisa



DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa “**A Prática Médica Homeopática no Município de Vitória sob a Ótica da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**”, cadastrado com o No **112/2011**, do pesquisador responsável “**Gina Ribeiro da Silva**”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 27/09/2011.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **27/09/2012**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 29 de setembro de 2011


Paulo Augusto Sessa
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

ANEXO B - Declaração

PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a rede municipal de saúde de Vitória - SEMUS/Vitória possui a infra-estrutura adequada para a coleta de dados e realização do projeto de pesquisa intitulado: **“A prática médica homeopática no município de Vitória sob a ótica da política nacional de práticas integrativas e complementares”**.

Vitória, 17 de agosto de 2011.


Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde