

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS
DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
E DESENVOLVIMENTO LOCAL**

HENRIQUETA TEREZA DO SACRAMENTO

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA-ES: PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS E GESTORES**

**VITÓRIA
2015**

HENRIQUETA TEREZA DO SACRAMENTO

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA-ES: PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS E GESTORES**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Raquel de Matos Lopes Gentili

VITÓRIA

2015

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S123e Sacramento, Henriqueta Tereza do.
A implementação da política nacional de práticas integrativas e complementares no município de Vitória-ES: percepção dos médicos e gestores / Henriqueta Tereza do Sacramento. - 2015. 121f.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Raquel de Matos Lopes Gentili.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2015.

1. Práticas integrativas e complementares. 2. Atenção primária em saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. II. Título.

CDU: 364

HENRIQUETA TEREZA DO SACRAMENTO

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA-ES: PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS E GESTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 19 de março de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Raquel de Matos Lopes Gentili
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Luzimar dos Santos Luciano
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Ao meu pai, Julio (*in memoriam*), e à minha mãe,
Adelina, pela sabedoria de me incentivar e me
possibilitar o acesso aos estudos, a maior riqueza que
os pais podem deixar aos seus filhos.

Ao meu marido, José, pela paciência que teve comigo
nestes anos de estudo, incentivando-me e apoiando-me
para que seguisse adiante nas qualificações.

À minha filha, Julia, pela companhia nos momentos de
desânimo e incerteza.

Ao meu irmão, Eduardo, e à minha cunhada, Edlânia,
por me substituírem nos cuidados à minha mãe para que
eu pudesse dedicar-me ao mestrado.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora doutora Raquel de Matos Lopes Gentilli, amiga solidária e guerreira, pelo carinho e paciência com que me cercou nas minhas idas e vindas e pelo incentivo para que eu estudasse e construísse ideias e teorias.

A todos da minha família, por me apoiarem com carinho e respeito nessa difícil caminhada.

A Rozeli Coelho, técnica agrícola, por me abrir as portas de seu conhecimento para olhar as plantas que dão vida à humanidade.

A Vitor Buaiz e a Pedro Benevenuto, que, na gestão como prefeito e secretário de saúde respectivamente, foram pioneiros na inserção da Fitoterapia, da Acupuntura e da Homeopatia no SUS, por me acolherem e acreditarem em minhas ideias.

A Daysi Koehler Behning, atual secretária de saúde, por apostar nas mudanças na assistência à saúde com a institucionalização da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM, por me estimularem nas trocas que me fizeram aproximar ainda mais daquilo de que mais gosto, que é construir e implantar políticas públicas inclusivas no Sistema Único de Saúde.

Aos professores da Comissão Examinadora da minha dissertação, doutor Luiz Henrique Borges, doutora Luzimar Luciano, doutora Maria Diana Sales e doutora Roseane Vargas Rohr, pela amizade e pela confiança no meu trabalho.

Aos gestores e companheiros de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, em especial ao meu colega de equipe, engenheiro agrônomo Geneilcimar dos Santos Ferreira (Genê), por me permitirem, nesses anos, dialogar, produzir e aprimorar as minhas práticas profissionais.

Aos médicos da Atenção Básica à Saúde, que, como eu, trabalham no Sistema Único de Saúde em defesa das práticas integrativas e complementares, e aos médicos do Centro Municipal de Especialidades de Vitória.

Antes do compromisso, há hesitação, a oportunidade de recuar, a ineficácia permanente. Em todo ato de iniciativa (e de criação), há uma verdade elementar cujo desconhecimento destrói muitas ideias e planos esplêndidos. No momento em que nos comprometemos de fato, a Providência também age. Ocorre toda espécie de coisas para nos ajudar, coisas que de outro modo nunca ocorreriam. Toda uma cadeia de eventos emana da decisão, fazendo vir em nosso favor todo tipo de encontros, de incidentes e de apoio material imprevisto que ninguém poderia sonhar que surgiria em seu caminho. Começa tudo o que possas fazer, ou que sonhas poder fazer. A ousadia traz em si o gênio, o poder e a magia.

Goethe

RESUMO

Este estudo analisa os serviços de Acupuntura, Fitoterapia e Homeopatia da Rede Municipal de Saúde de Vitória-ES, a partir da percepção dos médicos e gestores, visando desvendar os fatores facilitadores e limitantes da cobertura dos serviços e contribuir reflexivamente para a reorganização do modelo de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) implantado no Município. Compreende uma pesquisa exploratória descritiva, de abordagem qualitativa. Desenvolve o trabalho de campo por meio de entrevistas semiestruturadas aplicadas a gestores e médicos que atuam nas PICs. Apresenta inicialmente a história da institucionalização da Política Nacional de PICs e a trajetória da institucionalização da Acupuntura, da Fitoterapia e da Homeopatia nos Serviços de Saúde de Vitória em sua interface com as Políticas de Atenção Básica, Promoção da Saúde e Humanização. Constata que os médicos da Atenção Básica que prescrevem fitoterápicos valorizam a Fitoterapia, têm amplo conhecimento da importância desse procedimento na redução dos efeitos colaterais dos medicamentos sintéticos e desejam participar de atividades de capacitação (cursos, grupos de estudo, entre outras) para ampliação dos conhecimentos sobre o assunto. Constata ainda que, na percepção dos médicos homeopatas, a Homeopatia é importante como complementar na Atenção Básica, atuando de modo integral no processo saúde-doença e promovendo equilíbrio da energia vital, e que, na percepção dos médicos acupunturistas, os pacientes têm acesso tardio ao tratamento, pois são encaminhados com doenças crônicas, havendo necessidade de ampliação do número de oferta de consultas de acupuntura. Aponta que tanto os homeopatas quanto os acupunturistas sugerem a realização de cursos de capacitação em Homeopatia e Acupuntura, visando à integração do saber com os médicos da Atenção Primária, a fim de que, através do diálogo e de trocas, possam divulgar a importância dessas práticas sobre o corpo e a doença, com vistas a autonomia e escolhas mais saudáveis para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como orientar sobre as condutas dos profissionais diante das doenças, para entendimento e melhor acompanhamento dos pacientes tratados. Destaca que os gestores entrevistados valorizam as PICs, consideram-nas de grande importância para a integralidade do cuidado, a desmedicalização e a ampliação do vínculo, e imprescindíveis para o SUS. Conclui, em suma, que as PICs podem promover maior integralidade na abordagem do diagnóstico e tratamento da doença, se inseridas na Atenção Básica, uma vez que, com as equipes de referência nos territórios de saúde, é possível a clínica ampliada, a expressão da complexidade e as singularidades dos processos de saúde e adoecimento dos sujeitos de forma compartilhada e resolutive.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares. Atenção Primária em Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This study aims to analyze the services of Acupuncture, Phytotherapy and Homeopathy from the municipal health network Vitória (ES) from the perception of doctors and administrators, in order to unlock the facilitators and factors limiting the coverage of services and contribute reflexively to reorganization of Integrative and Complementary Practices Model (PICs) deployed in Vitória's city. Was held an exploratory research descriptive qualitative approach. The fieldwork was conducted by means of semi-structured questions interview with managers and doctors working in PICs. It was initially presented the history of institutionalization of the national policy of PICs, the trajectory of the institutionalization of Acupuncture, Phytotherapy and Homeopathy in Vitória's health services and its interface with the politics of primary health care, health promotion and patient-centeredness. The study found that the primary care physicians who prescribe herbal medicines value Phytotherapy and have extensive knowledge about the importance of reducing the side effects of synthetic drugs and wish to participate in trainings for expansion of knowledge on the subject. The perception of homeopathic doctors, Homeopathy is important as complementary in the basic attention, acts in full mode on the health-disease process, promoting balance of vital energy. The perception of medical acupuncturists, patients have late access to treatment because they are forwarded with chronic diseases, there is need to increase the number of queries offer acupuncture. Both homeopathic doctors as acupuncturists suggest conducting courses on Homeopathy and Acupuncture aiming at the integration of knowledge with the primary care physicians so that through dialogue and exchanges can promote the importance of these practices on the body and illness, seeking autonomy and healthier choices of users of SUS besides guide about the conduct of professionals on diseases to understanding and better monitoring of patients treated. Managers interviewed appreciate the PICs, consider of great importance for the completeness of the care, nonmedicalization and expansion of bond, being indispensable to the Unified Health System. In short the PICs could promote greater completeness in the approach of disease diagnosis and treatment, if inserted in the basic attention once with reference to the teams in the territories of health expanded clinic is possible, the expression of complexity and singularities of the processes of health and illness of the subjects, so shared and precedent.

Keywords: Integrative and Complementary Practices. Primary Health Care. Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CMEV	Centro Municipal de Especialidades de Vitória
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAI	Centro de Referência de Atenção ao Idoso
DAB	Departamento de Atenção Básica
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MAC	Medicinas Alternativas e Complementares
MNPC	Medicina Natural e Práticas Complementares
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Programas de Extensão de Cobertura
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde

SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	ACUPUNTURA, FITOTERAPIA E HOMEOPATIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E INSTITUCIONAIS.....	21
2.1	A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	21
2.2	A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ACUPUNTURA, DA FITOTERAPIA E DA HOMEOPATIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE VITÓRIA-ES.....	29
2.3	INTERFACES DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COM AS POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DE HUMANIZAÇÃO.....	37
3	PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES.....	48
3.1	PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS ACUPUNTURISTAS.....	49
3.2	PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS HOMEOPATAS.....	62
3.3	PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	73
3.4	PERCEPÇÃO DOS GESTORES.....	88
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
5	REFERÊNCIAS.....	100
	APÊNDICES.....	106
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICOS HOMEOPATAS.....	107
	APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICOS ACUPUNTURISTAS.....	109
	APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA	111
	APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES.....	113

APÊNDICE E: ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA MÉDICOS HOMEOPATAS.....	115
APÊNDICE F: ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA MÉDICOS ACUPUNTURISTAS.....	115
APÊNDICE G: ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA.....	117
APÊNDICE H- ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA GESTORES.....	118
ANEXOS.....	119
ANEXO A: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	120
ANEXO B: DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA.....	121

1 INTRODUÇÃO

Definir um projeto de pesquisa não é fácil. Nossa intenção inicial era estudar apenas a Fitoterapia, à qual temos dedicado grande parte do tempo de exercício profissional no serviço público. Porém, no momento da definição do projeto, fomos desafiada pela orientadora a ampliar a análise para a Acupuntura e a Homeopatia. Ao mesmo tempo, recebemos de nossa gerente a incumbência de iniciar a elaboração da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares do município de Vitória.

O campo de pesquisa foi a Rede Municipal de Saúde de Vitória, onde atuamos desde 1989, quando gestores comprometidos com a Reforma Sanitária que se instalava no País assumiram a Secretaria Municipal de Saúde (Semus).

A Fitoterapia foi a primeira prática integrativa e complementar institucionalizada. Desde a sua implantação, atuamos enfatizando a Atenção Primária em Saúde (APS), em consonância com o que foi definido na Conferência Internacional dos Cuidados Primários em Saúde, de 1978.

O município de Vitória vem acumulando experiências e registrando avanços importantes no setor a partir do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que tem favorecido a melhoria das condições de saúde e contribuído para a qualidade de vida da população. Nesse processo, a APS tem papel fundamental como lócus principal da atenção à saúde.

A gestão do SUS em Vitória propõe um modelo de atenção que

[...] incorpora os princípios de acesso universal, no qual qualquer cidadão brasileiro tem o direito de acessar serviços de saúde com qualidade; integralidade da assistência; participação social em todos os espaços de decisão e avaliação, inclusive do financiamento do SUS (VITÓRIA, 2010, p. 47).

A gestão também define a expansão e a qualificação da Atenção Básica, que é

[...] organizada pela Estratégia Saúde da Família, superando o modelo centrado na doença, e desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (VITÓRIA, 2010, p. 47).

A implantação de uma política de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no âmbito do SUS, em 100% dos serviços da Rede Municipal de Saúde, foi uma ação inserida pela gestão, em 2009, na Programação da Atenção Básica do Plano Municipal de Saúde (2010-2013), que tinha como objetivo principal

[...] reduzir a morbimortalidade, por meio de ações de promoção, prevenção recuperação e reabilitação, visando à integralidade do cuidado em saúde, [...] fortalecer a Atenção Básica, tendo a Saúde da Família como modelo de atenção (VITÓRIA, 2010, p. 58).

Para Teixeira e Solla (2006), modelo de atenção é a forma de organização dos serviços e práticas, sendo definido de acordo com o perfil epidemiológico da população, que se expressa por meio de necessidades (doenças, sofrimentos, agravos e riscos à saúde) e demandas por serviços (consultas, exames, medicamentos, hospitalizações).

Para o fortalecimento das ações em saúde voltadas à atenção aos cidadãos, o Município precisa dar respostas aos problemas sociais e às necessidades de saúde. Como serviço, o Município tem que estar compreendido dentro de processos de produção, distribuição e consumo. Portanto, a atenção à saúde é também submetida ao mercado e configura-se como alvo de pressão para o consumo.

Apesar das contradições, o município de Vitória vem avançando para a inserção e fortalecimento das PICs no âmbito da rede de atenção à saúde. Embora se envidem esforços para que seja realizada uma discussão coletiva com técnicos e gestores da Semus, o tema PICs, ao longo dos anos, teve importância variada. Fato em destaque é que o Programa de Fitoterapia de Vitória já foi referenciado na Revista de Saúde da Família e no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, e tem sido apresentado em diversos eventos científicos institucionais nacionais e internacionais (BRASIL, 2012).

A Fitoterapia foi institucionalizada em 1996. Dispõe de legislação própria e está inserida na APS. Já a Acupuntura e a Homeopatia foram inseridas inicialmente na Atenção Básica, de modo regionalizado, e, em 2012, na Atenção Especializada, no Centro Municipal de Especialidades de Vitória (CMEV) (VITÓRIA, 1996).

Recentemente, com a mudança na Gerência de Atenção à Saúde em fevereiro de 2013, foi criada a Referência Técnica das PICs, com a missão de construir a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, que visa à reorganização e consolidação de novas perspectivas para ampliação do cuidado integral à saúde.

Nesse sentido, é necessário analisar e discutir as possibilidades para implementação das PICs dentro do contexto do modelo atual, que é biomédico, ciente de que um novo arranjo de modelo de atenção à saúde é sempre um desafio. Além disso, é necessário analisar o modo como regular e ajustar as PICs com paradigmas específicos, dentro de uma estrutura tão tradicional com modelo médico-centrado e hegemônico.

Diante do cenário atual, observamos a necessidade de conhecer mais profundamente a percepção dos médicos acupunturistas, homeopatas e da Atenção Básica bem como dos gestores sobre as PICs de Acupuntura, Fitoterapia e Homeopatia implantadas na Rede Municipal de Saúde de Vitória, Espírito Santo (ES), com o objetivo de avaliar os serviços por eles prestados, identificar os fatores facilitadores e limitantes da cobertura desses serviços em relação à APS e à atenção especializada e contribuir reflexivamente para a reorganização do modelo de PICs em vigor no Município a partir da discussão gerada pela pesquisa.

Para o alcance desses objetivos, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, considerando-se que nos inquieta conhecer a realidade que não pode ser quantificada e que, segundo Minayo (2011, p 25), uma pesquisa com essa característica é “[...] mais rica que qualquer pensamento e qualquer discurso que se possa elaborar sobre ela”.

Minayo (2011, p. 21) considera que uma pesquisa de abordagem qualitativa

[...] 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.

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. A opção por esse tipo de técnica deu-se por entendermos que ele proporciona maior liberdade ao sujeito entrevistado.

Também foram realizadas pesquisas documentais e bibliográficas, uma vez que é fundamental obtermos informações sobre um determinado assunto para atingir os objetivos propostos. De acordo com Lakatos e Marconi (2003), quando pesquisamos a bibliografia entramos em contato com aquilo que foi escrito a respeito do tema em estudo.

Foram utilizadas diversas fontes de estudo documental, tais como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), dissertações de mestrado e doutorado, livros e revistas acadêmicas. Dentre os autores pesquisados e suas obras podemos destacar Escorel e Teixeira (2008), Luz e Campello (2012), Campos (2000), Tesser (2012), Nogueira (2013) e Simoni (2013).

A amostra deste estudo compreendeu 23 sujeitos: quatro médicos homeopatas e quatro médicos acupunturistas que trabalham no CMEV; dez médicos da Atenção Básica da Rede Municipal de Saúde de Vitória-ES, escolhidos aleatoriamente, e cinco gestores de áreas específicas relacionadas às PICs da Semus.

Para atender às normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996), este estudo teve início somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). A realização da pesquisa também esteve condicionada à submissão prévia do projeto à Semus e à autorização desta para acesso ao campo (ANEXO 2).

As entrevistas semiestruturadas aconteceram no local de trabalho dos sujeitos do estudo, após autorização da Comissão de Estágio, Ensino e Pesquisa da Escola Técnica de Saúde de Vitória-ES (ANEXO 1), que encaminhou uma comunicação

interna aos serviços, informando sobre a pesquisa e seus objetivos específicos. Feito isso, foram agendadas as datas e os respectivos horários das entrevistas, que ocorreram no período de maio a agosto de 2014.

Os critérios de inclusão na escolha dos médicos entrevistados foram: ser prescritor de fitoterápicos, no caso dos entrevistados da Atenção Básica; ser efetivo, com tempo de exercício de profissão de, no mínimo, um ano do período da entrevista. Já na escolha dos gestores do SUS entrevistados foram: estar implicado com o tema estudado e estar atuando na gestão há, pelo menos, seis meses do período da entrevista. Os critérios de exclusão estabelecidos para os médicos foram: não ser prescritor de fitoterápicos e não ser efetivo; para os gestores, foi somente o tempo de exercício inferior a seis meses na gestão municipal atual.

Os quatro médicos homeopatas que compuseram a amostra tinham tempo médio de formação profissional de 30 anos, variando de 20 a 37 anos, e tempo de atuação na Prefeitura variando de 4 a 22 anos. Dois deles são do sexo feminino e dois, do sexo masculino.

Os quatro médicos acupunturistas da amostra tinham tempo de formação profissional variando de 6 a 30 anos. Um deles é do sexo feminino e três, do sexo masculino. Além de especialista em Acupuntura, um também é especialista em Homeopatia.

Os dez médicos da Atenção Básica prescritores de fitoterápicos, compreendidos na amostra, foram escolhidos regionalmente, por Unidade de Saúde (US): Continental (US Jardim da Penha), Maruípe (US Maruípe), Centro (US Vitória), São Pedro (US Ilha das Caieiras), Santo Antônio (US Santo Antônio) e Forte (US Jesus de Nazareth). Eles tinham tempo de formação entre 5 a 34 anos. Um é do sexo masculino e nove, do sexo feminino.

Nas entrevistas sobre a Fitoterapia foi dada prioridade aos médicos que atuavam nas USs com Estratégia Saúde da Família de forma regionalizada, prescritores de medicamentos fitoterápicos e mais de um ano de experiência no SUS. Três entrevistados também tinham especialização em Acupuntura; uma era especialista

em Pediatria e seis já haviam feito o Curso de Fitoterapia na Atenção Básica, oferecido pela Referência Técnica da Fitoterapia da Semus

Os cinco gestores entrevistados foram selecionados por estarem envolvidos diretamente com o tema, nas seguintes funções: gerência da atenção à saúde; coordenação da Atenção Básica; gerência do CMEV; coordenação da atenção especializada; gerência de assistência farmacêutica.

Os gestores são todos do sexo feminino. As categorias profissionais a que pertencem são diversificadas (enfermeira, assistente social, fisioterapeuta e farmacêutica). O tempo de serviço na função era de sete meses a dois anos. Todos são especialistas em áreas da Saúde Pública, o que demonstra que a função é condizente com a gestão.

Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, chamamos os médicos homeopatas de MH1, MH2, MH3, MH4; os acupunturistas de MA1, MA2, MA3, MA4; os médicos da Atenção Básica prescritores de fitoterápicos de MF1, MF2, MF3, MF4, MF5, MF6, MF7, MF8, MF9 e MF10. Os gestores foram denominados G1, G2, G3, G4 e G5.

Para a elaboração do roteiro das entrevistas aplicadas aos médicos (APÊNDICES E a G) e também aos gestores (APÊNDICE H), foram utilizadas questões inerentes ao conhecimento da PNPIC e ao processo de trabalho para implementação das PICs no SUS em Vitória.

As entrevistas foram gravadas após permissão dos sujeitos, conforme expressa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A a D) por eles assinado, e realizadas em horário previamente agendado com os gerentes dos serviços. Para cada categoria de sujeito foi utilizado um roteiro de entrevista específico. As entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos e foram transcritas, procedendo-se à escuta do material com a concomitante leitura fluente do texto para ampliá-lo com o acréscimo de detalhes.

Os conteúdos das entrevistas foram analisados com base na literatura estudada. A análise do conteúdo dessas entrevistas, conforme proposição de Bardin (2011), norteou os registros qualitativos e foi organizada em três fases cronológicas: a pré-análise (fase de organização e sistematização das ideias), a exploração do material (fase de operações de codificação, decomposição ou enumeração do material em função do que foi previamente formulado), o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação (fase de síntese, seleção de resultados e interpretação).

O presente trabalho foi estruturado visando alcançar as respostas para os objetivos propostos. No primeiro momento, abordamos o modo como se deu o processo de institucionalização da PNPIC em relação ao contexto do SUS, o percurso histórico da institucionalização da Acupuntura, da Fitoterapia e da Homeopatia no município de Vitória, culminando na análise da interface da PNPIC com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa contextualização histórica de gestão foi necessária para a melhor compreensão da articulação do objeto de estudo com a realidade encontrada para posterior análise.

Num segundo momento, analisamos a percepção dos médicos da atenção primária em saúde, dos médicos homeopatas, dos médicos acupunturistas e dos gestores de setores ligados diretamente ao tema do município de Vitória. As entrevistas com os participantes da pesquisa foram realizadas nos locais em que eles trabalhavam.

Na análise da percepção dos sujeitos entrevistados sobre os serviços de Acupuntura, Fitoterapia e Homeopatia no município de Vitória, foi possível identificar os pontos que facilitavam ou dificultavam a implementação da Política de PICs para melhor reorganização dos serviços oferecidos.

Diante dessas possibilidades e potencialidades das PICs na atenção e promoção à saúde, consideramos oportuno realizar o estudo da dissertação abrangendo os múltiplos integrantes desse cenário, para que, mediante a nova perspectiva desse olhar mais próximo e ampliado, pudéssemos refletir e incorporar sugestões para o fortalecimento das PICs no SUS em Vitória.

2 ACUPUNTURA, FITOTERAPIA E HOMEOPATIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E INSTITUCIONAIS

2.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O sistema de saúde brasileiro formado ao longo do século XX teve como marca a dicotomia entre a Saúde Pública e a Assistência Médico-Hospitalar: de um lado, as campanhas sanitárias; de outro, a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária e, posteriormente, as empresas médicas. Portanto, não havia uma dimensão do público e do privado, e as pessoas eram assistidas conforme a necessidade, com poucos mecanismos de ação e controle social sobre a saúde da população (FLEURY; OUVENEY, 2008).

Antes de 1930, não havia o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil. Na Era Vargas, introduziu-se o direito à assistência médica apenas para os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada. A extensão de cobertura para os trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) durante o autoritarismo apresentava-se mais como concessão do que como um direito. O mesmo podia ser dito em relação ao acesso das populações rurais e das periferias urbanas aos Programas de Extensão de Cobertura (PEC) e, posteriormente, às Ações Integradas de Saúde (AIS) e aos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) (ESCOREL, 2008).

Somente com a Constituição de 1988 é que a saúde foi reconhecida como um direito social, cabendo ao Estado assegurá-lo para todos os cidadãos, uma das maiores conquistas do movimento sanitário no Brasil. Segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005), todas essas conquistas ocorridas na década de 1980 foram fruto dos segmentos sociais que se mobilizaram por mudanças, configurando o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), ou Movimento Sanitário, que era formado pelo movimento popular de saúde, pelo movimento estudantil e pela articulação dos professores e dos pesquisadores da Medicina Social e da Saúde Pública.

A redemocratização, em 1985, a construção da RSB e do SUS passaram pela produção de um conjunto de fatos sociais, exaustivamente estudados, entre os quais se destacam a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando foi sistematizado o projeto da RSB, a implantação do SUDS, os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988) e, finalmente, a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O SUS é uma conquista histórica dos movimentos sociais e chegou ao Estado pela via da Assembleia Nacional Constituinte, que redigiu a Constituição de 1988, sendo posteriormente construído como Política Pública nessa associação entre forças que se encontram tanto na sociedade quanto nos aparatos do Estado Brasileiro.

A Constituição e o processo constituinte representaram a afirmação e a extensão dos direitos sociais no Brasil, diante da grave crise econômica e social em que o País se encontrava. A Constituição de 1988 introduziu melhorias que objetivavam corrigir as injustiças sociais herdadas, que eram incapazes de universalizar os direitos do proletariado (BRAVO, 2001).

O Art. 196 da Constituição de 1988 (Título VIII - Da Ordem Social; Capítulo II - Seção II, Da Saúde) define:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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 (BRASIL, 2010a, p. 196).

Após a promulgação da Constituição de 1988, o SUS foi normalizado pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que, em seu Art. 4.º, o define como um “[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos públicos federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”. Dessa maneira organizavam-se as ações e serviços definidos na Constituição da República e na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990, p. 4).

Uma das consequências imediatas de se considerar a política de saúde como uma política social foi assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir da sua inserção como cidadãos. Isso porque as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

A concepção do SUS, segundo Escorel (2008), está baseada no novo paradigma de saúde, que tem como princípio 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 em que o sujeito se encontra.

A produção científica nos anos de 1970 e 1980 aponta um novo paradigma alternativo em saúde coletiva definido em dois conceitos: determinação social e processo de trabalho em saúde. Portanto, entende-se que a saúde e a doença na comunidade estão para além das dimensões biológicas e ecológicas, e que são também determinadas por fenômenos sociais e históricos como componentes dos processos de reprodução social. Esse novo paradigma passou a orientar muitas proposições do movimento de democratização da saúde no que se refere não só à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas também à totalidade das mudanças pelas quais passava o setor (FLEURY, 1997).

O termo paradigma foi proposto por Thomas Kuhn, significando o conjunto de elementos culturais, conhecimentos e códigos teóricos, técnicos ou metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica. É esse compartilhar que distingue o conhecimento científico da crença ou do senso comum (LUZ, 2005).

Nogueira (2013) constata que, para Kuhn, a substituição de um paradigma não ocorre pela comprovação científica nem pelos erros verificados na tradição anterior, mas pela solução mais eficiente do problema, ou seja, paradigmas seriam modelos e padrões aceitos consensualmente pela sociedade científica para guiarem a prática dos cientistas, sem que eles sejam questionados. Assim as escolhas na ciência não

são definidas apenas pela lógica e pela experimentação, mas também pelos imperativos sociopsicológicos.

Na medicina vigente no Brasil, o paradigma que impera é o ocidental contemporâneo, pelo qual são muito visualizados os aspectos objetiváveis traduzidos por sintomas e sinais, ou seja, as doenças, pouco importando o universo subjetivo do sofrer, a subjetividade. Isso ocorre devido à preferência pelo paradigma clínico-epidemiológico, que condiciona o médico ao modelo da teoria de doenças (LUZ, 2005).

Esse paradigma hegemônico do Ocidente é o modelo biocartesiano, ou biomédico, que exprime a forma como se buscou disciplinar as práticas médicas e como é tensionado no cotidiano diante das situações vivenciadas e as PNAB, PNH e PNPS. Dessa forma, reflete o processo que as escolas médicas tradicionais brasileiras assumem, o de função reguladora de um sistema científico de ambição cientificista baseado em evidências.

A tradição biomédica adotada pelo ensino médico nas Universidades e também nos municípios é regida pelo próprio Ministério da Saúde (MS), com protocolos reguladores e cartesianos. Ao médico é atribuído o trabalho de tratar seus pacientes como portadores de enfermidades ou patologias, codificadas pelo CID-10 em protocolos clínicos, como real objeto de seu fazer. Separando o sujeito de seu sentir, o dogma científico da medicina ocidental muitas vezes não valoriza a experiência do sujeito humano, não considera sua capacidade de perceber o que está ocorrendo com ele, com o mundo e com seu talento/experiência para adaptar-se a ele (MERHY, 2003). Conseqüentemente, os problemas de saúde que extrapolam essas patologias definidas pelo paradigma biomédico ou médico-hegemônico, ou seja, os relativos às dimensões subjetivas, ampliaram-se e passaram cada vez mais a demandar os serviços de saúde, causando certo incômodo aos médicos alopatas que não atuam na linha do paradigma vitalista, paradigma que compreende a doença para além dos sintomas físicos (LUZ, 2005).

Para dar conta desse sofrimento e das queixas sem nosologias definidas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1962, definiu medicina alternativa como

uma técnica aliada aos saberes tradicionais, entendida como práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios (TESSER; SOUZA, 2012).

Foi, então, do encontro entre intelectuais e movimentos sociais, conhecedores das diretrizes da Conferência em Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, no ano de 1978, e motivados pela necessidade de se respeitar o conhecimento tradicional sobre as medicinas populares tão enraizadas na sociedade brasileira, que se iniciou o movimento das reivindicações para inserção das PICs, tais como a Fitoterapia, a Homeopatia e a Acupuntura, no sistema de saúde.

Historicamente, segundo Luz (2000), as PICs foram inseridas na Rede Pública de Saúde no Brasil, na década de 1980, impulsionadas pelo movimento de contracultura, iniciado nos Estados Unidos da América e na Europa nas décadas de 1960 e 1970, numa atitude de rejeição cultural ao modelo hegemônico vigente. Com o movimento da RSB e a criação do SUS, a possibilidade de utilização das PICs na Rede Pública de Saúde passou a ser vista como um direito de demanda, já que eram oferecidas apenas nos serviços privados (BRASIL, 2009).

Essa visão conseguiu evoluir a partir de 1985, no Rio de Janeiro, quando foi celebrado convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemanniano do Brasil com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na Rede Pública de Saúde (BRASIL, 2006).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi também considerada um marco para a oferta das PICs no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela RSB, deliberou em seu relatório final pela “[...] introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (BRASIL, 2006, p. 12).

Essas práticas foram introduzidas institucionalmente em 1988, por meio da Resolução n.º 8/88 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan). A partir desse movimento, criou-se um debate sobre o novo modelo de

saúde, que resultou no surgimento de legislações, normas e resoluções que institucionalizaram as PICs, respaldadas pelos profissionais e gestores que acreditavam nas suas potencialidades (BRASIL, 2006).

Em 1996, a X Conferência Nacional de Saúde, em seu relatório final, aprovou a “[...] incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde, como a Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”. Gestores da Semus de Vitória consolidaram a Fitoterapia no SUS quando, no Planejamento Estratégico de 1995, aprovaram recursos para a implantação da Farmácia de Manipulação de Fitoterápicos, que foi inaugurada em 1996 (BRASIL, 2006, p. 20).

O MS, em 1999, resolveu pela inclusão das consultas médicas em Homeopatia e Acupuntura na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS (Portaria GM n.º 1.230, de 14 de outubro de 1999). No ano seguinte, na XI Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada a recomendação para “[...] incorporar na Atenção Básica, Rede PSF e PACS, as práticas não convencionais de terapêutica, como Acupuntura e Homeopatia” (BRASIL, 2006, p. 21). Dessa maneira, o MS apontou aos municípios a possibilidade de receber pelos procedimentos, estimulando os gestores para mais ofertas de tratamento e incentivando o acesso gratuito às PICs, que eram oferecidas apenas em consultórios privados. A Atenção Básica foi o espaço fortemente potente para essa inserção.

Em 2003, foi deliberado e aprovado o Relatório da I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatizou a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS, bem como o Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde, que decidiu pela efetiva inclusão da Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC) nesse Sistema (BRASIL, 2006).

Segundo Simoni (2013), a atuação da categoria médica, como ator político, para a efetivação da construção e aprovação da PNPIC foi importante, pois

foi essa categoria que solicitou ao Ministro da Saúde, ainda em 2003, a elaboração de políticas que contemplassem as especialidades médicas da Homeopatia e da Acupuntura.

Em 2004, foi realizada a II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde e Medicina Natural e Práticas Complementares (atualmente denominada PICs) que foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa (BRASIL, 2006).

Após ampla discussão com os movimentos sociais e entidades de classes profissionais e depois de uma avaliação e diagnóstico de diversas ações já desenvolvidas em centenas de municípios brasileiros na Saúde Pública, o MS, em 2005, institucionalizou, por meio de Decreto Presidencial datado de 17 de fevereiro, o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Ainda em 2005, representantes de entidades militantes em defesa da Homeopatia e da Acupuntura no SUS, que reivindicavam ao MS a inserção dessas práticas nos serviços de saúde, também foram convidados a formar um grupo com o objetivo de implementar as PICs e elaborar o documento da PNPIC. Esse grupo era composto de profissionais da saúde de diversas secretarias municipais e de associações que foram inovadoras na implantação das PICs nos serviços de saúde (SIMONI, 2013).

Após a conclusão dos trabalhos, pela Portaria GM/MS n.º 971, de 3 de maio de 2006, foi instituída a PNPIC no SUS, que contemplava principalmente as áreas de Fitoterapia e Plantas Medicinais, Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa (MTC) – Acupuntura. No dia de 22 de junho de 2006, por meio do Decreto Presidencial n.º 5.813, foi aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006).

O MS, após discussões com a categoria médica e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), com base no conceito de racionalidades médicas, definiu Práticas Integrativas e Complementares da seguinte maneira:

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006, p. 11).

Essa política aponta práxis que se integram mais com a natureza dos seres humanos e que podem aproximar os usuários do SUS das PICs e compor políticas intersetoriais, tais como saúde, educação, meio ambiente, assistência social, muito afinadas com os valores fundantes da PNPS, recém-publicada (TESSER, 2012).

As PICs estão inseridas na estrutura do DAB/MS, na Secretaria de Atenção à Saúde, e foram contempladas como mais uma área de pesquisa em APS, apesar da indefinição de recursos orçamentários para o desenvolvimento de estudos, recursos que possam garantir a sua implementação em todo o território nacional em que o SUS as oferece (SIMONI, 2013).

Embora a institucionalização da PNPIC tenha ocorrido em 2006, ainda não houve a criação do cargo de coordenador nacional das PICs. Existe, sim, uma equipe multiprofissional, sem cargo efetivo, mas não são disponibilizados recursos orçamentários específicos para apoiar os municípios na execução das diretrizes e ações da política nacional junto com outras políticas institucionalizadas no SUS. Dessa maneira, os gestores precisam apostar nas possibilidades de recursos locais, que muitas vezes são escassos para o desenvolvimento das ações necessárias.

Embora os diversos trabalhos científicos e pesquisas apontem as muitas possibilidades e potencialidades das PICs, para que sejam percebidas, valorizadas e aceitas pelos gestores do SUS, o pouco apoio financeiro e institucional do MS destinado a inseri-las no Sistema não garante a oferta de capacitação, a aquisição de insumos e a organização dos serviços, reduzindo, conseqüentemente, o acesso dos usuários do SUS às políticas públicas efetivamente cuidadoras, resolutivas e promotoras de saúde.

Acredita-se que existam forças opositoras ao crescimento das PICs, provavelmente pela pouca inserção dessas práticas nas Universidades, pela baixa produção científica na área, no Brasil, e pela dificuldade de comprovação científica dos benefícios que podem trazer, visto que não existe estímulo nem financiamento para a produção de pesquisas e publicações nacionais, há pouco conhecimento dos profissionais de saúde e dos gestores sobre a importância das PICs na melhoria da qualidade da atenção à saúde e na promoção de vida com mais saúde.

Ao mesmo tempo, a população desconhece a legislação existente sobre os direitos de acesso democrático às PICs e ainda não consegue lutar e se mobilizar para exigir que sejam repassados recursos para implementação da PNPIIC, como acontece com outras já instituídas como políticas transversais, tais como a de alimentação e nutrição, de promoção da saúde e de saúde do escolar.

2.2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ACUPUNTURA, DA FITOTERAPIA E DA HOMEOPATIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE VITÓRIA-ES

A Acupuntura, a Fitoterapia e a Homeopatia são práticas integrativas e complementares definidas como abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006).

No município de Vitória, em 1991, gestores comprometidos com a RSB e com a implantação do SUS decidiram-se pela inserção e garantia de vagas para médicos homeopatas, acupunturistas e fitoterapeutas no primeiro concurso oferecido pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Assim, os aprovados foram efetivados na Atenção Básica, no ano de 1992.

A Homeopatia é definida como um sistema médico complexo, de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes. Foi enunciada por Hipócrates, no século IV a.C., e desenvolvida por Samuel Hahnemann, no século

XVIII. Utiliza como recurso diagnóstico a matéria médica e o repertório e, como recurso terapêutico, o medicamento homeopático (BRASIL, 2006).

A partir da década de 1980, com o reconhecimento da Homeopatia, pelo Conselho Federal de Medicina, como especialidade médica, diversos cursos de especialização surgiram e alguns estados e municípios brasileiros passaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde. A Resolução CIPLAN n.º 08/88, foi o marco para a inserção da Homeopatia no SUS (BRASIL, 1988).

Esse foi um momento de grande avanço, exemplo para o Brasil. No Espírito Santo, mesmo havendo apenas duas vagas para médicos homeopatas, os concursados foram instalados na Atenção Básica, um na US Jardim Camburi (Região Continental) e outro na US Santo André (Região de São Pedro). Em 1995, foram admitidos mais dois médicos homeopatas aprovados no segundo concurso, ocorrido em 1992, mas, como houve necessidade de pessoal na gestão municipal, para ocupar o cargo de Referência Técnica dos programas já implantados, eles não atuaram na atenção à saúde.

Ao longo de todo o período, desde o estabelecimento das PICs, houve grande empenho da gestão para a implantação da Fitoterapia, porém a Homeopatia ficou restrita aos médicos especialistas que atendiam na Atenção Básica, com pouca repercussão de assistência e participação em espaços coletivos.

Em 2006, a gestão municipal, entendendo a necessidade de ampliação das PICs, com o apoio da Associação Médica Homeopática do Espírito Santo e a análise de técnicos de referência, abriu sete vagas em concurso público para admissão de médicos homeopatas. Os médicos selecionados foram nomeados em 2011, integrando-se assim ao sistema público que, naquele momento, passou a totalizar nove homeopatas na atenção à saúde da população.

Após um ano trabalhando no CMEV, um médico homeopata aposentou-se compulsoriamente e duas médicas pediram demissão, uma em 2013 e outra em 2014. Atualmente seis homeopatas atuam no SUS em Vitória, num regime de quatro

horas diárias. O total médio de consultas, após um ano de trabalho no CMEV, foi de 6.000, mas, devido aos dois pedidos de demissão, esse total caiu para 4.600 consultas-ano em 2014.

Originária da MTC, a Acupuntura é uma das práticas terapêuticas que compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos no corpo, chamados de pontos, através da inserção de agulhas metálicas muito finas, para promoção, manutenção e recuperação da saúde bem como para prevenção de agravos e doenças (BRASIL, 2006). A estimulação de pontos provoca a liberação de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas do corpo, tais como modulação imunológica, analgesia, restauração das funções orgânicas de modo natural (BRASIL, 2006).

Graças ao processo de institucionalização da MTC, surgiram cursos de formação e especialização, corporações, associações, legislação profissional, todos em busca de espaço na sociedade, ampliando o âmbito das pesquisas científicas empreendidas em diversos países. Os efeitos terapêuticos dessa modalidade de medicina eram, então, reconhecidamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas médicas (BRASIL, 2006).

A Acupuntura vem constituindo-se no meio acadêmico do País como disciplina em algumas Universidades, em cada local com distintas histórias de formação e peculiaridades. No Brasil, passou a ser especialidade médica a partir de 1995 e foi introduzida na tabela do SIA/SUS em 1999, através da Portaria GM/MS n.º 1.230. Sua prática foi depois institucionalizada pela Portaria n.º 971, publicada pelo MS em 2006, quando aprovou a PNPIC no SUS (TESSER; SILVA, 2013).

Em Vitória, a Acupuntura foi instituída no SUS em 1991, antes de ser reconhecida como especialidade médica pela Associação Médica Brasileira, quando a Semus criou a vaga para médico acupunturista, cargo que, após concurso público, passou a integrar a rede de saúde. Foi somente em 1995 que o Conselho Federal de Medicina definiu a Acupuntura como especialidade médica, contribuindo para ampliar as possibilidades da MTC – Acupuntura como prática médica e reforçando a inserção na estrutura institucional do SUS (TESSER; SILVA, 2013).

Em Vitória, em 1992, o único médico acupunturista admitido foi designado para trabalhar na US Jabour, localizada na Região Continental, mas também atendia pacientes referenciados de toda a Rede Municipal de Saúde. Posteriormente, em 2000, duas médicas acupunturistas que atuavam na Atenção Básica optaram pela ampliação da oferta de consultas especializadas em Acupuntura em dois serviços: na US Jardim Camburi e no CMEV.

Embora a gestão tenha inserido os médicos homeopatas e acupunturistas na Atenção Básica, não havia, à época, uma Referência Técnica nem municipal nem estadual para dialogar sobre a gestão dos serviços e o processo de trabalho dos médicos. O diálogo ocorria com os diretores das Unidades onde trabalhavam. Assim, a participação na gestão ficava prejudicada, ocorrendo apenas quando os médicos eram convidados, como na elaboração da relação municipal de medicamentos homeopáticos e na aquisição de agulhas de acupuntura.

Somente em 2011 é que houve uma tentativa de organização, apresentada pela então Referência Técnica nomeada pelos gestores para coordenação dos serviços. Portanto, inicialmente, os médicos homeopatas e acupunturistas concursados começaram a trabalhar na organização do processo de trabalho do novo serviço e iniciaram o atendimento especializado em um local provisório (US do Forte São João), onde havia um espaço para consultórios no formato de um Centro de Especialidades. Em 2012, foram transferidos para o CMEV assim que inaugurado.

Em 2012, a Semus de Vitória contava com nove médicos acupunturistas, todos concursados. Atualmente, seis atuam no CMEV, cinco aprovados no último concurso e um no primeiro, pois três acupunturistas pediram demissão. O número médio de consultas realizadas por mês é de 800, e a lista de espera, no mês de dezembro de 2014, foi de 822 pessoas, segundo informações da Coordenação da Gerência de Regulação, Controle e Avaliação da Semus.

As vagas de consultas especializadas em acupuntura são liberadas pelo Sistema de Regulação de Consulta, com base no protocolo de fluxo de encaminhamento dos profissionais das USs da rede de Atenção Básica. Para os médicos homeopatas, a

consulta pode ser referenciada por encaminhamento ou pode ocorrer por livre demanda.

A Fitoterapia é a prática integrativa e complementar mais conhecida e utilizada no Brasil. Consiste no tratamento das doenças com os extratos vegetais de plantas medicinais. O uso de plantas medicinais pela população do mundo inteiro é milenar. As mais antigas civilizações conheciam-nas e as utilizavam, e esses conhecimentos foram passados de geração em geração, ao longo dos anos, em todo o mundo.

O tratamento com ervas medicinais e medicamentos fitoterápicos é pioneiro nos serviços de saúde do SUS e tem um papel proeminente na manutenção da saúde dos povos, não somente como recurso terapêutico, mas também como crença, valores e necessidades de humanidade, em interface com as políticas nacionais de promoção da saúde, de educação popular em saúde, entre outras (BRASIL, 2006).

No entendimento de Luz (2005), a Fitoterapia, além de resgatar a cultura tradicional do uso das plantas medicinais pela população, possibilita a ampliação do acesso a ela, a prevenção de agravos e a promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, contribuindo para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS.

Com a sua peculiaridade de trabalho em equipe multiprofissional, a Fitoterapia foi a primeira a ser instituída no município de Vitória, o que ocorreu em 1990, com a chegada da Referência Técnica em Fitoterapia para implantação do projeto Raízes. Foram feitos estudos com os profissionais de saúde relativos à prática e à capacitação em Fitoterapia, os quais demonstraram interesse importante para a implantação de uma Política de Fitoterapia e Plantas Medicinais.

Para efetiva implantação do Programa de Fitoterapia, a gestão decidiu-se pela efetivação, por concurso público, de equipe profissional qualificada (médico fitoterapeuta, agrônomo e farmacêutico homeopata). Os objetivos principais do Programa de Fitoterapia são incentivar o cultivo de plantas medicinais estudadas cientificamente, valorizar a sabedoria popular, promover educação popular em

saúde permanente, produzir medicamentos fitoterápicos para tratamentos de doenças.

A Fitoterapia foi institucionalizada pela Lei Municipal n.º 4.352, de 19 de abril de 1996, que define as Farmácias Vivas (VITÓRIA, 1996). Em 2009, após a realização de uma Jornada de Fitoterapia que contou com ampla participação de servidores municipais e movimentos sociais, foi elaborado um documento que mais tarde se transformou na Lei Municipal n.º 7.486, de 5 de junho de 2009, pela qual se instituiu no SUS a Política Municipal de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, com o objetivo precípuo de garantir a oferta de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos de qualidade, destinados ao tratamento de doenças, bem como a preservação das espécies de acordo com critérios científicos (VITÓRIA, 2009, p. 2).

A implantação da Farmácia de Manipulação de Fitoterápicos foi um marco para a Fitoterapia no Município. A Farmácia foi inaugurada em dezembro de 1995, após aprovação do projeto de implantação no planejamento estratégico da Semus. Durante dez anos, os medicamentos fitoterápicos foram manipulados de acordo com critérios científicos, farmacopeicos e as normas vigentes. Foram manipuladas formas farmacêuticas das seguintes plantas medicinais: *Achillea millefolium*, *Plantago major*, *Passiflora edulis*, *Erythrina mulungu*, *Matricaria chamomilla*, *Mikania glomerata*, *Maytenus ilicifolia*, *Gingko biloba*, *Calendula officinalis*, *Phyllanthus niruri* e *Cordia verbenacea*.

A Farmácia de Manipulação de Fitoterápicos significou um grande avanço no Município, pois a garantia da oferta de medicamentos permitiu o acesso dos pacientes aos tratamentos naturais prescritos pelos médicos, enfermeiros e dentistas capacitados em Fitoterapia. Ao longo dos anos, ocorreu um aumento significativo do número de prescritores e foram observados bons resultados, além de boa aceitação por parte dos pacientes tratados.

Além das ações assistenciais em Fitoterapia, são realizadas ações educativas coletivas sobre plantas medicinais, coordenadas pelos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família, tais como cursos no local de trabalho, oficinas, palestras e jardins terapêuticos nas USs, para capacitar os profissionais da Atenção

Básica e a população no uso correto e cultivo de plantas medicinais. Também são oferecidos cursos de Fitoterapia na Atenção Básica, e mais de duzentos profissionais já foram capacitados.

Foram instituídas parcerias com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente e a Secretaria Municipal de Educação para a criação do Viveiro Municipal de Plantas Medicinais bem como incentivado o Projeto de Hortas e de Educação Ambiental nas Escolas e Centros de Educação Infantil do município de Vitória, respectivamente.

A relação de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos do município de Vitória foi estabelecida obedecendo-se a critérios definidos pela Comissão Municipal de Fitoterápicos e Homeopáticos, seguindo normas e resoluções do MS. De 1996 a 2005, os medicamentos fitoterápicos foram produzidos em farmácia própria. A partir de 2006, por decisão do Comitê Gestor da Semus, a farmácia foi desativada e decidiu-se pela aquisição de medicamentos fitoterápicos industrializados.

A partir de 2012, os medicamentos homeopáticos passaram a ser oferecidos. Eram adquiridos por meio de convênio com a Farmácia de Manipulação mediante prescrição médica. Durante a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, a gestão aceitou o desafio proposto pela Referência Técnica da Fitoterapia e assumiu o compromisso de implementar as PICs, porém sem uma discussão ampliada para a inserção da Política Municipal de PIC na rede Semus.

Apenas em 2013, quando assumiu a nova gestão, a Gerente de Atenção em Saúde, após dialogar com a equipe, entendeu que havia necessidade de designar uma Referência Técnica com a missão de construir a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares de Vitória bem como coordenar e organizar os serviços em PICs.

A partir de abril de 2013, com a institucionalização da Referência Técnica em PICs, foram tomadas várias medidas, entre as quais o diagnóstico do perfil e do interesse dos profissionais para capacitação em Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura no SUS; a identificação do número de pacientes e patologias tratados pela Homeopatia, pela Acupuntura e pela Fitoterapia; a identificação dos territórios de origem dos

usuários encaminhados para o atendimento médico em Homeopatia e Acupuntura; a identificação das doenças tratadas pela Homeopatia e pela Acupuntura; a análise da fila de espera; o estudo dos protocolos de encaminhamentos; a análise do parâmetro do número de médicos homeopatas e acupunturistas necessário para atender a demanda.

Em 2014, foram realizadas oficinas no CMEV para os médicos acupunturistas e homeopatas com o objetivo de identificar as dificuldades e melhorar o serviço; apresentar os conceitos sobre os dispositivos da PNAB (Núcleo de Apoio à Saúde da Família, apoio matricial, clínica ampliada, território de saúde, integralidade); situar as PICs no cenário municipal; identificar a importância da Homeopatia e da Acupuntura para potencializar o cuidado e a articulação com os demais serviços.

A atual gestão municipal vem ampliando o debate, apoiando as iniciativas e fortalecendo o diálogo sobre a institucionalização da Política Municipal de PICs, apesar da falta de apoio institucional do MS e da SESA-ES para o fortalecimento da implementação da Fitoterapia, da Acupuntura e da Homeopatia no SUS em Vitória.

2.3 INTERFACES DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COM AS POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO BÁSICA, DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DE HUMANIZAÇÃO

A PNPIC define objetivos que devem ser considerados fundamentais pelos gestores e profissionais de saúde, visando à institucionalização das PICs em nível municipal e estadual, considerando as competências de cada ente federado (BRASIL, 2006).

No primeiro objetivo da PNPIC, o MS estabelece que compete aos entes federados incorporar e implementar a PNPIC no SUS na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na Atenção Básica voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, devemos ressaltar que a Homeopatia, a Fitoterapia e a Acupuntura são práticas de saúde com características pautadas na prevenção de iatrogenias, na promoção da saúde e na atenção aos cuidados primários em saúde de forma humanizada, visando à saúde integral.

A PNAB considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como equivalentes, associando a ambos os princípios e as diretrizes dessa Política. O MS define Atenção Básica como

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a, p. 2).

A APS assume o cuidado com o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando oferecer-lhe atenção integral. Assim, está coerente com as PICs e a PNPS, pois respeita a forma como o sujeito deseja ser tratado, de modo natural, com modos de vida em que predominam determinadas crenças e valores, tais como o uso de chás e compressas, ou o tratamento com Acupuntura e Homeopatia (BRASIL, 2011b).

Para o desenvolvimento das PICs, deve-se estar em consonância com o exercício de práticas de cuidado e gestão democrática e participativa dirigidas a populações de territórios definidos, sob a forma de trabalho em equipe, levando em conta tal exercício. Conforme expõe Mendes (1996), o sistema de saúde brasileiro, para afirmar-se como espaço de saúde, deverá ser construído socialmente com o objetivo de exigir mudanças que se deem, conjuntamente e dialeticamente, na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária (BRASIL, 2011a).

Portanto, o primeiro objetivo da PNPIC afirma que o principal espaço para a inserção da Homeopatia, da Fitoterapia e da Acupuntura é a APS, nas equipes de saúde da

família, no sentido de fortalecer o cuidado integral e humanizado bem como a recuperação da saúde de modo holístico e global.

A APS utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, bem como acolher de acordo com a necessidade de saúde ou sofrimento do usuário. Por isso, deve ser orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011a).

O vínculo, outro aspecto importante da PNAB, da PNPS e também das PICs, além de carregar em si um potencial terapêutico, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, que permita o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde construído ao longo do tempo (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva, a Homeopatia, a Acupuntura e a Fitoterapia privilegiam a clínica do cuidado integral, com escuta qualificada e apoio para redução do sofrimento. A Fitoterapia é muito promissora na APS, porque, devido à Política Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do município de Vitória, o Projeto Jardins Terapêuticos desenvolvido nos territórios de saúde fortalece o vínculo e a participação dos usuários nos espaços coletivos e de educação popular nesse setor.

As PICs na APS também podem fortalecer a manutenção da longitudinalidade do cuidado, levando a continuidade da relação clínica para a construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente.

A Homeopatia e a Acupuntura podem ser práticas úteis para evitar os efeitos das intervenções em saúde, atuando como complementares no ajuste de tratamentos alopáticos, podem evitar, apoiadas pela APS, a descontinuidade do tratamento e diminuir os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida.

Ao assumir a coordenação da integralidade em seus vários aspectos, a APS promove a integração das ações programáticas e a demanda espontânea e articula, em conjunto com os demais atores, ações de promoção e vigilância à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2011a).

As PICs, principalmente a Fitoterapia, estimulam a participação dos usuários ampliando sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à saúde, tanto sua quanto das pessoas e coletividades do território, e no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde. Além disso, incentivam e valorizam o uso tradicional das plantas medicinais para equilíbrio da saúde.

O segundo objetivo da PNPIC destaca que as PICs devem contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e a ampliação do acesso ao cuidado com qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso (BRASIL, 2006).

Segundo Mendes (2011), o modelo de atenção à saúde baseado em consultas e oferta de procedimentos, sem a proteção social e a percepção dos riscos de medicalização, pode apontar para uma redução na expectativa de vida da população. Por isso, há que se garantir a universalização do acesso, mas com atenção ao consumo indiscriminado e mercadológico dos serviços de saúde.

Temos observado um fenômeno mundial de iatrogenia e medicalização excessivas, com altos custos para o sistema de saúde. Nasce daí a importância de inserção de práticas desmedicalizantes, que tratem com medicamentos e técnicas naturais, com menos riscos dos efeitos adversos e com redução de iatrogenia e de gastos com medicamentos sintéticos (TESSER, 2012).

A APS tem qualidades únicas que a caracterizam e a diferenciam dos demais níveis de atenção. O trabalho em parceria com as comunidades promove diminuição das barreiras de acesso e melhora a utilização dos serviços. Além disso, as diretrizes da Estratégia Saúde da Família apontam para a ampliação do acesso e da utilização dos serviços de APS como porta de entrada ao sistema e propõem que as USs

estejam próximas do local de moradia das pessoas, promovendo a vinculação populacional e a responsabilidade pelo território (BRASIL, 2011a).

A utilização dos serviços de APS pela população depende da boa resolubilidade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada na pessoa (e não na doença), na família e na comunidade.

No cuidado integral, a capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades pode ajudar a resolver cerca de 85% das situações. Isso pode ser feito por meio da oferta de ações e serviços que, se não resolvidos na APS, serão referenciados aos cuidados secundários, terciários ou a outros setores, tais como educação, saneamento, habitação, entre outros (STARFIELD, 2004).

A integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas, a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária e a abordagem é voltada para o indivíduo, sua família e seu contexto.

Uma condição essencial para a integralidade é a atuação interdisciplinar das equipes de saúde, uma vez que, cotidianamente, se apresentam nas USs e nos territórios das equipes de APS situações cuja complexidade exige a intervenção coordenada de profissionais de diversas áreas.

Para que seja materializada, a integralidade requer políticas abrangentes e generosas, a organização de diferentes tipos de serviços articulados em rede para dar conta de diferentes necessidades, práticas profissionais para aumentar o grau de autonomia dos usuários bem como a potência de vida, e reduzir os danos, os riscos e as vulnerabilidades (BRASIL, 2011a).

O MS, conforme a PNAB (2011), define os Núcleos de Apoio à Saúde da Família como equipes compostas por profissionais de diferentes áreas ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de

Saúde da Família e de Atenção Básica, compartilhando práticas e saberes em saúde, fornecendo apoio matricial compartilhado, aumentando a possibilidade de respostas mais abrangentes à Atenção Básica diante das demandas e necessidades dos usuários (BRASIL, 2011a).

A integralidade na prática da APS pressupõe um cuidado mais complexo do sujeito e da família, cuidado que parte do sofrimento e vai ao encontro da teia de relações causais e do contexto de vida das pessoas, proporcionando uma aproximação aos determinantes do processo saúde-doença, e deve ser o primeiro passo para o enfrentamento desses condicionantes em nível individual e coletivo (BRASIL, 2011a).

A Atenção Básica em Homeopatia, Acupuntura e Fitoterapia fundamenta-se no cuidado promotor de autonomia e empoderamento. Caracteriza-se pela confiança mútua, ao incluir o usuário como centro do processo de seu próprio cuidado. No momento da consulta, deverá ocorrer um encontro acolhedor entre o médico e o usuário, a família e/ou uma parcela da comunidade, capaz de ações de prevenção, maior adesão aos tratamentos recomendados e maior satisfação das pessoas.

Já na APS, a maioria das equipes ainda atua em programas e protocolos verticais que compartimentalizam a prática clínica, repercutindo num modelo rígido e fragmentado. Aliados a essa questão da cultura institucional de “verticalização” do cuidado, outros fatores interferem na qualidade do atendimento, quais sejam: a capacidade de escuta e de construção de vínculos positivos que considerem a singularidade de cada usuário; a resolutividade clínica; o suporte técnico-pedagógico para os profissionais; a gestão da agenda.

Essas necessidades, dificuldades ou limites das equipes de Atenção Básica diante das demandas e das necessidades de saúde levaram o MS a inserir diversas categorias profissionais, entre elas a dos médicos homeopatas e acupunturistas, na oferta de serviços de profissionais de saúde do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2012)

Nesse sentido, as PICs podem contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, ampliando as ofertas das USs bem como auxiliando na articulação com outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado das pessoas. Mas seria bem mais adequado se fossem organizadas tendo em vista o modo como Mendes (2011) define os Sistemas de Atenção à Saúde, ou seja, como respostas sociais visando atender as necessidades, demandas e preferências das sociedades, devendo ser articuladas pelas necessidades de saúde da população, que se expressam em situações demográficas e epidemiológicas singulares.

Em Vitória, observa-se que a Acupuntura e a Homeopatia foram organizadas de modo fragmentado, fortemente hegemônico, e instaladas num Centro de Especialidades que, como consequência, não consegue assistir de maneira contínua a população, pois não a conhece ou nem há uma população adstrita à responsabilização. Nesse caso, a atenção especializada é necessariamente regulada para melhor organização do serviço.

Dessa forma, surge a fragmentação da atenção, impondo uma estrutura hierárquica definida por níveis de “complexidades” crescentes, com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis. Esse sistema hierarquizado vigente no SUS se organiza segundo suas normativas em Atenção Básica, média e de alta complexidade, e equivocadamente se fundamenta em um conceito de que a APS é periférica e menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário (MENDES, 2011).

É necessário analisar a organização dos serviços de Homeopatia e Acupuntura em Redes de Atenção à Saúde, onde não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles, ou seja, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes.

Portanto, a Atenção Básica organizada em redes apresenta características de ser o espaço privilegiado para se desencadear a reorganização do sistema de saúde, no qual se incluem a Fitoterapia, a Acupuntura e a Homeopatia, de modo a absorver

grande parte das demandas de saúde mais prevalentes dos indivíduos e das coletividades, e de ter a sensibilidade de identificar e atender demandas por meio de abordagens intersetoriais e multiprofissionais para além dos paradigmas do modelo cartesiano e biomédico.

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada pelo Decreto n.º 5.813, de 22 de junho de 2006, constitui parte essencial das políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social, como um dos elementos fundamentais de transversalidade na implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2009).

O processo de formulação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos teve seus fundamentos na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que definiu como princípios orientadores:

- ampliação das opções terapêuticas e melhoria da atenção à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS;
- uso sustentável da biodiversidade brasileira;
- valorização e preservação do conhecimento tradicional das comunidades e povos tradicionais;
- fortalecimento da agricultura familiar;
- crescimento com geração de emprego e renda, redutor das desigualdades regionais;
- desenvolvimento tecnológico e industrial;
- inclusão social e redução das desigualdades sociais;
- participação popular e controle social (BRASIL, 2009, p. 12).

Diversos movimentos aconteceram após a aprovação do Programa. Com isso, espera-se que possamos superar o grande desafio de manter o Brasil como forte produtor de plantas medicinais, provedor mundial de matérias primas e alimentos, aliado à necessidade da conservação do meio ambiente. Nesse âmbito, as plantas medicinais são potentes fontes para a descoberta de novos medicamentos, essenciais para tratar muitas doenças da população brasileira atendida no SUS, o que pode resultar em menor dependência das multinacionais e redução dos custos na aquisição de medicamentos sintéticos.

Visando conjugar os conceitos e modos de cuidado voltados à interação do homem com a natureza para preservação da cultura tradicional e construção de ambientes saudáveis, bem como, a ação integrada de diversas secretarias de saúde, para a efetiva proteção da vida com qualidade, outra política amplamente difundida, que é fundamental para o SUS e está em convergência com a PNPIC, é a PNPS, que foi recentemente revisada.

A PNPS preconiza que se deva trabalhar com a análise da situação em saúde para eleger desafios específicos relativos à qualidade de vida e saúde da população e investir nos que estão definidos na sua agenda de prioridades. O MS propõe mudanças no sistema de atenção à saúde, impondo a desmedicalização e a reorientação dos serviços, de modo que possam acolher e apoiar indivíduos e grupos na construção da autonomia, aspecto em relação ao qual está em consonância com a PNPIC.

Além disso, ao adotar o empoderamento no planejamento e desenvolvimento de ações específicas de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família, reforça os objetivos da PNPIC, quando também define que se implementem ações intersetoriais para a saúde e qualidade de vida, bem como que se estabeleçam diretrizes para o desenvolvimento sustentável.

O desenvolvimento sustentável é um modelo que prevê a integração entre economia, sociedade e meio ambiente, definindo que o crescimento econômico deve levar em consideração a inclusão social e a proteção ambiental em consonância com a promoção da saúde.

No último objetivo da PNPIC, o MS enfatiza a importância do diálogo e envolvimento de todos, gestores, profissionais de saúde e usuários, nas escolhas e acompanhamento das políticas de saúde:

[...] 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 (BRASIL, 2006, p. 25).

Na lógica da participação social, ao propor, desde 2003, a PNH com objetivo de enfrentar o desafio de atentar para os princípios do SUS, naquilo que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, o MS reafirma a necessidade de dialogar, inovar e, além de tudo, criar espaço para novas tecnologias do cuidado, que sejam acolhedoras e incentivem a escuta e o equilíbrio (BRASIL, 2003).

O documento-base da PNH destaca que os valores que norteiam essa política são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos e a corresponsabilidade entre eles. Isso requer o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. A PNH é uma política transversal, por estar presente em diferentes ações políticas e estratégicas no campo da saúde, caracterizada pela indissociabilidade entre gestão e atenção (BRASIL, 2003).

Como tal, sugere a estratégia de escuta qualificada e acolhedora do usuário, de modo a trazer à tona as singularidades dos indivíduos e as particularidades das comunidades por meio da elaboração de projetos terapêuticos singulares, buscando a melhoria da resolutividade com eficiência e eficácia das ações, incentivando práticas que diminuam o consumo de medicamentos e fortaleçam o vínculo entre os profissionais da saúde e o usuário (CAMPOS, 2000).

A PNH converge para a PNPIIC quando propõe estratégias de operacionalização que visem lidar com as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços, como as filas de espera, implementar os mecanismos de comunicação e informação, incentivar práticas de acolhimento que levem ao melhor funcionamento dos serviços e ao acesso dos usuários aos diferentes níveis de atenção do sistema (MENDES, 2011).

O acolhimento é uma forma de receber todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, independentemente de suas queixas, para escutá-las e dar-lhes respostas resolutivas. Visa reorganizar o processo de trabalho, a fim de que a ação se desloque do foco do médico para o de uma equipe multiprofissional, de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde (BRASIL, 2003, p. 3).

Por ser o espaço onde ocorre a maioria das demandas por saúde dos indivíduos e da coletividade, onde as relações entre o usuário e o sistema se dão de forma interativa, a Atenção Básica possibilita que as ações em saúde sejam construídas com base no conhecimento da realidade do contexto em que os sujeitos estão inseridos (BRASIL, 2011a).

A PNH e a PNPS respeitam a singularidade dos sujeitos e a construção da sua autonomia. As PICs contribuem para isso quando são inseridas na Atenção Básica, uma vez que este território permite, pelo menos em tese, a expressão da complexidade e as singularidades dos processos de saúde e adoecimento dos sujeitos. No cuidado continuado e longitudinal das PICs, o restabelecimento do sujeito se dá por meio do reequilíbrio da saúde, considerando o seu contexto biopsicossocial para além da ausência de doenças.

A ação em saúde no âmbito das PICs, no contexto da humanização e da promoção da saúde na Atenção Básica, estimula as relações de vínculo entre os profissionais de saúde, os usuários e a rede de atenção, de forma contínua e com responsabilização. Além disso, favorece o cuidado e a atenção em diferentes fases da vida dos indivíduos e em suas necessidades por saúde, tendo como critério de eficácia a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

Vieira (2012), ao avaliar o serviço de Homeopatia de Vitória, evidencia que, apesar de a Homeopatia ser oferecida pela Rede Pública Municipal, ainda é pouco conhecida pelas equipes de referência e pouco utilizada pelos usuários das unidades, e afirma que a decisão dos gestores de centralizar o atendimento homeopático no CEMV prejudicou o atendimento, afastando o médico homeopata do meio em que o paciente vive, desconsiderando o princípio da integralidade do SUS.

Considera-se como critério de eficácia, a evidência de adoção de uma atitude mais positiva e pró-ativa do paciente consigo mesmo e com o meio em que vive, quando é atendido em alguma das PICs, o que aproxima a Fitoterapia, a Acupuntura e a Homeopatia, mais uma vez, dos ideários da APS, da promoção da saúde e da humanização (TESSER, 2012).

3 PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS, NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES

A experiência da inserção das PICs na trajetória do SUS é um novo paradigma de atenção à saúde e vem avançando na reorganização de serviços, na introdução de políticas de saúde que envolvem a escuta acolhedora, a desmedicalização, a promoção da saúde, o autocuidado e o protagonismo dos sujeitos.

Um modelo de atenção centrado nas práticas mais humanizadoras e empoderadoras, como é o das PICs, gera mudanças no processo de trabalho e requer um olhar dos gestores para o diálogo, considerando-se a política de saúde como produto do jogo de forças em que atores políticos disputam seus projetos. Logo, é necessária a reflexão sobre as possibilidades de novas composições da agenda política e dos interesses de vários setores sociais e profissionais (CAMPOS, 2000).

É possível uma mudança no perfil do modelo técnico-assistencial vigente. Ele será definido por todos aqueles que detêm o poder, já que, por um lado, os modelos são definidos por pressão de grupos políticos e, por outro, pelos trabalhadores que produzem os serviços e são dotados de grande autonomia no modo de trabalhar a assistência (MEHRY, 2003).

O compartilhamento dos sujeitos entrevistados na gestão do processo de trabalho e na escuta dos profissionais de saúde sobre os fatores facilitadores e as dificuldades na atuação cotidiana é fundamental para a valorização e empoderamento profissional nos espaços de trabalho, fortalecendo e reforçando o sentido de pertencimento. Os médicos entrevistados são potencialmente atores que poderão colaborar para a ampliação dos espaços de debate, com vistas à mudança do modelo hegemônico ainda vigente no SUS.

3.1 PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS ACUPUNTURISTAS

A Acupuntura faz parte da racionalidade médica integradora e vitalista da MTC. Seu tratamento tem a possibilidade de promover o contato e o aprendizado de novas formas de se pensar o corpo, a saúde e a doença, viabilizando ações promotoras de saúde (LUZ, 2005).

As abordagens mais holísticas das PICs, como a Acupuntura, se destacam pela diferente forma de lidar com o paciente, ao levar em conta aspectos mais sutis e subjetivos da vida que não se restringem apenas à patologia em si. Estudo realizado no SUS em Florianópolis mostrou que

[...] a maioria dos pacientes chegou à acupuntura na atenção secundária, quando outros tratamentos falharam, e em estágios avançados de adoecimento. Mesmo nesses casos, ela foi percebida pela maioria dos usuários com relativa eficácia sob vários aspectos, com melhoria de seus sofrimentos e quadros algícos e redução do uso de medicamentos (TESSER; SILVA, 2013, p. 2193).

As principais patologias tratadas pelos médicos acupunturistas do CMEV, segundo análise da produção médica, são doenças do sistema osteomuscular (CID-10 M), cefaleias (CID-10 G) e doenças do sistema nervoso (CID-10 F). Isso decorre dos bons resultados observados e conhecidos dessa prática na redução da dor e do consumo de medicamentos anti-inflamatórios, bem como na melhora do sono e na qualidade de vida. Além disso, essa prática pode contribuir para evitar os efeitos das intervenções em saúde, apoiando como complementares o ajuste de tratamentos alopáticos.

Os médicos acupunturistas entrevistados lotados no CMEV acompanharam a organização do processo de trabalho e a inserção das PICs, participando da elaboração do protocolo de encaminhamento para consultas em Acupuntura dos usuários da Atenção Básica e, também, de Oficinas e Fóruns sobre PICs planejados pela gestão municipal de Vitória.

Os médicos acupunturistas que atuam no SUS em Vitória reconhecem que existe uma discussão sobre o ponto de atenção das PICs. Inclusive, acompanham essa

inserção em diversos municípios. Além disso, participaram da elaboração do protocolo de encaminhamento para consultas em Acupuntura dos usuários da Atenção Básica em conjunto com técnicos da Coordenação de Regulação da Semus.

O médico entrevistado MA1 demonstrou ter algum conhecimento sobre como o SUS trabalha com a Acupuntura quando disse:

Talvez eu não tenha toda a dimensão, mas eu conheço outros municípios em que as práticas integrativas foram inseridas na Atenção Básica. Em Vitória, as práticas integrativas estão inseridas na atenção especializada. Existe uma discussão muito grande de como isso ficaria no município de Vitória. É o que eu sei. Como eu recebo o paciente? O paciente vem da Atenção Básica com um determinado questionamento, ou as especialidades pertinentes encaminham para a gente também. É sempre nesse processo. (MA1)

O entrevistado MA2 afirmou que está satisfeito com o trabalho que realiza no SUS com as PICs, o que é muito importante para o vínculo e para a atenção à saúde dos pacientes que aderem ao tratamento obtendo melhores resultados.

Primeiro, eu me sinto muito feliz de estar dentro do SUS praticando Acupuntura, que é uma prática integrativa. Eu sei que nesse momento há um grande incentivo às práticas. Eu também fico muito contente porque a prática que eu escolhi, que é a Acupuntura, é muito bem aceita e eu tenho muito êxito como médico. (MA2)

Consideramos que a participação dos médicos em reuniões e espaços colegiados é fundamental. Em Vitória, também participam desses espaços representantes dos médicos acupunturistas, porém, quando um médico trabalha em horário diferente daquele em que são realizados eventos e reuniões, ocorre prejuízo na troca de informações.

As possibilidades de diálogo também são prejudicadas, quando não são oferecidos materiais informativos ou manuais sobre os serviços, diferente do que ocorre quando os médicos estão nas USs da atenção primária e/ou na Estratégia Saúde da Família, onde se realizam com regularidade reuniões de equipe, diálogo entre os profissionais e oferta de materiais educativos produzidos pelo MS. Isso pode ser observado na fala do MA3, quando demonstrou desconhecimento sobre o modo

como as PICs são trabalhadas no SUS em Vitória: “*Não, não sei explicar a fundo como funciona. Sei sobre acupuntura e homeopatia... as outras terapias não*”. (MA3)

Nota-se que os médicos desconhecem como funcionam as ações em PICs na Atenção Básica e estão cientes somente das que dizem respeito ao serviço que atendem. Parece que ocorre um isolamento entre a prática desses médicos e outras realizadas nas USs. Isso suscita a importância do diálogo, a necessidade de realização de momentos de integração entre os profissionais de saúde da APS e os especialistas das PICs, bem como a importância de maior divulgação desses serviços em meios de comunicação, como na Intranet – Rede Bem-Estar.

O entrevistado MA4 comparou o modelo de atenção das PICs com o tratamento alopático, ao destacar que sua especialidade não realiza atendimentos como a Atenção Básica, que oferece um tempo de 15 minutos para consulta, e que, como especialista em Acupuntura, sua consulta oferece mais tempo para o paciente. Além disso, reconhece que o município de Vitória foi pioneiro na oferta de PICs, iniciando essas práticas muito antes da institucionalização da PNPIC e da regulamentação da especialidade médica:

Para mim é coisa recente. Eu trabalho na PMV desde 1992. Ainda a Acupuntura não era reconhecida como especialidade médica. Não tinha as PICs no SUS. Agora que está ampliando o número. É especialidade que não faz atendimento de massa. As pessoas querem número e obviamente a gente tem mais tempo para o paciente. (MA4)

Em Vitória, a Acupuntura tem sido muito referenciada pelos médicos da APS, principalmente para tratamentos associados à dor. É necessário, portanto, redimensionar o número de profissionais em Acupuntura suficiente para atender os usuários bem como ampliar o diálogo entre os médicos da Atenção Básica e os especialistas em Acupuntura. Embora não haja ainda uma Política Municipal de PICs institucionalizada, a gestão inovou em 2006, quando ampliou para seis o número de vagas em concurso público para médicos acupunturistas.

A gestão em PICs não pode acontecer somente pelo aspecto administrativo, mas também pelo diálogo e pela efetiva discussão com outras Referências Técnicas e políticas para a garantia da implantação dessas práticas. Isso é muito importante

para a mudança de lógica do modelo de atenção, a ampliação do diálogo e a relação institucional técnica.

Para os médicos entrevistados, ouvir e ser ouvido é um fator muito importante para sua atuação no atendimento médico e traz contribuições importantes para o desenvolvimento e a implementação do serviço. Ações nessa direção só foram instituídas em 2013, quando a gestão designou um profissional para assumir a Referência Técnica em PICs visando à construção da Política Municipal de PICs e a organização dos serviços.

O entrevistado MA2 reconheceu a existência de uma Referência Técnica das PICs e considerou que a gestão vem trabalhando para discutir o modelo dessas práticas, ao afirmar:

A própria Prefeitura de Vitória convida os médicos a participarem de atividades para que, na verdade, conheçamos como as práticas integrativas são vistas dentro do SUS neste momento. A própria Referência Técnica em PICs realiza oficinas para que se discuta o melhor modelo de PICs. (MA2)

Os médicos acupunturistas que atuam no CMEV como especialistas interagem com os demais médicos do mesmo serviço e também com os profissionais das equipes de referência das USs da Atenção Básica através da Rede Bem-Estar. Entretanto, há necessidade da realização de momentos de integração e trocas com outros médicos, visando, inclusive, à difusão dos conhecimentos para fortalecimento das PICs. Isso pode ser observado na fala do entrevistado MA3:

Eu tomo conhecimento pelos colegas médicos, pelas experiências (retorno) dos pacientes. Eu tenho a impressão de que a Acupuntura e a Homeopatia estão mais divulgadas, mas as outras práticas estão mais atrasadas com relação à divulgação. (MA3)

A PNPIC foi instituída em 2006, mas a oferta de consulta em Acupuntura em Vitória havia iniciado em 1992. À época, a gestão inovou e seguiu a recomendação da Resolução CIPLAN n.º 08/88, que definia as normas para implantação de PICs nos serviços de saúde. No entanto, a Política Municipal de PICs ainda não foi institucionalizada na Rede Municipal de Saúde. O entrevistado MA4, por exemplo,

afirmou desconhecer as informações das diretrizes e dos objetivos dessa Política bem como o plano de ação da Semus.

Embora exista representante da Acupuntura no Colegiado do CMEV, são poucas as informações sobre as questões da gestão em PICs dirigidas aos médicos acupunturistas, conforme afirmou o entrevistado MA4: *“Teve recentemente encontro e foi distribuído folhetinhos. Fora isso, não tem informação. A gente cumpre as horas de trabalho, mas não tem acesso a informação”*. (MA4)

Existe uma distância que necessita ser corrigida para o amplo avanço das PICs na experiência analisada do SUS. A informação e a participação na gestão são fundamentais para que os profissionais se sintam corresponsáveis pelo processo de construção de políticas, cujas ações serão desenvolvidas por eles. Esse processo de disseminação e difusão vem acontecendo há pouco tempo, já que a necessidade de institucionalização de uma Política Municipal de PICs só foi definida pela gestão em 2013.

Diversos estudos apontam a importância e as possibilidades da Acupuntura na atenção à saúde, para resolução e tratamento de doenças no âmbito do SUS. Nos relatos dos médicos, podemos observar o modo como a Acupuntura tem sido importante para o sistema de saúde, ao reduzir a medicalização excessiva e promover a prevenção quaternária.

Nesse sentido, Tesser e Souza (2012) observam que é necessário proteger os pacientes de tratamentos excessivos. A prevenção quaternária seria uma forma de detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo voltada para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. A amplitude e as exigências éticas, filosóficas e técnicas da sua incorporação à prática médica desdobram-se em vários aspectos e exigem conhecimento científico sólido e resolubilidade.

O entrevistado MA1, ao afirmar que a Acupuntura faz um resgate do paciente para ele mesmo, disse que o tratamento promove uma mudança de paradigma do modelo hegemônico, biomecânico, centrado nas doenças. O protagonismo do sujeito passa a ser o pilar do tratamento, ou seja, o usuário passa a ser o centro do cuidado.

Com a eficácia do tratamento pela Acupuntura, o paciente vai percebendo como seu organismo funciona e a importância da sua postura ativa no autocuidado. Além disso, assume-se como protagonista na busca pela resolução dos seus problemas de saúde, ampliando o vínculo e reivindicando a garantia da oferta de serviços em PICs, nos territórios de saúde, conforme confirmou MA1:

AS PICs auxiliam no resgate do paciente a ele mesmo, devolvem ao paciente a responsabilidade sobre a saúde dele. O profissional pode explicar para o cliente que é o próprio corpo agindo a favor dele... não ficar só na atitude passiva de paciente. (MA1)

Observamos uma atitude pró-ativa por parte dos médicos para a expansão das PICs no SUS e a ampliação da divulgação da oferta dessas práticas. Dessa forma, eles estão participando ativamente da gestão das PICs, colaborando para a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças. É o que percebemos na fala de MA2:

No meu entendimento, existe a possibilidade de expansão, de maior divulgação de todas as práticas integrativas e complementares dentro do SUS. A possibilidade é que tenha maior alcance para que as pessoas possam se sentir melhor e viver mais saudáveis. (MA2)

De acordo com diversos estudos científicos, a Acupuntura pode ser a primeira opção de tratamento para atendimento na Atenção Básica. Entretanto, por estar inserida no CMEV como especialidade médica e por ter seus encaminhamentos controlados pela Gerência de Regulação, torna-se necessário que o paciente, para começar o tratamento, seja encaminhado ao acupunturista por um profissional médico. No entanto, o profissional que decide sobre esse encaminhamento muitas vezes está grandemente influenciado pelo paradigma biomédico e cartesiano.

Quando o médico MA4 afirmou que o paciente é encaminhado no fim da linha, após ser submetido a diversos medicamentos sem obter resultados satisfatórios, assumiu que a Acupuntura está deslocada do seu momento ideal, que deveria ser no início do cuidado, ou seja, na APS, pois somente dessa forma é que iria promover a saúde, reduzir os danos provocados pelos medicamentos sintéticos e promover a prevenção quaternária.

Eu acho muito importante. A Acupuntura, falando da minha especialidade, entra como um tratamento complementar, mas também pode ser um tratamento principal em muitas patologias. Eu vejo que, por ela ter efeitos colaterais mínimos, os pacientes dão menos entradas em pronto-atendimento, pronto-socorro. Acho muito importante isso acontecer. A Acupuntura pode ser um tratamento coadjuvante também. Porém, o paciente não é encaminhado para nós dessa forma. O paciente é encaminhado para a gente como o fim da linha. Doenças crônicas e agudas (complicadas) são difíceis para o tratamento. (MA3)

A medicalização social vem crescendo assustadoramente nos últimos anos, considerando-se o avanço das tecnologias e os procedimentos centrados em várias técnicas de intervenção, já que medicamentos e cirurgias são considerados como terapêutica real baseada em evidências. Outras técnicas de intervenção muitas vezes não são consideradas nem têm o mesmo *status* teórico que as tecnologias “duras” da biomedicina (MEHRY, 2003).

Em sua fala, o entrevistado MA4 afirmou que a Acupuntura consegue ajudar muitos pacientes que vão em busca de tratamento para seus problemas crônicos de saúde com a escuta acolhedora, que avalia o sujeito de forma integral, e o fortalecimento do autocuidado.

Considero primordial, excelente! Consegue ajudar muito os pacientes, mesmo os crônicos, que se sentem mais acolhidos, têm mais tempo... A gente pode diminuir o número de analgésicos. A pessoa toma menos remédio, são menos efeitos colaterais, menos gente no SUS tumultuando... só vem agregar. (MA4)

Estando a Acupuntura na Atenção Básica, poder-se-iam reduzir os encaminhamentos para especialistas diversos, a medicalização e os valores gastos com o consumo de medicamentos sintéticos, procedimentos que não satisfazem o usuário, que a eles recorre ou para os quais é muitas vezes encaminhado, sem que chegue a alcançar a saúde que deseja.

Quanto aos fatores facilitadores para a resolubilidade dos problemas de saúde tratados pela Acupuntura, os médicos acupunturistas entrevistados acreditam que é um tipo de tratamento dos mais aceitos e institucionalizados da MTC, por ser centrada no cuidado da pessoa, no estímulo ao potencial de autorregulação e autocura do organismo. Referindo-se a essa resolubilidade está a fala do

entrevistado MA1: *“Chegar mais cedo ao paciente, não esperar, talvez, todas as possibilidades terapêuticas serem esgotadas. É nessa hora que eu me lembro das práticas. Se isso acontecesse, talvez o paciente não chegasse tão crônico aqui.”*
(MA1)

Os entrevistados enfocam a hipótese de que a Acupuntura encurta caminho, caso o paciente seja atendido precocemente, evitando a cronicidade e o prolongamento da doença, e apontam que deve ser utilizada também para prevenir e reduzir o adoecimento. Nessa lógica, a APS é o lugar mais favorável para a MTC e Acupuntura, pelo acesso mais fácil, pela longitudinalidade, pelo maior contato com os médicos da Atenção Básica, que poderão, em conjunto, tratar e acompanhar o paciente e reduzir significativamente a medicação alopática.

Na análise dos entrevistados, a Acupuntura é uma possibilidade terapêutica que, para reduzir as complicações, deve ser usada no início do adoecimento. Podemos inferir, com base na opinião dos médicos MA1 e MA2, que essa prática ficaria mais bem instalada na APS:

É uma prática simples e nada onerosa para a municipalidade ou para qualquer outra instituição que queira instituir a Acupuntura. Você encurtar o caminho de chegada até o profissional é um canal excelente para que você torne a prática da Acupuntura muito mais acessível ao maior número de pessoas. (MA1)

A Acupuntura leva em consideração todos os aspectos que diz respeito à vida de um indivíduo, e não somente ao que ele me traz como uma queixa. Para mim, só o fato de você acolher e ter essa visão mais ampla de quem está diante de você, da pessoa que você está atendendo, só isso já faz parte do êxito terapêutico. (MA2)

Tesser e Silva (2013) afirmam que a Acupuntura tem uma distinta concepção de saúde vitalista da MTC, e suas diversas modalidades de cuidado são potenciais recursos desmedicalizantes, empoderadores e enriquecedores das experiências de cuidado no SUS, que promovem maior integralidade na abordagem do diagnóstico da doença e tratamento.

Podemos inferir, da opinião do entrevistado MA3, quando citou as potencialidades da Acupuntura, que essa prática cumpriria melhor sua principal finalidade, que é

promover a saúde e prevenir doenças, se o paciente fosse tratado, desde o início da doença, na APS:

A Acupuntura é um tratamento que evita o paciente adoecer. O ideal seria que a Acupuntura fosse um tratamento de prevenção. Ajuda o paciente a controlar doenças crônicas, tomar menos medicação, ter menos efeitos colaterais [...]. A Acupuntura entra muito bem nessas questões aí, de como tratar a raiz dos problemas, e não a manifestação. (MA3)

Na análise do entrevistado MA3, a Acupuntura consiste em uma possibilidade terapêutica que evita o adoecimento, que previne doenças e que controla as doenças crônicas, com a redução de medicações e dos seus efeitos colaterais e a potencialização dos medicamentos alopáticos, atuando de maneira complementar e integrativa. Conseqüentemente, as complicações diminuiriam e os custos do tratamento também.

O entrevistado MA4 citou a potencialidade da Acupuntura como método que reduz o uso de medicamentos sintéticos nos tratamentos de doenças crônicas, como a asma, quando afirmou:

Um paciente asmático faz uso de broncodilatador, corticoide. No uso de Acupuntura passa a ficar mais equilibrado, melhorar, antes de ficar grave. Sem falar que a Acupuntura potencializa o efeito dos medicamentos alopáticos. (MA4).

A Acupuntura é uma PIC com amplas possibilidades e potencialidades de tratamento e cura de doenças. Vem sendo cada vez mais procurada pelos usuários e aconselhada pelos médicos. No encaminhamento para consulta médica em Acupuntura, estes consideram o relatório da fila de espera, elaborado pela Coordenação de Regulação da Semus de Vitória. Conseqüentemente, a gestão deve estudar meios para garantir a ampliação do acesso a esse tipo de tratamento.

Observamos que os médicos acupunturistas conhecem bem as dificuldades de acesso dos usuários ao tratamento, haja vista a proposta de ampliação do número de vagas e de médicos para essa área, bem como a divulgação das possibilidades de tratamento por Acupuntura na Rede Municipal de Saúde, para evitar que certas doenças se prolonguem e afetem mais a saúde tornando-se mais difíceis de tratar. Sobre essas questões, os entrevistados expuseram:

Ampliando o número de vagas para o paciente chegar. Ampliando o número de profissionais também. MA1

Na verdade, o grande problema é a pouca divulgação da Acupuntura. Muitas vezes o paciente chega em uma condição crônica, de difícil tratamento. O que acontece é que o colega médico só indica a Acupuntura em último caso, quando o paciente já esgotou a especialidade do colega. Aí é que ele encaminha. Aí já perdeu muito tempo. O paciente piorou, às vezes já está com uma doença estrutural. Eu acho que o paciente deveria ser encaminhado antes. MA3

A demora no atendimento pela Acupuntura e o fato de o tratamento ser limitado a dez consultas na atenção secundária ou especializada fazem com que grande parte da clientela chegue tardiamente para início do tratamento, dificultando ainda mais a situação de saúde. Isso fortalece a ideia de que a Acupuntura precisa ser mais difundida na APS, conforme diretriz da PNPIC, ou seja, estando na APS, a Acupuntura tornar-se-á mais um recurso terapêutico apropriado e incorporado pelos profissionais. Conseqüentemente, será difundida ainda mais.

Outro ponto importante detectado diz respeito à sugestão do médico acupunturista MA4 em divulgar a Acupuntura na APS e ampliar o acesso ao usuário. Isso evidenciará ainda mais a necessidade de inserção dos acupunturistas nas equipes da APS e de diálogo entre elas, considerando-se o momento atual de institucionalização da Política Municipal de PICs: *“O acesso tem que ser divulgado... que existe Acupuntura no SUS... Orientar os clínicos para encaminhar os pacientes, explicar o que pode ser tratado pela Acupuntura, e assim ele iria ter entendimento sobre Acupuntura”*. (MA4)

Além disso, para implementação das PICs no Plano Municipal de Saúde e do planejamento das ações para os anos futuros, a gestão deverá analisar a possibilidade de ampliação do número de vagas para médicos acupunturistas no SUS em Vitória.

Considerando que, em geral, a Acupuntura apresenta poucas limitações e poucos riscos ou efeitos colaterais, o entrevistado MA1 associou a fragilidade maior do processo de gestão das PICs à questão da divulgação, do acesso com demanda reprimida e do pouco conhecimento dos outros médicos da Rede Municipal de Saúde sobre as possibilidades da Acupuntura.

A fragilidade eu acho que é a falta de informação. Isso é um processo que nós, das práticas integrativas, devemos exercer... de divulgação. A fragilidade está em pensar nas práticas só em último caso, ou quando nada funciona. Essa fragilidade atrapalha o paciente. A questão da acessibilidade também é uma fragilidade. Se eu tenho um serviço que eu demoro muito a chegar, demonstra uma fragilidade. MA1

Outra questão abordada diz respeito ao método, por ser a Acupuntura um procedimento invasivo, eficiente, e serem poucas as desistências dos usuários, mesmo que no tratamento sejam usadas agulhas filiformes, o que, na opinião do MA2, pode afastar os pacientes que temem agulhas:

A Acupuntura é um método invasivo e envolve riscos. Na minha prática, a aceitação é excelente, 99,99% das pessoas que passam por mim continuam a fazer o tratamento. Acredito que por ser uma prática invasiva é um ponto frágil. Na minha prática, é muito difícil o paciente desistir. Há uma resposta rápida. MA2

Para o entrevistado MA3, além do número insuficiente de médicos acupunturistas, há o desconhecimento da racionalidade médica chinesa e a necessidade de aproximação do saber dos médicos que a vivenciam com o saber dos médicos da medicina convencional, o que confirma a nossa hipótese de que a Acupuntura precisa estar mais próxima dos profissionais das equipes de Referência e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Há uma defasagem no quadro de profissionais acupunturistas. Eu fico chateado um pouco, porque há colegas que escrevem Acupuntura errado. Isso eu acho inaceitável. [...] Falta uma divulgação do que a Acupuntura trata [...] Talvez, se a gente conversasse mais dessa forma, nós conseguiríamos ter um diálogo, uma interação melhor com os colegas médicos. Nós podemos vivenciar a medicina tradicional chinesa entre nós, mas na hora de dialogar é complicado. Acho que cria um pouco de barreira. Quando o paciente é encaminhado para a Acupuntura, ele vem bem, aceita bem. Falta ser encaminhado, e não tardiamente. (MA3)

O acesso tem que ser divulgado... que existe Acupuntura no SUS... Orientar os clínicos para encaminhar os pacientes. Explicar o que pode ser tratado pela Acupuntura e assim ele iria ter entendimento sobre Acupuntura. O especialista também pode encaminhar, mas até chegar no especialista vai demorar. (MA4)

O entrevistado MA4 vinculou a ampliação do acesso à divulgação da oferta dos serviços de Acupuntura para os médicos bem como do que pode ser tratado. A esse respeito, afirmou que os médicos da Estratégia Saúde da Família desconhecem os

benefícios da Acupuntura, os estudos científicos sobre o tema e o protocolo de regulação de encaminhamento para Acupuntura, que está disponível na Rede Bem-Estar.

O fato de a Acupuntura não estar inserida na grade curricular dos cursos de graduação da área da saúde aumenta ainda mais o desconhecimento sobre o assunto, reforçando conseqüentemente a necessidade de se promover a ampliação do diálogo e a aproximação dos saberes das PICs com os saberes da medicina convencional na Rede Municipal de Saúde, o que pode ser feito através da realização de cursos, oficinas e seminários para fortalecimento da educação permanente, visando às trocas de saberes e fazeres.

As potencialidades da Acupuntura na atenção à saúde são muitas. Estudos realizados por Tesser e Silva (2013) apontam que a maioria dos pacientes entrevistados chegou à Acupuntura na atenção secundária, quando outros tratamentos falharam, e em estágios avançados de adoecimento. Mesmo assim, a maior parte dos usuários entrevistados percebeu melhora relativa dos seus sofrimentos, redução da dor e do uso de medicamentos, com redução dos custos para o SUS.

O entrevistado MA4 confirma a teoria acima, quando afirma:

Com o tratamento pela Acupuntura, o paciente vai ficar mais tempo sem crises de asma. Então, para a PMV, não vai tumultuar as filas e vai reduzir os custos. A coisa mais difícil é falar que não valeu de nada... e melhora, coisas que nem relatou durante a consulta. (MA4)

Os avanços das pesquisas para descoberta de medicamentos sintéticos apontam para sua eficácia, porém esses medicamentos sempre amedrontam e causam efeitos colaterais, que aumentam com a cronicidade do uso. Nesse caso, a Acupuntura pode ser um tratamento complementar, propiciando redução do uso de sintéticos, promovendo a saúde e a qualidade de vida dos usuários, conforme afirmou o entrevistado MA3:

Nossas potencialidades são muitas, tanto na saúde mental, entrando como coadjuvante, como tratamento complementar da psiquiatria ou da psicologia [...]. Só o fator de não ter praticamente contraindicações... O interessante

para o paciente é não ter a doença “cronificada” e complicada. A Acupuntura tem uma resposta muito boa em pacientes reumatológicos, no controle da dor em pacientes ortopédicos e reumatológicos, nos distúrbios do humor. MA3

Por ser eficaz, o tratamento com Acupuntura é bem aceito, conforme observou o entrevistado MA2, ao afirmar que os pacientes aderem ao tratamento da Acupuntura e não faltam às consultas, percebendo a resolubilidade do tratamento: “*Medicina extremamente barata... Aceitação grande por parte da população, dentro do município de Vitória. Em relação às outras, elas faltam menos*”. MA2

A Acupuntura é uma abordagem terapêutica mais integral, holística, que avalia o processo saúde-doença de forma diferente da alopatia, não objetivando nem materializando os problemas e os usuários, não provocando iatrogenias e levando o paciente a refletir sobre a sua vida, sobre o modo como se cuida e sente o adoecimento. De uma forma mais humana e integral, promove o autocuidado e a saúde, conforme afirmou o entrevistado MA1:

A questão de resgatar o indivíduo como um todo... Resgatar a promoção à saúde. Não cuidar só de doença. Resgatar a integralidade, resgatar o baixo custo. Resgatar uma boa relação médico-paciente. Resgatar o indivíduo com ele mesmo. Então, são potencialidades essenciais. MA1

Constatamos, assim, que os médicos acupunturistas estão dispostos ao desafio de dialogar com os médicos da APS, visando orientar melhor sobre as potencialidades da Acupuntura, para redução de complicações, para o olhar integral e humanizado necessário voltado a compreender o sofrimento dos pacientes e tratá-los integralmente.

3.2 PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS HOMEOPATAS

A Homeopatia é um método terapêutico que oferece uma abordagem capaz de facultar e facilitar ao médico uma ampla margem de protagonismo na propedêutica, de modo sistemático, detalhado e disciplinado. Colabora na relação médico-paciente, pois apreende características muito pessoais do adoecimento do indivíduo para definir o medicamento homeopático. Assim facilita ao paciente a autorreflexão e o autoconhecimento e auxilia na cura (LUZ; CAMPELLO, 2012).

Conforme afirmam Luz e Campello (2012), a terapêutica homeopática no SUS busca reduzir os agravos, a medicalização social, visando à modificação da causa original do adoecimento, e reequilibra o organismo, para que se conserve a vida com sensação de satisfação e bem-estar. Ou seja, promove a saúde, respeita as necessidades individuais e garante o acesso gratuito a uma racionalidade muito praticada nos consultórios privados.

A Homeopatia fortalece os princípios do SUS da integralidade, compreendendo o sujeito como unidade indivisível, que não deve ser diagnosticado como portador de uma doença específica, como faz a alopatia; da equidade, dimensionando a atenção às necessidades de saúde da população, respeitando as diferenças individuais; e da universalidade, garantindo o acesso a essa racionalidade como direito de exercício de cidadania (SANTANA; HENNINGTON; JUNGES, 2008).

Para que participem efetivamente do SUS, é fundamental que os trabalhadores envolvidos com o tema de PICs conheçam as diretrizes da PNPIC e compartilhem os espaços instituídos para fortalecimento das ações e metas do Plano Municipal de Saúde.

Desde quando foram efetivados, os nove médicos homeopatas concursados propuseram a realização de reuniões de estudos semanais, de duas horas de duração, o que foi acatado pela gestão, considerando que ainda não havia grande demanda. Atualmente, com a solicitação de demissão de dois médicos homeopatas e a aposentadoria de outro, ocorreu redução do número de vagas para consultas. Com o aumento da divulgação, a essa altura já havia uma fila de espera de cinquenta pacientes, segundo informação da Gerência de Regulação, Controle e Avaliação da Semus.

Observa-se que há interesse e ao mesmo tempo participação dos médicos entrevistados quanto ao conhecimento da Política, o que pode ser confirmado quando afirmam:

Conheço tanto a Portaria como a forma de se trabalhar no Estado e no município. (MH1)

Trabalho com as práticas integrativas e complementares tanto no Estado quanto aqui. Estou inserida nesse contexto. (MH3)

Ideia geral... tenho acompanhado a questão das Políticas. (MH4)

A comunicação e a circulação de informações são fundamentais para a capacitação e educação permanente. A gestão municipal instituiu instâncias na Semus, como Referências Técnicas, Colegiados, Grupos de Estudos, Escola de Saúde do SUS, visando ampliar a circulação de informações, que são disponibilizadas de diversas formas, além do apoio institucional.

Entretanto, ao serem perguntados sobre como têm sido informados sobre as PICs, os entrevistados, na maioria, demonstraram não perceber nem reconhecer os espaços garantidos e instituídos em Vitória nesse sentido quando afirmaram:

Não existe muita divulgação aqui na PMV, um pouco... A gente conhece colega que trabalha no Centro Regional de Especialidades do Estado. E ela nos informa. (MH4)

No meu trabalho, a gente tem um grupo de estudo lá no Estado. A gente fala sobre isso, as informações chegam até a gente. Você procura trabalhos que estão aí na internet, você lê a respeito. (MH3)

Por meio de colegas. Não tem nenhum informativo. [...] Ainda é muito pouco o que a gente sabe. (MH2)

Entre 2012 e 2014, ocorreram diversos espaços de cogestão, como as reuniões de Colegiado Gestor do CMEV, cursos anuais de capacitação em Fitoterapia, dois fóruns municipais sobre as PICs e três oficinas para diálogo sobre essas práticas. Entretanto, três entrevistados não fizeram referência a esses espaços. Isso pode indicar que a gestão deve repensar a dinâmica de gestão do processo de trabalho dos profissionais entrevistados, dialogar com a direção do CMEV quanto à organização do trabalho dos médicos homeopatas e refletir sobre as dificuldades de comunicação e de entendimento dos profissionais para contornar essa situação.

Apenas um entrevistado MH1 identificou e demonstrou apropriação dos espaços de cogestão, quando afirmou:

Na verdade, a gente sempre tem esse grupo de estudos com troca de ideias de prática e de teoria. Aqui nas reuniões, a gente tem a possibilidade de conhecer as outras práticas, a Acupuntura e a Fitoterapia. Mas há algumas inserções que existem no site da Prefeitura. Algumas coisas como o que foi noticiado sobre a Acupuntura. São os caminhos: meio eletrônico, as oficinas e reuniões. MH1

Para o médico homeopata, a doença se inicia quando qualquer agente (noxa) externo ou interno atinge o indivíduo, e a harmonia passa a ser influenciada pelo agente hostil. É nesse caso que a energia vital muda seu equilíbrio, provocando no organismo sensações desagradáveis e de adoecimento. Portanto, para o homeopata, o restabelecimento da saúde se dá através do medicamento homeopático escolhido, visando reorganizar a harmonia do corpo por meio do desaparecimento de sintomas como um todo (SANTANA; HENNINGTON; JUNGES, 2008).

O entrevistado MH1 manifestou-se favorável ao uso dos medicamentos homeopáticos, relevando, em sua fala, a contribuição da Homeopatia na promoção de uma mudança na visão dos profissionais, tornando-os capazes de compreender o adoecimento e de estabelecer um novo paradigma de prática:

Eu acho que ela tem uma grande contribuição. Não só na mudança da visão do profissional como um todo, independente de ser um médico que atua diretamente nas práticas, como os outros profissionais, enfermeiros, agentes de saúde. Pode mudar tanto a visão como a compreensão de adoecimento. [...] Compreender o processo de doença e estabelecer um novo paradigma de prática dos profissionais. (MH1)

O tratamento homeopático melhora a saúde e reduz os agravamentos das doenças, portanto, o valor e a importância da atenção em Homeopatia no SUS. Luz (2012), ao definir a saúde como equilíbrio do princípio ou força vital, afirma que a Homeopatia trabalha com a concepção positiva de saúde e tem sua abordagem voltada para estimular a autonomia dos sujeitos.

Os médicos homeopatas podem analisar e realizar acompanhamentos dos pacientes tratados na APS, principalmente para reduzir o número de internações e o consumo de medicamentos, o que pode ser considerado um indicador de avaliação, conforme afirmou o entrevistado MH3: “A gente nota que os pacientes que se tratam com alguma prática integrativa procuram menos os serviços de emergência e

urgência. Isso, se for medido o custo para o Estado, para o município, diminui muito". (MH3)

Para Teixeira (2007), o médico homeopata entende o processo de adoecimento como um enfraquecimento dos mecanismos fisiológicos normais de adaptação e compensação. Esse desequilíbrio provoca sintomas (sentimentos, sensações, desejos e aversões, predisposições climáticas, aspectos do sono e aspectos clínicos habituais) através dos quais o profissional faz o diagnóstico, escolhe e prescreve os medicamentos homeopáticos.

Hahnemann, descobridor e idealizador da Homeopatia, defendia a medicina centrada no social. Era um médico com uma visão, hoje denominada de ecologista, que valorizava a prevenção e a redução de danos. Defendia o princípio da integralidade muito antes do SUS, quando incorporou aspectos antropológicos, sociológicos e psicológicos na compreensão do binômio saúde-doença, empregando conceitos do modelo médico vitalista:

No estado de saúde do indivíduo reina, de modo absoluto, a força vital de tipo não-material que anima o corpo material (organismo), mantendo todas as suas partes em processo vital admiravelmente harmônico nas suas sensações e funções, de maneira que nosso espírito racional, que nele habita, possa servir-se livremente desse instrumento vivo e sadio para um mais elevado objetivo de nossa existência (HAHNEMAN, 1995, p. ___).

O médico homeopata, segundo Teixeira (2007), deve observar, no processo de adoecimento, que ocorre uma redução dos mecanismos fisiológicos de adaptação e compensação. Este desequilíbrio provoca sintomas, tais como sentimentos, sensações, desejos e aversões, aspectos do sono e aspectos clínicos habituais, e possibilita um diagnóstico do doente e não da doença propriamente dita.

A resolubilidade dos problemas de saúde deve estar pautada na relação médico-paciente, que pode melhorar a aderência ao tratamento, a satisfação do usuário e até sua recuperação. A relação médico-paciente é uma relação social importante e influenciada pelas relações de trabalho, ou seja, se houver baixa qualificação no atendimento ao usuário, ou do usuário ao profissional, isso impactará negativamente e interferirá no tratamento (TESSER; SOUZA, 2012).

O modo como os problemas de saúde dos pacientes são assistidos pelo modelo de atenção centrado no método biomédico, que difere do atendimento oferecido pelo médico homeopata, pode interferir na resolubilidade. No modelo biomédico, o caso é referenciado pelos protocolos de diagnóstico e tratamento de doenças definidos pelo conhecimento dominante, modelo que atribui aos doentes apenas as queixas físicas. A demanda subjetiva e pessoal não é observada nem analisada e faz com que o indivíduo continue se queixando e voltando muitas vezes ao serviço de saúde, onerando o sistema (LACERDA, 2002).

No SUS, urge um modelo de atenção que respeite e acolha o usuário na sua totalidade, de modo integral, o que certamente, de acordo com o pensamento de Hahnemann (1995), seria o ideal. O entrevistado MH1 abordou essa questão quando afirmou que a consulta homeopática promove o autoconhecimento e permite que o paciente possa sentir-se coparticipante e protagonista de seu cuidado:

O autoconhecimento do indivíduo, a auto-observação... Isso por si só já faz com que o indivíduo mude a sua forma de ver e se inserir no contexto. Isso é um aspecto. A própria relação com o profissional. Uma confiança maior, um vínculo maior com a Unidade de Saúde e com o médico das práticas propriamente ditas. Acho que uma das grandes contribuições é a modificação desse indivíduo e como ele se observa como sujeito. Ele se torna responsável também pelo seu tratamento, como ele se sente mais valorizado como usuário. (MH1)

Dessa forma, o médico homeopata analisa essa totalidade de sintomas na anamnese para o diagnóstico, com vistas à escolha e prescrição dos medicamentos homeopáticos preparados e elaborados de modo técnico e definido. Com mudanças na energia vital, o medicamento poderá mudar a condição do paciente, conforme disse o médico entrevistado MH2: *“Trazer o equilíbrio do indivíduo. A nossa intervenção é um dos caminhos, não é a solução total, mas tem toda uma importância”*. (MH2)

A totalidade de sintomas característicos na individualidade do doente precisa ser valorizada pelo médico homeopata, que deverá entender a doença e o doente, seja para a análise da doença, seja para a escolha do medicamento. O profissional precisa priorizar as manifestações sintomáticas do estado psíquico-emocional do

paciente porque há uma concepção psicossomática ou holística do adoecimento humano. (SANTANA; HENNINGTON; JUNGES, 2008).

O exercício da escuta no momento da consulta é atribuição do médico, que, de modo humanizado, deve ouvir com interesse seus pacientes. Ouvir é uma habilidade a ser cultivada para o exercício profissional do homeopata, pois aprimora a pessoa do médico, dá mais satisfação profissional, além de aumentar também a satisfação de seus pacientes (TEIXEIRA, 2007).

A medicina homeopática pode ser resolutiva sob o aspecto da escuta acolhedora. O médico entrevistado MH4 afirmou que, muitas vezes, essa escuta feita durante a consulta já resulta em melhora clínica, mesmo não sendo escolhido o medicamento correto, e que a potencialidade maior é não prejudicar. O homeopata afirmou que essa escuta acolhedora pode fazer desaparecer os sintomas do paciente:

Eu acho que a Homeopatia consegue permear esse processo porque ela ouve, e essa é a grande jogada. [...] Mais de 60% dos casos que a Homeopatia resolve é porque a gente ouve, e não porque o medicamento está certo. Você tem que estar atento para não prejudicar. (MH4)

O médico homeopata deve esforçar-se para conhecer as características individuais do paciente, realizando uma anamnese detalhada e humanizada, interessando-se por todas as nuances do paciente, como sua história de vida, sua personalidade, buscando enxergar a dimensão pessoal do outro de forma integral.

Durante a consulta homeopática, o médico realiza as perguntas sobre o estado físico e emocional do cliente e adota uma atitude mais observadora, que permite ao paciente uma nova compreensão de si mesmo e da realidade à sua volta, tornando-o mais consciente de seu estado e mais responsável pelo seu próprio papel na melhoria de sua condição de vida.

Considerando-se as interfaces das políticas de promoção e de ABS, em cujo território ocorre a maioria das demandas dos indivíduos e da coletividade e as relações entre o usuário e o sistema se dão de forma interativa, possibilitando que as ações em saúde sejam construídas a partir do conhecimento do contexto em que os sujeitos estão inseridos, a Homeopatia contribuirá mais, se inserida na Atenção

Básica, uma vez que o território de saúde permite a clínica ampliada, a expressão da complexidade e as singularidades dos processos de higidez e adoecimento dos sujeitos (BRASIL, 2011a).

O relato dos entrevistados apontou para a importância da Homeopatia na Atenção Básica, na prevenção e promoção da saúde, uma vez que o paciente é tratado e é respeitada a integralidade do cuidado, passando o paciente a ser o protagonista de seu próprio cuidado. Na opinião dos entrevistados MH1, MH2 e MH3, a Homeopatia é resolutiva, e a metodologia da consulta homeopática pode ser adotada na atenção primária ou na Estratégia Saúde da Família:

Ela pode atuar tanto no nível primário, quanto no nível secundário. Pode fazer uma abordagem na unidade de saúde... pode fazer uma "medicina de família" com Homeopatia, atenção primária propriamente dita, [...] você pode fazer uma atenção especializada e também preventiva de alterações de doenças mais crônicas, numa fase regenerativa de um paciente. Isso pode contribuir na aceleração do processo de melhora dele. (MH1)

Eu acho que é o entendimento do indivíduo como um todo. Ele passa a se conhecer melhor. Quando ele se conhece, a possibilidade dele melhorar a saúde dele como um todo é muito grande. (MH2)

A Homeopatia, basicamente, pode ser preventiva e curativa. Como ela abrange o indivíduo na totalidade, observando as suas partes, eu acho que o paciente se sente acolhido, se sente visto como um todo. Muitos pacientes chegam e falam para a gente: "Nunca ninguém conversou comigo dessa forma. Eu vim aqui porque eu estou com uma dermatite. Mas ninguém nunca avaliou a minha angústia, o meu ser total". (MH3)

O modelo centrado na alopatia, de visão biológica, materialista, embora prevalecendo politicamente e ideologicamente, não trouxe avanços à Saúde Pública e não mudou os determinantes sociais nem o processo saúde-doença. O resultado disso é uma população insatisfeita com o sistema de saúde, que gera custos altos e em que os pacientes não se sentem confiantes (TESSER, 2012).

A Homeopatia, com seu modo específico de ouvir e tratar as pessoas, privilegiando o vínculo e a escuta acolhedora, que oportuniza olhar o doente de forma integral e holística e o leva a participar ativamente da própria consulta, o que fortalece a autonomia do cuidado e da resposta do organismo ao equilíbrio, vai ao encontro da APS e de seus princípios, que são a integralidade, a equidade e a participação social (BRASIL, 2006).

A Homeopatia, segundo Teixeira (2007), dá o direito ao paciente de entender melhor o próprio processo saúde-doença, de autoconhecer-se, de autocuidar-se e de melhorar. Dessa maneira, assegura que está mais afinada com a Atenção Básica do que com a lógica de encaminhamento para tratamento na atenção especializada, distante do território onde o paciente vive.

Ao abordar o paciente na sua totalidade, o médico homeopata vai ao encontro dos princípios da Atenção Básica, conforme relataram os entrevistados:

Eu acho que o entendimento do indivíduo como um todo... Ele passa a se conhecer melhor. Quando ele se conhece, a possibilidade dele melhorar a saúde dele como um todo é muito grande. (MH 2)

A Homeopatia pode trabalhar em tudo. [...] Você aborda o indivíduo na totalidade. (MH4)

O reconhecimento de limites e problemas na prática, na formação e no saber biomédico abre espaço para a Homeopatia. Ao mesmo tempo, a biomedicina pode também ser enriquecida e estimulada pela medicina homeopática, quando ambas mantêm convívio. Isso gera grandes desafios para os médicos homeopatas no SUS.

Essa mão dupla sinérgica ocorre devido ao fato de a Homeopatia proporcionar, em suas práticas e saberes, uma abordagem mais integral e holística, menos iatrogênica, mais acolhedora, com maior capacidade de escuta, com maior individualização da terapêutica, com melhor valorização de aspectos psicológicos e sociais dos adoecimentos e com menos medicalização (LUZ, 2012).

Considerando que a Homeopatia é uma abordagem que converge para os valores e ideais do SUS, como promoção da saúde e integralidade, é fundamental que esteja mais próxima do território de saúde, para agir mais local e socialmente, para que seja mais propositiva em relação às mudanças necessárias ao modo de andar a vida e à melhoria da saúde das pessoas.

Por ser a Homeopatia uma racionalidade médica complexa, que compreende o adoecimento como um desequilíbrio da energia vital e que leva à necessidade de

identificação do que é relevante no aspecto tanto físico como mental e emocional, a escolha do medicamento homeopático requer todo um cuidado para ser indicado na cura do paciente.

O entrevistado MH4 assumiu que uma das maiores dificuldades, na hora da consulta, é perceber o que o paciente fala de importante, ou seja, depende do médico promover um diálogo que facilite ao paciente se autoconhecer e revelar o que é significativo naquelas circunstâncias:

A maior fragilidade não é da Homeopatia, e sim do homeopata. [...] A vida é muito complexa para você conhecer e perceber o que é profundo na pessoa. A incompetência médica é a grande dificuldade das pessoas se conhecerem. Se fosse mais simples... mas ela é muito complexa. (MH4)

Outra questão pôde ser observada na fala do entrevistado MH2: a cura não está somente no medicamento, mas também na condição de vida e saúde do paciente, nos fatores socioculturais e econômicos, que interferem no sucesso do tratamento.

Existe a limitação da doença e existe a limitação da Homeopatia, assim como a alopatia oferece os seus obstáculos. E são muito grandes. Nós somos a solução do problema? Não. Mas eu acho que a fragilidade existe. Eu acho que existem os problemas socioeconômicos. Os problemas sociais são um grande obstáculo. Um indivíduo com uma família toda desestruturada, um usuário de drogas... existem as doenças incuráveis. Essas são as fragilidades que impossibilitam a cura completa do indivíduo. (MH2)

O modelo biomédico ainda é muito presente na atenção à saúde. Centra-se na doença, diagnosticada mediante anamnese convencional de quinze a vinte minutos de duração, nos protocolos de tratamento e diagnóstico. Além disso, o paciente muitas vezes é avaliado por muitos especialistas, que o vão medicalizando cada vez mais, distanciando-se do modelo da racionalidade homeopática. A biomedicina, por falta de conhecimento dos conceitos fundamentais da Homeopatia, interfere ou muda a direção da cura do paciente ao prescrever medicamentos alopáticos durante o tratamento homeopático.

Nota-se, na percepção do entrevistado MH3, que existe a necessidade de se estabelecerem protocolos da atuação da Homeopatia, visando à não interferência da

alopatia, para que, no diálogo com os médicos da APS, se consiga evitar o conflito de procedimentos durante o tratamento homeopático:

Se houvesse uma forma melhor desse médico da ponta compreender a visão homeopática, ele poderia estabelecer um contato maior com o médico homeopata. É esse tipo de procedimento que eu acho que retarda o resultado da homeopatia e interfere um pouco na prática. Quando tem outro profissional ao qual ele é ligado, esse intercâmbio – contato com esse profissional – para que um não passe por cima do outro, tem que ser mais bem estabelecido. (MH3)

A Homeopatia trabalha com a visão sistêmica do sujeito no seu ambiente e incentiva a autonomia e o cuidado integral. Conseqüentemente, na perspectiva da promoção da saúde, é preciso que esteja inserida e atue na APS, nos territórios, para que ocorra o diálogo entre profissionais da saúde e se troquem saberes e fazeres nas reuniões de equipe, no apoio matricial em PICs, nos espaços de aprendizado.

Existe uma lacuna importante entre a prática homeopática e a biomédica. Assim, é fundamental e necessária a reorientação do modelo de atenção à saúde nas práticas centradas no cuidado e acolhimento dos cidadãos e suas necessidades revendo-se a teoria do processo saúde-doença. A Homeopatia é uma especialidade que pode ajudar os profissionais a repensar as práticas focadas na integralidade da atenção à saúde e na sua promoção.

A anamnese homeopática, a relação médico-paciente e os vínculos da consulta podem avançar desde que os usuários e os profissionais das USs conheçam melhor as potencialidades dessa prática na atenção à saúde, visto ser ela uma racionalidade da medicina que visa à qualidade de vida, mediante o uso de medicamentos naturais sem riscos de efeitos colaterais, que equilibram a energia vital e colaboram na manutenção da saúde para o enfrentamento das crises sociais que são vivenciadas a cada dia contribuindo para o adoecimento da população.

A Homeopatia possibilita que o paciente se conheça melhor, crie soluções para seus problemas e conseqüentemente o empodere, proporcionando autonomia de escolhas mais saudáveis, dando novo sentido e significado à sua vida, como afirmou o entrevistado MH1:

Pelo lado do indivíduo, a auto-observação, o papel dele de não só como usuário, mas como elemento fundamental no processo de melhoria dele mesmo. [...] se você tem uma visão de que esse indivíduo é capaz de reagir e ter uma resposta positiva. E aí entra outra coisa [...] é a “desmedicalização”, você diminuir o número de drogas que os pacientes estão usando. (MH1)

Outro aspecto abordado é o lugar institucional da Homeopatia no SUS. Quanto mais conhecida e mais próxima do paciente e de seus familiares maiores benefícios pode oferecer. Para promover a saúde de modo integral, interferir nos determinantes sociais de saúde, conhecer as reais necessidades do indivíduo doente que se relaciona socialmente, é fundamental a participação do médico homeopata na equipe da APS. Isso se observa na fala dos médicos entrevistados MH1 e MH3 sobre o potencial dessa especialidade:

É proporcionar uma mudança da visão que o profissional de saúde tem em relação ao indivíduo e mudar a sua prática em relação a esse indivíduo. (MH1)

Todas as pessoas que envolvem a Estratégia Saúde de Família – médicos, enfermeiros, atendente, agente comunitário, técnico de enfermagem – deveriam ter esse conhecimento. Se eles tivessem o mínimo de conhecimento, poderiam ajudar muito mais. (MH3)

A Homeopatia mais potencializada na APS atende os indivíduos de modo integral. Além disso, tornando-se mais conhecida pelos profissionais de saúde, ampliam-se as possibilidades de sucesso nos tratamentos e de melhoria da qualidade de vida da coletividade, conforme afirmou MH2:

Se a abordagem fosse a nível de família, do coletivo, funcionaria melhor. A abordagem em nível de família e de território complementaria o tratamento. Você iria abordar outros fatores. Ficamos na limitação porque é apenas uma relação médico-indivíduo. Mas ele tem muitos aspectos ao redor dele que dificultam a cura. Uma abordagem mais ampla funcionaria melhor... É mais uma reflexão. (MH2)

Os médicos homeopatas entrevistados preservam a Homeopatia com suas características conceituais e teóricas, derivadas dos preceitos hahnemannianos e vitalistas, que a caracterizam como racionalidade médica distinta. Observa-se, em relação aos médicos, um conceito ampliado de Homeopatia no SUS para além do atendimento especializado do CMEV, onde se pode atuar na saúde coletiva, na

Atenção Básica, abordando diversos fatores e condicionantes inerentes à saúde integral.

3.3 PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Em Vitória, a Fitoterapia foi inserida na APS desde a década de 1990. Nesse ano, foi realizado um diagnóstico para se conhecer o interesse dos médicos e demais profissionais das USs sobre o tema Fitoterapia e plantas medicinais, observando-se que dos 44 médicos entrevistados 61,3% demonstravam interesse em prescrição de fitoterápicos e 70% desejavam ser treinados sobre o assunto. Esse dado foi um dos critérios para a implantação do Programa de Fitoterapia no SUS em Vitória.

De 1996 a 2007, após a institucionalização do Programa de Fitoterapia pela Lei Municipal n.º 4.352/96, gestores do município de Vitória decidiram pela dispensação de medicamentos fitoterápicos produzidos em farmácia própria mediante prescrição médica. A relação de medicamentos fitoterápicos foi padronizada atendendo a critérios científicos pertinentes. Os medicamentos foram definidos pela Comissão Municipal de Medicamentos Fitoterápicos e adquiridos, desde 2008, por meio de licitação.

Em diagnóstico realizado em 2011 sobre a prescrição de fitoterápicos pelos médicos, observou-se que 50% dos entrevistados prescreviam fitoterápicos disponibilizados na Rede Municipal; 71% referiram boa aceitação dos usuários; 67% mencionaram bons resultados e 79% disseram ter interesse em participar dos cursos de capacitação.

Nos últimos três anos houve um crescimento de prescrição de fitoterápicos em relação aos anos anteriores da ordem de 200%, o que significa a adesão cada vez maior dos prescritores e usuários, provavelmente por ser a Fitoterapia uma prática que não exige título de especialidade para que os médicos a prescrevam e por estar fortemente inserida na APS.

Para que participem efetivamente do movimento para institucionalização da Política Municipal de PICs no SUS, é fundamental que os médicos entrevistados, que atuam

na APS do município de Vitória, conheçam as diretrizes da PNPIC, participando dos espaços de discussão instituídos para fortalecimento das ações e metas do Plano Municipal de Saúde em consonância com essa Política.

Ao processo de trabalho na APS vincula-se ainda o cuidado biomédico, embora na construção e legitimação da Política de Atenção Básica no SUS os autores façam uma crítica ao enfoque biologicista da biomedicina, centrado nas doenças, nas especialidades médicas e no uso abusivo de tecnologia dura. Além disso, o processo tende a burocratizar a relação com o serviço, que é verticalizada e impessoal com os usuários, e ainda mantém o caráter de intervenções burocráticas que muitas vezes são caras e indisponíveis para os que desejam obter atendimento (TESSER, 2012).

Mas existem virtudes do cuidado na APS vinculadas a vários fatores: acesso rápido e universal, proximidade do conhecimento mútuo entre profissionais e usuários, coordenação do cuidado e perspectiva do cuidado em equipe. Isso permite uma aproximação em questões de qualidade de vida, parcerias, protagonismo e recomposição de uma harmonia entre saber profissional e leigo, que são importantes na promoção da saúde e no atendimento aos seus princípios (BRASIL, 2011a).

O foco no biologicismo, que ainda permanece na rotina da maioria dos profissionais da APS, e o excesso de tarefas e demandas dos médicos na Atenção Básica dificultam o espaço para estudos sobre a Fitoterapia, que normalmente não é inserida na grade curricular da graduação nem nos cursos de capacitação ofertados pelos ciclos de vida na rotina dos médicos da APS.

Quatro médicos entrevistados afirmaram que não tinham uma visão da situação das PICs no SUS em Vitória. Provavelmente isso ocorreu porque a Semus iniciou a estratégia de gestão das PICs com a designação de uma Referência Técnica, visando à construção da Política apenas em 2013. Além disso, inserindo a Homeopatia e a Acupuntura na atenção especializada, sem a institucionalização das trocas das potencialidades, fundamentou as respostas dos médicos, que afirmaram:

Não tenho plenamente o conhecimento. (MF3)

Não. Mudou muito nos últimos anos e agora a gente está perdida. Há 10 anos, a gente desenvolveu um trabalho. A gente tinha informações. Agora só tem a lista das medicações. (MF4)

Não tenho participado da reunião de Colegiado e, portanto, fico afastada das informações. (MF8)

Não, no momento. Ninguém chegou até aqui desde que cheguei e explicou sobre as PICs. (MF10)

Dois entrevistados que trabalham há mais de cinco anos na Rede Municipal manifestaram em suas respostas uma visão de como a Semus operacionaliza as PICs, porque são médicos com especialização em Acupuntura e afinidade com o tema. Um entrevistado citou que o contato dele com as PICs no SUS aconteceu recentemente, após a criação da Referência Técnica em PICs:

Aqui na unidade de saúde nós temos a questão dos fitoterápicos e dos especialistas lá no CMEV. (MF1)

Meu contato maior com a questão das práticas integrativas foi por meio do I Fórum, que ocorreu no ano passado. Foi quando eu comecei a ter algumas informações que me surpreenderam de uma forma positiva. (MF2)

Acredita-se que o movimento do MS, após a institucionalização da PNPIC, e a inserção da equipe no DAB da Secretaria de Atenção à Saúde proporcionaram maior difusão do tema em alguns cursos de pós-graduação em Atenção Primária em Saúde, promovidos sob a tutela do MS. Um dos entrevistados declarou que foi informado sobre as PICs num curso de pós-graduação em Saúde da Família; outro afirmou ter lido os materiais educativos elaborados pelo MS e um outro revelou conhecer as PICs:

Mais ou menos. Gostaria de ter mais... (MF5)

Tenho conhecimento teórico de ler os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. (MF6)

Sim, tenho. (MF7)

Tive alguma informação no Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família. (MF9)

Observa-se que há necessidade de implementação de capacitação e apoio técnico permanente e continuado com objetivo de ampliar a visão dos médicos da APS

sobre as PICs, pois a circulação de informações ainda não é suficiente, tendo em vista que há pouca inserção do tema PICs com suas diretrizes e estratégias nos cursos e reuniões de capacitação das áreas do ciclo de vida.

Outra questão importante é que, embora as informações sejam poucas, a maioria dos médicos entrevistados tem sido esclarecida sobre a Rede Bem-Estar e a reconhece como uma ferramenta de gestão em comunicação que tem favorecido a divulgação das PICs, conforme relataram os médicos entrevistados:

Muito pouco conhecimento. Só quando chega algum comunicado da Rede Bem-Estar. Mas não tem chegado nada. (MF1)

Aqui, pela Unidade, eu praticamente não tenho recebido nenhuma informação... Mas tive conhecimento por meio desse I Fórum, que eu solicitei para participar. Essa foi a grande informação que eu tive ano passado. (MF2)

Atualmente recebo informações através da Rede Bem-Estar. (MF3)

Através da Rede Bem-Estar, Sisreg sabe que tem os especialistas homeopatas e acupunturistas. (MF6)

A primeira informação vem pela Rede Bem-Estar da PMV, depois leio e vejo na internet. (MF7)

Pela Rede Bem-Estar, ou quando chega alguma comunicação interna (CI), ou numa reunião. (MF8)

A educação permanente em Fitoterapia, na gestão do município de Vitória, não aconteceu em consonância com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos de 2006. Não existe garantia da oferta de cursos de Fitoterapia no planejamento anual da Escola Técnica de Saúde do SUS. Nos últimos dois anos da gestão, após realização de oficinas para levantamento das necessidades e interesse dos médicos e demais profissionais de saúde sobre cursos de Fitoterapia, foram realizados dois cursos, respectivamente em 2013 e 2014.

A Política Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foi instituída em 2009. O Art. 7.º da Lei que a instituiu aponta como responsabilidade da Semus:

[...]

Promover a formação e educação permanente em Fitoterapia dos profissionais de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos para educação permanente em saúde no SUS, nos níveis básico, específico para profissionais de saúde graduados e específico para as comunidades.

[...] (VITÓRIA, 2009, p. 3).

No caso do município de Vitória, ao se admitirem novos médicos, não se realiza uma apresentação das Políticas instituídas na Semus, conforme se infere pela resposta do médico entrevistado MF10, que trabalha há menos tempo (cinco anos) na Rede e que nunca participou dos cursos e eventos sobre PICs: “*Não, no momento. Ninguém chegou até aqui desde que cheguei*”. (MF10)

Os médicos não dispõem de tempo dentro da agenda de trabalho para dar conta da demanda por consultas que os usuários cobram constantemente, tampouco para estudos ou capacitação. Os entrevistados sugerem modalidades de cursos, metodologias, e demonstram interesse em estudar o tema, mas não são facilmente liberados da agenda para participarem de cursos de capacitação no horário de trabalho nem para ler as notícias na Rede Bem-Estar ou no *site* do MS. Isso interfere na informação e na formação dos entrevistados:

Eu acho que a gente tem que ser bem treinado para usar. A questão da capacitação. Porque é um curso mais longo, você tem que ficar mais ausente da unidade de saúde. E a gente não é liberada para esse tipo de coisa. A gente precisa estar capacitada para oferecer ao paciente um melhor atendimento e ter mais credibilidade. (MF1)

A Fitoterapia é uma especialidade nova que muitos médicos ainda não têm conhecimento prático dela, mas ela é fundamental para o avanço de diversos tipos de tratamento. (MF3)

Precisamos ter curso de atualização e recursos disponíveis. (MF5)

Ter os medicamentos continuamente... ter acesso, ter treinamento... apostilinha mágica. Tenho que estudar melhor os fitoterápicos para ter mais segurança. (MF6)

[...] a oferta de cursos na hora do trabalho dificulta a participação na programação da própria unidade. (MF8)

[...] dificuldade para sair para fazer cursos por causa da demanda por consultas médicas. (MF8)

Há necessidade de se conciliar o trabalho com a educação permanente, na percepção da maioria dos entrevistados, pois a capacitação é fundamental para a

prescrição de fitoterápicos e o desenvolvimento das ações em PICs. Apenas o entrevistado MF1 mencionou ter participado no I Fórum Municipal sobre PICs, que ocorreu em 2013, durante o qual passou a conhecer como o MS vem trabalhando as PICs no SUS. E informou: “*O meu contato maior com a questão das práticas integrativas foi por meio do I Fórum que ocorreu no ano passado. Foi quando eu comecei a ter algumas informações que me surpreenderam de uma forma positiva*”. (MF1)

Para que as PICs sejam mais conhecidas entre os médicos é fundamental a garantia de espaço na agenda para participação em cursos de capacitação, reciclagem, bem como a incorporação de informações através da Rede Bem-Estar, que é o espaço possível e mais acessível para inserção de notas técnicas, informativos e material científico sobre o assunto.

As PICs foram implantadas no SUS em Vitória há mais de 20 anos, porém somente em 2006 o MS institucionalizou a PNPIC e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), definindo as diretrizes e estratégias para sua implementação. Dessa forma, houve pouco investimento e financiamento para a efetiva disseminação e fortalecimento dessas práticas.

O município de Vitória foi uma das capitais pioneiras na implantação de PICs no Brasil. Os médicos da APS valorizam-nas e demonstram conhecer as possibilidades dessas práticas para redução da medicalização, melhoria da qualidade de vida e da atenção à saúde da população, afirmando:

Eu acho muito importante. Essa questão da medicação é muito interessante para os pacientes que usam benzodiazepínicos. Eu acho que é uma substituição muito legal. Pacientes com dores crônicas e ansiedade respondem bem. Eu acho que é uma maneira diferente de tratar o paciente. Acho muito interessante. (MF1)

[...] interessante que você poderia ter condições de expandir as possibilidades de terapia de uma forma muito boa, melhorando bastante a qualidade de serviços. (MF2)

Para os médicos de saúde da família é fundamental. (MF3)

Diversos autores afirmam que as PICs contribuem para desmedicalização dos pacientes, o que se confirma na observação e reflexão do médico entrevistado MF4, quando falou da possibilidade de se tratar um paciente com menos riscos de efeitos

colaterais: *“Como suporte em muitas situações, como de idosos e crianças, vê resultado muito bom já que os idosos sofrem uma sobrecarga muito grande de medicamentos. (MF4)*

Os médicos da Atenção Básica demonstram preocupação com a prevenção de iatrogenia, procuram encaminhar os pacientes para as práticas integrativas, percebem as melhoras, apontam que a integração entre as PICs é fundamental e afirmam que os próprios pacientes também estão preferindo tratamentos integrativos e complementares:

[...] a gente vê o paciente demandar, pede o medicamento, quer fazer acupuntura para tratar dores crônicas, não pode usar anti-inflamatórios. MF6

[...] a gente foge do tradicional, busca outros meios, visão mais preventiva. MF7

[...] quando existe a oferta de medicamentos, a gente lê nos jornais; as pessoas demandam isso. (MF 8)

Ajuda muito. Vejo que o paciente sente bem, fica bem nessa troca com as especialidades. (MF9)

As PICs entram como complementar ou até como principal para aquele tipo de tratamento. Seria importante a união, o ciclo do nosso trabalho hoje aqui com as PICs. A integração das práticas é que é correto para a gente. (MF10)

O MS institucionalizou a PNPIC em consonância com a PNPMF, que tem como objetivo:

Garantir o acesso seguro e o uso racional da população diante dessas terapêuticas, promover o desenvolvimento de tecnologias e inovações, assim como fortalecer as cadeias e os arranjos produtivos e o uso sustentável da biodiversidade (BRASIL, 2006, p. 3).

A participação do médico no processo de implantação da PNPMF nos serviços públicos de saúde é fundamental. A Resolução da Ciplan n.º 08/88 reconheceu a Fitoterapia como método terapêutico, se desenvolvido sob a supervisão de um médico. Mais tarde, o MS institucionalizou a PNPIC, apresentando a necessidade da supervisão do Estado e da sua regulamentação para a formação de recursos humanos e considerando a responsabilidade do profissional médico no processo de

prescrição de fitoterápicos bem como sua colaboração na implantação da PNPMF nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2006).

Em Vitória, a Fitoterapia foi implantada e tem sido implementada no SUS desde a década de 1990. Nesse processo, cursos e eventos educativos têm sido promovidos para disseminar as potencialidades das plantas medicinais e fitoterápicas. Já foram realizadas doze edições do Curso de Fitoterapia para profissionais de saúde e estima-se que cerca de cem médicos fazem prescrição em Fitoterapia na Atenção Básica, na Rede Municipal.

Isso mantém a credibilidade na prática fitoterápica, seja para o médico seja para o paciente, e afirma a adesão dos médicos aos tratamentos naturais, mais próximos socioculturalmente, considerando os resultados obtidos bem como as vantagens para a saúde dos pacientes, conforme relatos dos médicos entrevistados:

Eu já trabalhei com Fitoterapia um bom tempo nas unidades de saúde, e eu achei que o resultado foi muito bom, desde que você faça uma anamnese, uma evolução clínica e um exame clínico bem fundamentado. Quase todos os setores de queixas e patologias você consegue atuar, de uma forma às vezes preventiva e em outras até em termos de tratamento dentro dessa área. Eu já ouvi pacientes dizerem: “Olha, doutora, aquela tintura mudou a minha vida”, no sentido de melhorar o sono, disposição, ter uma abordagem mais natural em que o paciente conseguiu responder muito bem e chegou ao reequilíbrio daquele sintoma que estava sentindo e o incomodava. (MF2)

A Fitoterapia é uma alternativa que hoje os médicos podem ter visando uma nova terapêutica, buscando um tratamento que provavelmente vai produzir outro tipo de melhora sem efeitos colaterais. (MF3)

[...] reduzir o uso de alopatria. (MF4)

Fator principal é a tradição de cuidados através da Fitoterapia. (MF6)

Gosto muito da Fitoterapia e as pessoas aderem à Fitoterapia. Tenho boa experiência com a Fitoterapia, as pessoas têm aceitabilidade boa. (MF7)

É bom, algumas medicações trazem bons retornos com a Fitoterapia. (MF9)

A prática da Fitoterapia seria uma forma de novos elementos para colaborar com a alopatria. [...] Entraria como ingrediente; até a resolutividade seria maior que a alopatria em si. O indivíduo não conhece a alopatria, mas a Fitoterapia já conheceu através do uso dos familiares e que hoje não utiliza mais. (MF10)

A Fitoterapia promove o resgate do conhecimento tradicional e aproxima o saber popular do científico, ou seja, há sempre uma troca de saberes entre médico e

paciente sobre o tratamento utilizado. Dessa forma, o médico deve estar capacitado para dialogar com o saber do paciente. Caso o médico não tenha o conhecimento, pode deixar de prescrever medicamentos fitoterápicos por insegurança ou descrédito.

Embora a disciplina Fitoterapia não esteja presente nas grades curriculares da maioria das Universidades brasileiras, o MS, com base nos princípios e diretrizes do SUS, institucionalizou o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Medicamentos Fitoterápicos após três anos da oficialização da PNPMF (BRASIL, 2009).

Todo esse movimento aconteceu em consonância com a PNPIC, que sistematizou a inserção das plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Básica, baseada em valores, como inclusão e participação social e popular bem como redução das desigualdades sociais (BRASIL, 2006).

A Fitoterapia é uma prática complementar em saúde valorizada pela população e também pelos médicos. Está presente na vida de muitos povos. Observa-se cada vez mais o interesse dos médicos no sentido de serem capacitados e informados sobre essa prática. Para Fintelmann e Weiss (2010), as plantas medicinais oferecem um espectro de ações e indicações terapêuticas, contidas nos extratos vegetais, capaz de devolver ao médico a intuição e estreitar o vínculo entre usuário e profissional de saúde.

Na Estratégia Saúde da Família isso acontece por ser a Fitoterapia conhecida dos usuários e permitir então o estreitamento dos laços entre o médico e o usuário e sua família. Observa-se isso quando, ao serem perguntados sobre a ampliação do acesso à Fitoterapia, os médicos referiram a inclusão dos fitoterápicos no elenco de medicamentos.

Nota-se também que os médicos valorizam a Fitoterapia, praticam-na com respeito e buscam reduzir a iatrogenia e ampliar o leque de possibilidades na terapêutica, prescrevendo medicamentos naturais que geram menos riscos para os pacientes:

Eu acho que é a questão de a gente substituir os medicamentos. Os benzodiazepínicos no Brasil são muito utilizados. Não só os benzodiazepínicos, mas os analgésicos. Para tudo as pessoas querem remédio. Os remédios têm os benefícios e os malefícios. Eu acho que a Fitoterapia iria ajudar nisso aí. (MF1)

[...] uma forma nova, mais uma ferramenta para o médico. (MF3)

A oferta de medicamentos fitoterápicos, manipulados ou industrializados, é fundamental para o fortalecimento das PICs no SUS. Durante dez anos no SUS de Vitória, no período de 1996 a 2005, os medicamentos fitoterápicos foram manipulados em farmácia própria, fato que foi considerado pelos médicos entrevistados como um ganho para eles e os pacientes, pois ampliou o acesso dos pacientes aos serviços:

A diminuição da liberação de medicamentos – tinturas... Se isso não tivesse acontecido, a gente teria uma continuidade na relação de pesquisa e na qualificação desse tipo de atendimento, o que nós chegamos a fazer algumas vezes. Se isso puder retornar... (MF2)

Na Fitoterapia os custos financeiros diminuem. A Farmácia de Manipulação foi muito bom... Podíamos fazer as associações... (MF4)

[...] mais fitoterápicos manipulados. (MF5)

Alguns médicos entrevistados da APS dão importância à difusão da Fitoterapia para outros profissionais da equipe e comunidades por meio de ações de educação popular em saúde, envolvendo espaços coletivos, tais como escolas, para a realização de projetos de promoção e educação em saúde. Assim sugeriram:

A primeira coisa: teria que ter algo para o usuário ler sobre o fitoterápico. (MF6)

Muitos profissionais que abraçam... envolver a comunidade, escolas, um currículo escolar envolvendo a comunidade escolar, quando você trabalha a consciência crítica desde o início. (MF9)

Precisa sempre estar apresentando essas práticas para os profissionais de saúde, não só para os médicos, mas também para as equipes multidisciplinares, porque eles não prescrevem, mas veiculam bastante a Fitoterapia. Seria importante fazer cursos para os usuários também, explanando a eles... começam a acreditar mais e a gente começa a lançar mão também. (MF10)

Em 2008, o MS divulgou uma lista de plantas medicinais para que os municípios adquirissem os medicamentos industrializados. Entretanto, não houve incentivo financeiro regular do Ministério para essa aquisição nem para a implantação das farmácias de manipulação, que passaram à competência do município. Isso acaba prejudicando a garantia da continuidade da oferta.

A decisão de construção de uma farmácia de manipulação própria não foi considerada nos Planos Municipais desde o fechamento da que havia em 2005, ano em que a gestão optou pelos medicamentos industrializados, o que é sentido e comentado pelos médicos como a principal causa de fragilidade para a inserção da Fitoterapia no SUS.

A dispensação de medicamentos fitoterápicos vem ocorrendo desde 1996. Entretanto, as dificuldades enfrentadas pela gestão para produção, aquisição e oferta de formas farmacêuticas desses medicamentos no Município, ao longo desses anos, contribuíram para que essa dispensação sofresse algumas interrupções, que são lembradas e citadas pelos médicos entrevistados como fragilidade do processo, conforme relatos:

Além de tinturas, seria vantajoso o uso de pomadas e cremes também. Isso facilitaria bastante. Acho que ampliaria muito a área de atuação da gente e as possibilidades para o paciente. (MF2)

Muitas vezes tentei prescrever, mas não tem o medicamento na farmácia e a continuidade fica comprometida. (MF4)

[...] falta de opções de medicamentos fitoterápicos. (MF5)

Falta de medicamentos... os gestores precisam abraçar mais como sendo parte integrante do sistema, dando opções para as pessoas escolherem. Vai melhorar dando leque de opções. Tem medicamentos que fazem mais mal do que bem. Conhecendo mais, ter acesso a mais profissionais... não adianta querer fazer tratamento sem medicamentos. (MF7)

[...] descontinuidade da oferta de medicamentos e não se sabe quando vai voltar a ter o medicamento de novo. (MF8)

Nem sempre tem acesso aos medicamentos na farmácia. Desinformação sobre onde encontrar os medicamentos. Os pacientes não fazem o tratamento conforme orientado; o acesso a medicamentos que não estão disponíveis na farmácia; alguns pacientes precisam fazer tratamento prolongado. (MF10)

A adesão dos pacientes ao tratamento com plantas medicinais e fitoterápicos também é citada pelos entrevistados como um fator limitante e parece que está

ligada ao desconhecimento sobre as vantagens e eficácia desses fármacos, podendo, inclusive, colocar em dúvida a competência médica. Mas os médicos consideram que essa insegurança vem do próprio usuário, conforme afirmaram:

Quando eu falo “vou passar um remédio natural que você vai se sentir bem”, os pacientes às vezes olham com certa resistência. O chazinho da vovó funciona, mas o médico não pode passar um remédio natural. O paciente vê o remédio natural como não remédio. (MF1)

As pessoas ainda não têm consciência de medicamentos complementares. Até a população poderia usar em casa e desafogar a Unidade de Saúde. Educação da população, trabalho conjunto... (MF4)

Como médico, não é uma prática muito bem vista. Os pacientes falam: “Só isso?! Alguns colegas querem mais ficar livres do doente e dão tchau. Tenho que estudar melhor os fitoterápicos para ter mais segurança. (MF6)

A Fitoterapia é ainda pouco respeitada pelo modelo cartesiano e biomédico e sofre consequências pela falta de estímulo e apoio financeiro às pesquisas clínicas. Os fitoterápicos são algumas vezes discriminados pelos médicos e pacientes. Cada vez mais são apresentados estudos em eventos científicos que comprovam a eficácia e a segurança do uso de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, e isso é importante para que a Fitoterapia possa ser identificada como uma terapêutica aceita no elenco de terapêuticas da biomedicina.

Um fator limitante observado por dois médicos entrevistados foi a insegurança na prescrição quando não se tem o conhecimento científico sobre os fitoterápicos, o que pode também gerar no paciente uma incerteza, por ele não acreditar que um tratamento com chá possa melhorar um problema de saúde. Isso pode, inclusive, deixar os próprios médicos inseguros, conforme relato:

A adesão da prescrição, o trabalho da medicina baseada em evidências e o aumento do número de processos contra médicos, isso talvez traga um pouco de insegurança. Não prescrever fitoterápicos é mais por questão de insegurança, por não conhecer bem os resultados daquilo que você está pensando, ou por receio jurídico. (MF8)

[...] dificuldade de aceitação do profissional no uso da Fitoterapia. (MF9)

A Fitoterapia é prática de tratamento milenar, que sofreu reveses nos anos 1960 após o incremento dos medicamentos industrializados, principalmente dos antibióticos e dos sintéticos, para tratamento das doenças crônicas. Todavia, está

novamente em processo de crescimento e passou a ser considerada uma terapêutica eficaz a ser implementada nos serviços de saúde do SUS em Vitória. Mas ainda não está incluída na grade curricular dos cursos da área médica das Universidades, e muitos médicos ainda não têm conhecimento prático dela. É fundamental, para o avanço de diversos tipos de tratamento, que seja incluída, e seria uma opção complementar, sem o risco de causar tantos efeitos colaterais como fazem os medicamentos sintéticos, que os médicos usualmente prescrevem.

Na opinião dos médicos entrevistados da APS de Vitória, a Fitoterapia é importante para a saúde da população e, devido a seu caráter mais leve e preventivo, com menores custos, deveria ser mais valorizada pelos gestores e implementada na APS, com mais incentivo e recursos para o fortalecimento da prática fitoterápica, conforme relataram:

Precisamos ter curso de atualização e recursos disponíveis. (MF3)

Atua mais na prevenção de doenças e tira o foco e carga de remédios pesados que a população usa. (MF4)

A gente tinha uma gama de fitoterápicos, tinha apostilinha mágica... De repente parou de produzir, não recebemos os medicamentos com frequência. Ter os medicamentos continuamente... ter acesso, ter treinamento... (MF5)

Eu não acho que eles bancam não. É uma medicação mais barata. A gestão tem que se empoderar, bancar, comprar os medicamentos. Tudo que o gestor achar que é interessante tem que bancar. (MF6)

Temos que retornar... Oferecer uma saúde de qualidade mais ligada à prevenção, ao resgate que já tivemos, de automedicação. (MF7)

Observa-se a sensibilidade dos entrevistados pela valorização da Fitoterapia como um recurso rico na APS, nos territórios de saúde, sem tantos riscos de efeitos indesejáveis à saúde da população, inclusive com a inserção da comunidade e de agentes comunitários em projetos de capacitação, como potente agregador das tecnologias leves, capaz de empoderar e valorizar o conhecimento popular e, conseqüentemente, tornar os indivíduos protagonistas do próprio cuidado. Sobre isso, os entrevistados mencionaram:

Indicação de plantas para odontologia, capacitando os profissionais de saúde... A Semus vem trazendo profissionais renomados que têm entidades profissionais colocando a sua experiência e com quem tem comprovação científica. Com o tempo que você vai aderindo, você observa os resultados daqueles medicamentos, que não têm efeitos adversos. Também ganha segurança, observa a resolutividade [...] Além dos prescritores, por exemplo, os ACS, que moram no bairro e fazem parte da comunidade... Atividades que possam ser feitas na comunidade e nas escolas, demandas locais que façam a Unidade de saúde se envolver com uma prioridade para evitar saídas para fazer os cursos. (MF8)

Aumentar a divulgação, o conhecimento em toda área... senhoras que trabalham com programas das igrejas, tirar o preconceito e tabu. (MF9)

Informação, capacitação dos profissionais e dos usuários... Estender aos usuários o conhecimento sobre as práticas para os que queiram ser tratados e acompanhados. (MF10)

A Fitoterapia é um recurso aceito pelos médicos do município de Vitória e também pela população. A gestão inseriu a Fitoterapia nos serviços de APS de acordo com o preconizado pela OMS e pelo MS.

Desde que foi institucionalizada em Vitória, a Fitoterapia vem a cada ano ampliando o número de equipes capacitadas, as prescrições, os projetos locais, o projeto Jardins Terapêuticos, tornando a PIC mais consagrada e conhecida em Vitória e em todo o Brasil. Os documentos de gestão apontam ações e atividades desenvolvidas anualmente desde a sua implantação.

Como fator facilitador da Fitoterapia pode-se evidenciar, principalmente, a importância que a população dá aos fitoterápicos, avaliada também pelos médicos entrevistados como uma boa prática terapêutica para tratamento da população, com custos baixos e acessíveis para a gestão. Além disso, os médicos entrevistados têm interesse em tratar os pacientes com fitoterápicos e observam bons resultados no tratamento.

3.4 PERCEPÇÃO DOS GESTORES

A relação entre gestão e política deve-se ao fato de a constituição da administração e da gestão ser um campo estruturado e sistemático de conhecimento. No campo da Saúde Coletiva, as políticas muitas vezes são implementadas de forma burocrática,

fragmentada, sem a criatividade e a autonomia dos trabalhadores em saúde (CAMPOS, 2000).

Para Mehry e outros (2003), os gestores contam com certos recursos que lhes possibilitam negociar a forma de utilizá-los, tais como recursos humanos dispostos na construção da política de PICs, recursos financeiros para serem gastos na aquisição de equipamentos e produção de projetos na arena decisória, permeáveis aos vários interesses do campo da saúde.

É nesse conjunto de forças que os gestores vão dando forma aos compromissos, podendo fazer a diferença na formatação de mudanças do modelo de atenção, com capacidade de formular políticas inovadoras; induzir a introdução de novas tecnologias, como as PICs; ampliar a acessibilidade e a capacidade instalada; viabilizar novos projetos e processos gestores de cada estabelecimento de saúde; construir possibilidades na governança de relações entre os trabalhadores e os usuários (MEHRY et al., 2003).

A partir do diagnóstico realizado em 2004 sobre as PICs no SUS em atenção à demanda da OMS relativa à formulação de Políticas Nacionais de Medicina Tradicional ou Medicina Complementar Alternativa, visando integrá-las aos sistemas oficiais de saúde, à demanda da população brasileira pela valorização das práticas tradicionais e à necessidade de normatização dessas práticas inseridas no SUS, o MS aprovou, pela Portaria GM n.º 971, de 3 de maio de 2006, a PNPIC no SUS. Segundo Simoni (2013), a política em questão foi construída com a participação de atores extremamente comprometidos com os princípios do SUS.

Desde a edição da PNPIC, foram desencadeadas estratégias para o acompanhamento e monitoramento tanto dos serviços como das ações relativas às PICs no SUS. Para tal, foram editadas portarias e desenvolvidos instrumentos de orientação para os gestores municipais, que se encontram publicados no *site* do DAB.

Em Vitória, a primeira normatização data de 1996, com a institucionalização da Lei n.º 4.352, que implantou as Farmácias Vivas. Em 2009, foi publicada a Lei Municipal

n.º 7.486, que institucionalizou a Política Municipal de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos. Em 2013, realizou-se o I Fórum Municipal de PICs no SUS, para validação do documento da Política Municipal de PICs. O Fórum contou com a participação de um representante da equipe técnica das PICs do MS, que apresentou as diretrizes, os objetivos, os avanços e os desafios da PNPIC.

Documentos oficiais da Semus apontam que a gestão municipal de Vitória insere, desde 1996, ações em Fitoterapia nos Planos Municipais de Saúde. Os Planos dos períodos 2006-2013 e 2014-2017 incluem, entre essas ações, a Implementação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, devendo a gestão acompanhar as ações planejadas e analisadas pela equipe técnica por meio de relatórios periódicos.

Na percepção dos gestores municipais entrevistados, observa-se pouca apropriação sobre o processo de institucionalização da PNPIC e do movimento nacional já ocorrido:

Detalhadamente não conheço. (G1)

Conheço, já li, mas não tenho tão aprofundado. (G2)

Eu penso que ela está próxima das diretrizes da Atenção Básica, que caminham juntas: organização do território, adscrição da clientela, longitudinalidade do cuidado e outras. (G3)

Não conheço. (G4)

Eu já dei uma lida, aqui tem o livro, talvez não tão detalhadamente. Sei que a política existe e o que está contemplado. (G5)

A maioria dos gestores entrevistados afirmou desconhecer ou conhecer com pouco detalhamento as diretrizes da PNPIC, talvez por estarem atuando na gestão há pouco tempo. Entretanto, o desconhecimento dos entrevistados sobre essa Política pode dificultar o diálogo e minimizar o apoio institucional para a mudança de paradigma do modelo de atenção biomédico vigente para um modelo promotor da saúde.

A PNPIC tem os seguintes objetivos:

- Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.
- Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e a ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, 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 (BRASIL, 2006, p25).

Embora os entrevistados G1 e G3 não tivessem pleno conhecimento das diretrizes da política de PICs, quando relataram alguns objetivos de seu conhecimento prático demonstraram que suas ideias estão afinadas com o principal objetivo da PNPIC, que é o fortalecimento da APS. Apontaram a questão da medicalização, da promoção da saúde e redução dos agravos e enfatizaram o cuidado e a autonomia:

São vertentes para serem incorporadas no cuidado do paciente na questão da medicalização... muito interessante! O ser humano ocupa o tempo dele, a mente com outras atividades. [...] O uso traz para ele um ganho maior, na perspectiva de ser mais pra cima, com mais pró-atividade, ver a vida com olhos de esperança. Às vezes é uma coisa tão simples que ele precisa pra resolver o problema e às vezes não vai dar resultado, e as PICs poderiam resultar mais rápido. (G1)

A proposta de integralidade do cuidado que é posta na PNPIC a nível nacional... o movimento crescente das PICs com bons resultados. Práticas exitosas... os municípios têm de ser sensibilizados e mostrada a importância... (G3)

Para a entrevistada G4, as PICs podem mudar o modelo de atenção focado no paradigma biomédico para um modelo mais humanizado, composto por diversos profissionais, além da equipe de referência, que atuem intersetorialmente, com um olhar integral sobre o ser humano. Além disso, analisa que as PICs estão em consonância com os princípios do SUS e da APS:

É um avanço para nós, que a gente discute no sistema único de saúde. Foge de uma lógica da medicalização. Se você analisa o contexto hoje, tem uma população extremamente adoecida no sentido das relações, da própria condição clínica. A humanidade como um todo aponta pra um adoecimento. [...] A ESF precisa apontar para além de uma equipe mínima preconizada para que o Ministério da Saúde configure os NASFs... mais ação, mais profissionais, multiprofissional, intersetorial... precisamos avançar, e a Política de PICs tem esse objetivo, mudança de hábito, que mexe com a cultura... outra possibilidade, um olhar que não é remédio alopático que vai dar conta, não é a medicina centrada que vai conseguir superar... G4

A entrevistada G2 reforçou a importância da divulgação da política de PICs para os trabalhadores em saúde e a inserção dessas práticas na Atenção Básica, visando à interface com as ações de promoção da saúde como eixo primordial da Atenção Básica:

Penso que a gente precisaria fazer uma maior divulgação da Política. Incorporar a Política nas práticas do cuidado integral, conseguir envolver a promoção como eixo primordial da Atenção Básica, com as práticas, com os profissionais que estão na rede e não atuam com essas práticas, e inserir essa Política na Atenção Básica de fato. (G2)

A entrevistada G4 também identificou que é preciso ampliar o acesso às PICs com a Homeopatia e Acupuntura nos serviços de Atenção Básica, reconhecendo a importância das práticas integrativas e complementares para fortalecimento da atenção à saúde, e sugeriu a troca de saberes e a organização da rede de cuidados, visando à ampliação do número de usuários atendidos, conforme relatou:

Penso que em Vitória tem algumas disponibilidades... a Homeopatia e a Acupuntura no CMEV precisam ampliar. [...] Temos a perspectiva de descentralizar, oferecendo dentro das Unidades de Saúde, para, além disso, procurar dentro de nossa rede e contribuir com seu saber, procurar profissionais que já têm esse conhecimento. (G4)

Na percepção do gestor G5, nota-se uma visão ampliada do processo saúde-doença quando se refere à prevenção como um objetivo da PNPIC:

Hoje as PICs Acupuntura e Homeopatia estão dentro do CMEV. Com olhar mais de tratamento, também podem aparecer aqui pacientes para prevenção, mas a gente vê que na Acupuntura vem muita gente com dor encaminhada do ortopedista ou fisioterapeuta. (G5)

A Política Municipal de PICs em Vitória, introduzida em 2013 pela atual gestão, está ainda em fase de construção. A Fitoterapia é reconhecida como uma das práticas mais acessíveis não só pelos usuários, mas também pelos gestores, que, reconhecendo os seus benefícios, sugeriram a ampliação dessa prática:

A Fitoterapia é muito importante, está mais perto, pode lançar mão dos chás, dos alimentos, que dão respostas, projetando para o futuro o envelhecimento com qualidade. (G1)

Temos que ampliar o que tem. Temos os Jardins Terapêuticos extremamente interessantes... (G2)

Existe uma identificação muito grande dos usuários com as PICs, por ser um tratamento natural, sem efeitos colaterais, envolvendo escuta acolhedora, conforme relato do gestor entrevistado ao falar de suas expectativas com relação à implementação das PICs, quando fez menção à necessidade de se “pensar no todo” e demonstrou conhecimento sobre o assunto não só por ter experimentado a Acupuntura, mas também por ter acompanhado o tratamento de um familiar em Homeopatia:

Acupuntura... a gente tem tido resultados com isso. Eu mesma já fiz, mas não dei continuidade. A aplicação da Homeopatia... Eu tenho experiência com o meu marido que tinha uma sinusite crônica. Passou por todas as especialidades e depois de muito tempo não houve melhora concreta. Foi a Homeopatia que resolveu o caso dele. Quando a gente fala em saúde tem esse lado, não só pensar em biomedicina, mas pensar em envolver o ser humano. É hora de mudar. Quando se fala em saúde tem que pensar no todo. (G1)

Observa-se também, na fala dos entrevistados, que acompanham as discussões sobre a construção da Política Municipal de PICs e a oferta dessas práticas, demonstrando conhecimento sobre o movimento nacional e municipal a elas relacionado bem como expectativa de ampliação da oferta de outras PICs, inserção na atenção básica e difusão dos conhecimentos, com sugestão de capacitação dos profissionais e reconhecimento do que já existe:

As outras PICs, como a Ioga, Tai Chi Chuan, Arteterapia, Musicoterapia, Xi Gong... Primeiro capacitar os profissionais, principalmente aqueles que têm mais experiência, e ofertar para os que queiram fazer também de forma regional, até atingir todas. (G2)

[...] outras possibilidades de atuação, além dos muros das unidades, como o Tai Chi Chuan, como outras práticas, temos uma rede... poder ampliar o olhar... e precisa de uma estrutura. A Atenção Básica precisa de uma aproximação com a Homeopatia e a Acupuntura. (G3)

A gestão está com estudo para oferecer, no Centro Municipal de Especialidades de São Pedro, um serviço com outras atividades e inserir as PICs. A gente tem naquele serviço o centro de atendimento a pessoas vítimas de violência. [...] Penso que seria um público bastante beneficiado com as práticas integrativas. E dentro das unidades de saúde, o técnico esportivo, que tem essa expertise, e até outros profissionais, como enfermeiro, assistente social, que possam estimular as PICs. (G4)

Tudo o que está na Política de PICs: tem Do-In, Liang Gong, Ioga, Arteterapia, outras práticas chinesas... Criar uma organização para você conseguir. Eu acho que é pouco conhecida, e os profissionais conhecem pouco... Ampliar a oferta, ter mais profissionais de saúde oferecendo esse espaço. Criar a oferta... as pessoas acabam conhecendo e ampliando a demanda. (G5)

Na percepção da entrevistada G1, as PICs vão apoiar as equipes da APS no cuidado com os pacientes e a coletividade, pois atuam promovendo a saúde de modo integral, respeitando a singularidade e a subjetividade, conforme se manifestou:

As PICs podem agregar na AB. Esses profissionais têm uma visão diferente do modelo biomédico, e sim na pessoa como um todo. Vai ofertar outras coisas, que darão muito mais respostas... Já está comprovado que até nas respostas das doenças, se a pessoa tem pensamentos positivos, há respostas, até cura... (G1)

Na percepção dos entrevistados há uma assertiva de que as PICs poderão fazer a diferença, ao incorporarem novas possibilidades de cuidar das pessoas, que buscam integralidade e resolutividade, com baixos custos e poucos riscos de efeitos colaterais. As PICs podem ser o “início de tudo”, atuando para alívio imediato do sofrimento, e não como se faz hoje no CMEV, onde o paciente só chega muitas vezes após ter sido tratado com medicamentos sintéticos.

Os entrevistados reforçam a resolubilidade das PICs para cuidar dos problemas de saúde da população, evidenciando a conveniência de serem privilegiadas e incentivadas para ampliação do conhecimento dos outros profissionais de saúde e dos pacientes, ou seja, há necessidade de ampliação do diálogo entre os médicos das PICs e os da APS para que a clínica não fique centrada unicamente no modelo

de atenção biomédico hegemônico, mas, sim, numa abordagem integral do ser humano. A esse respeito, comentaram:

Acredito que as PICs deveriam ser o início de tudo... atuam fortemente na promoção da saúde. Está em todos os níveis... está na promoção, na atenção, mas, se ela não for privilegiada, engrandecida, se não for utilizada precocemente, vai continuar hospitalocêntrico. E a gente precisa reverter essa prática. Elas devem ser incentivadas, deviam ser demonstradas suas potencialidades máximas e não é executada por falta de conhecimento mesmo. A resolutividade é inquestionável. Se a gente não trabalhar esse outro olhar, de uma visão mais global, integral do ser humano, a gente não vai conseguir uma saúde de qualidade. (G2)

Hoje a Atenção Básica, da forma como foi concebida, por si só, com equipe para tratar a doença, a gente não consegue ser resolutivo. O mundo pede outras possibilidades que não mais essa... é um aprendizado. A OMS prevê para 2020 que 90% de população terá algum tipo de questão de saúde mental. Se pensar em atender uma população desta com psiquiatra não conseguiremos ser resolutivos. (G3)

Há uma preocupação na percepção dos gestores entrevistados voltada à questão da ampliação do cuidado, reforçando a importância da promoção da saúde, considerando que os cuidados convencionais centrados na demanda de consultas, que não olham o indivíduo na sua totalidade, como ser social e subjetivo, não darão conta de resolver os problemas da população na sua integralidade, e que novos arranjos precisam ser ofertados na Atenção Básica visando à cura, ao resgate da promoção e da prevenção da saúde:

Eu acho que você pode inserir no cuidado da hipertensão e diabetes, controlar a doença com outro tipo de tratamento, alternativa, poder estimular o seu cuidado com outro tipo de alternativa... Penso que as PICs são bastante resolutivas. Estou me inserindo no tratamento com Homeopatia e com Fitoterapia e tenho gostado da experiência. A gente precisa investir mais não só na recuperação, mas também na promoção. (G4)

Trazendo a questão da promoção da saúde... pensando em tudo com esse olhar. E a promoção está deixada de lado. Em geral os pacientes querem ser atendidos agora para aquele problema, e não querem participar de grupos. E as Unidades de Saúde deixaram de lado essas atividades. (G5)

O modo de produzir saúde é complexo, depende de se avaliarem as condições biopsicossociais e os valores culturais. Assim as PICs poderão integrar a APS para favorecer a reflexão dos usuários sobre sua saúde e condição de vida, como pessoas com autonomia, corresponsáveis pelo cuidado, empoderando-as para um modo de levar a vida mais humanizado e libertador.

É necessário que a gestão municipal decida dar um salto qualitativo para ampliação da resolutividade, institucionalizando a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS em Vitória, na APS, para um caminho seguro e promissor, que mude para melhor a atenção à saúde, conforme afirmou a gestora entrevistada: *“O importante é ter institucionalizado, ir em frente com o movimento. É um processo longo, mas esse é o caminho”*. (G2)

A institucionalização também no âmbito municipal é fundamental para a abertura do acesso a serviços, de maneira mais equânime, e pode ampliar a responsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo para o exercício da cidadania, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe uma diferença importante entre os objetivos da PNPIC e o modelo biomédico, observada pelos entrevistados. É fundamental e necessário, para a difusão e ampliação do acesso a essas alternativas, que ocorra uma reorientação do modelo de atenção à saúde, das práticas centradas na escuta acolhedora, no cuidado e acolhimento dos cidadãos em suas necessidades, na ampliação do vínculo e da integralidade do cuidado, e que se reveja a teoria do processo saúde-doença focado no biologicismo, que não dá mais conta de promover a saúde.

A percepção dos médicos acupunturistas entrevistados sobre as PICs é de que estão envolvidos com o trabalho e reconhecem o valor dessa prática para a melhoria da saúde dos seus pacientes. Entretanto reconhecem que os pacientes deveriam iniciar o tratamento com Acupuntura no início do processo de doença, ou seja, na atenção primária, para prevenção de cronicidade e complicações, pois observam que os pacientes são encaminhados para o médico acupunturista quando já estão muito afetados pelas doenças crônicas, com comprometimento de órgãos e sistemas.

Além disto, os médicos acupunturistas entrevistados apontam que a fragilidade maior está na necessidade de ampliação do número de vagas para médicos acupunturistas diante da demanda reprimida, para que haja maior oferta de consultas visando fortalecer a autonomia e reduzir o uso de medicamentos, a iatrogenia e da medicalização e os custos do tratamento com medicamentos sintéticos.

Na percepção dos médicos homeopatas sobre a Política de PICs, observou-se uma preocupação quanto ao desconhecimento dos médicos da APS sobre os efeitos do tratamento homeopático, desconhecimento que pode interferir negativamente na evolução clínica. Apontam como fragilidade a distância e a carência de diálogo com esses profissionais e relatam a necessidade de aproximação com as equipes da APS, para que, através do diálogo e da troca de saberes, possam divulgar a importância dessa prática para a autonomia no tratamento e escolhas mais saudáveis, além de orientar sobre as condutas dos profissionais de saúde diante das doenças em relação ao entendimento e melhor acompanhamento dos pacientes.

Na percepção dos médicos da atenção básica sobre a Fitoterapia, observou-se que valorizam e buscam conhecer e estudar a Fitoterapia, e desejam participar dos cursos sobre essa prática para se tornarem mais seguros no que tange à prescrição de medicamentos e tratamentos fitoterápicos. Além disso, os médicos da APS percebem melhoras significativas nos pacientes tratados com fitoterápicos e defendem a integração da Fitoterapia nas escolas e comunidades para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, visando à autonomia, ao autocuidado, ao empoderamento e ao protagonismo. A fragilidade apontada foi a descontinuidade na oferta de alguns medicamentos fitoterápicos e a ausência da padronização de formas farmacêuticas fitoterápicas já oferecidas anos atrás, como as tinturas.

Os médicos homeopatas e acupunturistas entrevistados afirmam que um fator facilitador para fortalecimento das PICs seria a divulgação das práticas para os profissionais da APS, por meio de educação permanente, cabendo à gestão a organização do processo de trabalho e a criação de mecanismos para o desenvolvimento de encontros e diálogos com as equipes da APS.

A PNPIC no serviço público é entendida pelos gestores entrevistados como um prolongamento da implementação do SUS, da PNAB, da PNPS e da PNH. Também entendem que, para a efetiva implementação da política de PICs, deve haver uma ampliação das ofertas de práticas na APS, visando fortalecer a integralidade do cuidado, a promoção da saúde e, de fato, a mudança do modelo de atenção com a ampliação do diálogo entre médicos das PICs e da APS.

Há também interesse por parte dos gestores e médicos entrevistados na divulgação e sensibilização das equipes da APS sobre os benefícios da Acupuntura, da Fitoterapia e da Homeopatia para a melhoria das condições gerais do indivíduo, bem como no incentivo aos profissionais na construção de projetos locais, dos jardins terapêuticos, através da educação permanente e do diálogo com as equipes de saúde de referência.

Esta pesquisa constatou que, ao longo dos anos, ocorreram algumas conquistas, e que os médicos da APS entrevistados estão estimulados a conhecer e estudar as PICs. Entretanto é necessário que a gestão continue trabalhando para o fortalecimento das ações educativas nos territórios de saúde, visando à ampliação dos projetos locais integrados com outras secretarias municipais.

Em seus objetivos, a PNPIC define-se pelo fortalecimento da Atenção Básica, visando à ampliação do vínculo e da autonomia dos sujeitos. A permanência das PICs na atenção especializada distancia e fragmenta o atendimento ao paciente, fortalece a manutenção do modelo biomédico hegemônico centrado em procedimentos e não apoia a formação das redes de atenção, que permanecem na periferia do sistema.

Há necessidade de ampliação e difusão do conhecimento da PNPIC em toda a rede de saúde, visando à melhor compreensão dos objetivos e diretrizes dessa política, seja para os profissionais de saúde, seja para os gestores. Entretanto, os gestores entrevistados manifestaram-se favoráveis à inserção, difusão e disseminação da Fitoterapia, da Homeopatia e da Acupuntura no âmbito da APS.

A implantação das PICs nos territórios de saúde pode fazer a diferença na incorporação de novas possibilidades de cuidar das pessoas, que visem à integralidade e à resolubilidade, com baixos custos e poucos riscos de efeitos colaterais. Há que se destacar um relato muito expressivo de um gestor entrevistado, quando afirmou que as PICs podem ser o “início de tudo”, atuando para alívio imediato do sofrimento.

O modo como estão inseridas hoje no CMEV, na periferia do sistema, distantes dos territórios de saúde, dificulta o acesso dos pacientes, o diálogo e as trocas com as famílias e as equipes de referência para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e não promove a integralidade e resolutividade do cuidado. Se inseridas na Atenção Básica, trarão maiores benefícios, uma vez que o território de saúde permite a clínica ampliada, a expressão da complexidade e as singularidades dos processos de saúde e adoecimento dos sujeitos de forma compartilhada e resolutiva.

Além disso, a Acupuntura, a Fitoterapia e a Homeopatia nos serviços de saúde, atuando de forma integrativa e complementar num modelo de atenção usuário-centrado, mais humanizado, singular e harmônico, com potenciais recursos desmedicalizantes, empoderadores e enriquecedores das experiências de cuidado no SUS, poderão promover maior integralidade na abordagem do diagnóstico da doença e do tratamento.

Mas existem desafios que devem ser considerados, quais sejam: a ampliação da adesão dos profissionais de saúde a essas práticas integrativas e complementares e a outras inseridas na Política Nacional de PNPIC, o envolvimento de outras categorias profissionais na produção do cuidado em PICs e o fortalecimento da instalação e manutenção dos Fóruns Permanentes Regionais, além dos encontros anuais .

Conclui-se que os gestores e médicos entrevistados estão comprometidos com a institucionalização da Política para implementação da Acupuntura, da Fitoterapia e da Homeopatia no município de Vitória bem como na reorganização do modelo de atenção à saúde, visando à ampliação do acesso e à integração sistêmica para qualidade da atenção e melhoria da saúde dos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Resolução CIPLAN n.º 08/88, de 8 de março de 1988. Fixa diretrizes, implanta e implementa a prática da acupuntura, fitoterapia e homeopatia nos serviços de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 mar. 1988. Seção II, p. 5.314-5.315.

_____. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://legislacao.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

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

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 4 maio 2006. Seção I, p. 20-24.

_____. Práticas Integrativas e complementares. Plantas medicinais e fitoterapia na atenção Básica. Cadernos de atenção Básica. **A prescrição fitoterápica na atenção à saúde da Família**. Brasília, DF, 2008a, p 53-69.

_____. Vitória: fitoterapia nas Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano 9, n. 18, abr./jun. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília, 2009.

_____. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/rel_gestao2010_final.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão 2006/2010 das práticas integrativas e complementares no SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Modalidades 1 e 2, às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, 2012.

BRAVO, M. I. S. **As políticas de seguridade social saúde**. In: CFESS/CEAD. Capacitação em serviço social e política social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.000, de 28 de junho de 1980. Acrescenta a especialidade Homeopatia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 21 jul. 1980. Seção I, parte II, p12.

_____. Resolução CFM n.º 1.455, de 11 de agosto de 1995. Reconhece a Acupuntura como especialidade médica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 set. 1995. Seção I, p. 12.675.

SCOREL, S. História 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.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, 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.

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

FLEURY, S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: _____. **Saúde e democracia – a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

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.

FINTELMANN, V.; WEISS, R. F. **Manual de fitoterapia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

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

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo e mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública**. 2002. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Endemias, Ambiente e Sociedade, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

Disponível em: <<http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/lacerdaam.pdf>>. Acesso em: 20/jan./2014

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

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.

LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1996.

_____. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.181-200.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, 15(Supl.): 145-176, 2005.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MEHRY, E. E. et al. (Org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. In: Franco T.B., Bueno W.S., Merhy E.E., Magalhães H.M., Rimoli J **Programa de Saúde da Família (PSF):** contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

NOGUEIRA, M. I. A formação médica sob a ótica do paradigma vitalista: via de entrada em um mundo novo. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. (Org.). **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 123-138.

SALLES, S. **Homeopatia, universidade e SUS: resistências e aproximações**. São Paulo: Hucitec, 2008.

SANTANA, C.; HENNINGTON, E. A.; JUNGES, J. R. Prática médica homeopática e a integralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 12, n. 25, p. 233-246, abr./jun. 2008.

SILVA, G. R. **A política nacional de práticas integrativas e complementares no município de Vitória-ES: um estudo da prática médica homeopática**, 2012. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, 2012.

SIMONI, C. Processo de institucionalização das RM e PICs: relato de uma experiência de gestão. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. (Org.). **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 206-215.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2006. [online].

TESSER, C. D. 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. 251-283.

TESSER, C. D.; SILVA, D. C. S: Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des) medicalização social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2186-2196, nov. 2013.

TESSER, C. D.; SOUZA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.

VITÓRIA. Câmara Municipal de Vitória. **Lei n.º 4.352, de 19 de abril de 1996**. Autoriza o poder executivo a instituir o Programa Farmácias Vivas, dispõe sobre as diretrizes para a sua implantação na Rede Municipal de Saúde e dá outras providências. Vitória-ES, 1996.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei n.º 7.486, de 5 de junho de 2009**. Institui a Política Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Vitória-ES, 2009.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde (2010-2013)**. Vitória-ES, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICOS HOMEOPATAS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu,, declaro que concordo em participar da pesquisa referente ao projeto intitulado *Práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde de Vitória-ES: percepção dos médicos e gestores*, cujos objetivos são: avaliar os serviços de práticas integrativas e complementares da Rede Municipal de Saúde de Vitória-ES na percepção dos usuários, médicos e gestores que atuam nas PICs; identificar, a partir dos sujeitos da pesquisa, os fatores facilitadores e limitantes da cobertura dos serviços em relação à Atenção Primária em Saúde (APS) e à Atenção Especializada; contribuir reflexivamente para a reorganização do modelo de PICs existente no município de Vitória com base na discussão gerada pela pesquisa. Fui informado(a) de que a metodologia de coleta de dados abrangerá a participação em entrevistas e reuniões de grupos focais, agendadas previamente, cujo conteúdo será gravado em mp3 para posterior análise; a pesquisa será desenvolvida pela pesquisadora Dr.^a Raquel de Matos Lopes Gentilli e pela mestranda Henriqueta Tereza do Sacramento (naturezaht@gmail.com); sempre que quiser, poderei pedir mais informações à pesquisadora através do e-mail raquel.gentilli@emescam.br. Afirmando que aceitei participar espontaneamente do estudo, com a finalidade exclusiva de colaborar para que seja bem sucedido, ciente de que não terei direito a nenhum

incentivo direto nem a ônus de qualquer natureza. Declaro ter sido informado(a) de que meus dados pessoais serão mantidos em sigilo por parte do pesquisador; os riscos decorrentes da minha participação serão mínimos, pois o conteúdo dos temas é apenas opinativo; será preservado o anonimato dos sujeitos participantes; mesmo que tenha consentido em participar da pesquisa, poderei afastar-me em qualquer momento de uma reunião, motivado(a) por sentimento de desconforto ou constrangimento. Estou ciente de que este estudo trará informações importantes sobre as “práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde de Vitória-ES”, no que tange à avaliação dessas práticas. Fui também esclarecido(a) de que apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações por mim prestadas, as quais ficarão sob a guarda da pesquisadora por até cinco anos a partir da conclusão da pesquisa, quando serão então descartadas de maneira adequada. Minha colaboração será feita de forma confidencial e privada por meio de uma entrevista com duração de aproximadamente 90 minutos aplicada por um profissional. Estou ciente de que poderei afastar-me da pesquisa e/ou recusar-me a dar alguma informação, sem prejuízo nenhum ao meu vínculo empregatício na instituição e sem que venha a sofrer nenhum constrangimento. Fui enfim informado(a) de que poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Esnenhumcola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM), pelo telefone (27) 3334-3586, caso tenha alguma dúvida com relação à ética do estudo. Confirmando que recebi uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Vitória, ___ de _____ de 2014.

Assinatura do(a) participante.

Assinatura do mestrando pesquisador e telefone.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICOS ACUPUNTURISTAS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu,, declaro que concordo em participar da pesquisa referente ao projeto intitulado *Práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde de Vitória-ES: percepção dos médicos e gestores*, cujos objetivos são: avaliar os serviços de práticas integrativas e complementares da Rede Municipal de Saúde de Vitória-ES na percepção dos usuários, médicos e gestores que atuam nas PICs; identificar, a partir dos sujeitos da pesquisa, os fatores facilitadores e limitantes da cobertura dos serviços em relação à Atenção Primária em Saúde (APS) e à Atenção Especializada; contribuir reflexivamente para a reorganização do modelo de PICs existente no município de Vitória com base na discussão gerada pela pesquisa. Fui informado(a) de que a metodologia de coleta de dados abrangerá a participação em entrevistas e reuniões de grupos focais, agendadas previamente, cujo conteúdo será gravado em mp3 para posterior análise; a pesquisa será desenvolvida pela pesquisadora Dr.^a Raquel de Matos Lopes Gentili e pela mestranda Henriqueta Tereza do Sacramento (naturezaht@gmail.com); sempre que quiser, poderei pedir mais informações à pesquisadora através do e-mail raquel.gentili@emescam.br. Afirmo que aceitei participar espontaneamente do estudo, com a finalidade exclusiva de colaborar para que seja bem sucedido, ciente de que não terei direito a nenhum incentivo direto nem estarei sujeito a ônus de qualquer natureza. Declaro ter sido informado(a) de que meus dados pessoais serão mantidos em sigilo por parte do pesquisador; os riscos decorrentes da minha participação serão mínimos, pois o conteúdo dos temas é apenas opinativo; será preservado o anonimato dos sujeitos

participantes; mesmo que tenha consentido em participar da pesquisa, poderei afastar-me em qualquer momento de uma reunião, motivado(a) por sentimento de desconforto ou constrangimento. Estou ciente de que este estudo trará informações importantes sobre as “práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde de Vitória-ES”, no que tange à avaliação dessas práticas. Fui também esclarecido(a) de que apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações por mim prestadas, as quais ficarão sob a guarda da pesquisadora por até cinco anos a partir da conclusão da pesquisa, quando serão então descartadas de maneira adequada. Minha colaboração será feita de forma confidencial e privada por meio de uma entrevista com duração de aproximadamente 90 minutos aplicada por um profissional. Estou ciente de que poderei afastar-me da pesquisa e/ou recusar-me a dar alguma informação, sem prejuízo nenhum ao meu vínculo empregatício na instituição e sem que venha a sofrer nenhum constrangimento. Fui enfim informado(a) de que poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM), pelo telefone (27) 3334-3586, caso tenha alguma dúvida com relação à ética do estudo. Confirmando que recebi uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Vitória, ___ de _____ de 2014.

Assinatura do(a) participante.

Assinatura do mestrando pesquisador e telefone.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu,, declaro que concordo em participar da pesquisa referente ao projeto intitulado *Práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde de Vitória-ES: percepção dos médicos e gestores*, cujos objetivos são: avaliar os serviços de práticas integrativas e complementares da Rede Municipal de Saúde de Vitória-ES na percepção dos usuários, médicos e gestores que atuam nas PICs; identificar, a partir dos sujeitos da pesquisa, os fatores facilitadores e limitantes da cobertura dos serviços em relação à Atenção Primária em Saúde (APS) e à Atenção Especializada; contribuir reflexivamente para a reorganização do modelo de PICs existente no município de Vitória com base na discussão gerada pela pesquisa. Fui informado(a) de que a metodologia de coleta de dados abrangerá a participação em entrevistas e reuniões de grupos focais, agendadas previamente, cujo conteúdo será gravado em mp3 para posterior análise; a pesquisa será desenvolvida pela pesquisadora Dr.^a Raquel de Matos Lopes Gentilli e pela mestranda Henriqueta Tereza do Sacramento (naturezaht@gmail.com); sempre que quiser, poderei pedir mais informações à pesquisadora através do e-mail raquel.gentilli@emescam.br. Afirmo que aceitei participar espontaneamente do estudo, com a finalidade exclusiva de colaborar para que seja bem sucedido, ciente de que não terei direito a nenhum incentivo direto nem estarei sujeito a ônus de qualquer natureza. Declaro ter sido informado(a) de que meus dados pessoais serão mantidos em sigilo por parte do pesquisador; os riscos decorrentes da minha participação serão mínimos, pois o

conteúdo dos temas é apenas opinativo; será preservado o anonimato dos sujeitos participantes; mesmo que tenha consentido em participar da pesquisa, poderei afastar-me de em qualquer momento de uma reunião, motivado(a) por sentimento de desconforto ou constrangimento. Estou ciente de que este estudo trará informações importantes sobre as “práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde de Vitória-ES”, no que tange à avaliação dessas práticas. Fui também esclarecido(a) de que apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações por mim prestadas, as quais ficarão sob a guarda da pesquisadora por até cinco anos a partir da conclusão da pesquisa, quando serão então descartadas de maneira adequada. Minha colaboração será feita de forma confidencial e privada por meio de uma entrevista com duração de aproximadamente 90 minutos aplicada por um profissional. Estou ciente de que poderei afastar-me da pesquisa e/ou recusar-me a dar alguma informação, sem prejuízo nenhum ao meu vínculo empregatício na instituição e sem que venha a sofrer nenhum constrangimento. Fui enfim informado(a) de que poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM), pelo telefone (27) 3334-3586, caso tenha alguma dúvida com relação à ética do estudo. Confirmando que recebi uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Vitória, __ de _____ de 2014.

Assinatura do(a) participante.

Assinatura do mestrando pesquisador e telefone.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu,, declaro que concordo em participar da pesquisa referente ao projeto intitulado *Práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde de Vitória-ES: percepção dos médicos e gestores*, cujos objetivos são: avaliar os serviços de práticas integrativas e complementares da Rede Municipal de Saúde de Vitória-ES na percepção dos usuários, médicos e gestores que atuam nas PICs; identificar, a partir dos sujeitos da pesquisa, os fatores facilitadores e limitantes da cobertura dos serviços em relação à Atenção Primária em Saúde (APS) e à Atenção Especializada; contribuir reflexivamente para a reorganização do modelo de PICs existente no município de Vitória com base na discussão gerada pela pesquisa. Fui informado(a) de que a metodologia de coleta de dados abrangerá a participação em entrevistas e reuniões de grupos focais, agendadas previamente, cujo conteúdo será gravado em mp3 para posterior análise; a pesquisa será desenvolvida pela pesquisadora Dr.^a Raquel de Matos Lopes Gentilli e pela mestrandia Henriqueta Tereza do Sacramento (naturezaht@gmail.com); sempre que quiser, poderei pedir mais informações à pesquisadora através do e-mail raquel.gentilli@emescam.br. Afirmo que aceitei participar espontaneamente do estudo, com a finalidade exclusiva de colaborar para que seja bem sucedido, ciente de que não terei direito a nenhum incentivo direto nem estarei sujeito a ônus de qualquer natureza. Declaro ter sido informado(a) de que meus dados pessoais serão mantidos em sigilo por parte do pesquisador; os riscos decorrentes da minha participação serão mínimos, pois o conteúdo dos temas é apenas opinativo; será preservado o anonimato dos sujeitos

participantes; mesmo que tenha consentido em participar da pesquisa, poderei afastar-me em qualquer momento de uma reunião, motivado(a) por sentimento de desconforto ou constrangimento. Estou ciente de que este estudo trará informações importantes sobre as “práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde de Vitória-ES”, no que tange à avaliação e dessas práticas. Fui também esclarecido(a) de que apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações por mim prestadas, as quais ficarão sob a guarda da pesquisadora por até cinco anos a partir da conclusão da pesquisa, quando serão então descartadas de maneira adequada. Minha colaboração será feita de forma confidencial e privada por meio de uma entrevista com duração de aproximadamente 90 minutos aplicada por um profissional. Estou ciente de que poderei afastar-me da pesquisa e/ou recusar-me a dar alguma informação, sem prejuízo nenhum ao meu vínculo empregatício na instituição e sem que venha a sofrer nenhum constrangimento. Fui enfim informado(a) de que poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM), pelo telefone (27) 3334-3586, caso tenha alguma dúvida com relação à ética do estudo. Confirmando que recebi uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Vitória, __ de _____ de 2014.

Assinatura do(a) participante.

Assinatura do mestrando pesquisador e telefone.

APÊNDICE E

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS HOMEOPATAS

INFORMAÇÕES DOS MÉDICOS HOMEOPATAS PARTICIPANTES

Nome:

Profissão:

Tempo de Exercício na Rede Municipal de Saúde:

Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Nível e Local de Atuação:

- 1) Tem conhecimento sobre a maneira como o SUS trabalha a questão das PICs?
- 2) Como tem sido informado ou toma conhecimento das PICs na prática profissional diária?
- 3) Na sua experiência profissional, como considera as possibilidades das PICs na atenção à saúde no cotidiano de trabalho?
- 4) Quais os fatores facilitadores para a resolubilidade dos problemas de saúde tratados pela Homeopatia?
- 5) Quais as possibilidades da Homeopatia no serviço de saúde?
- 6) Quais as fragilidades da Homeopatia no serviço de saúde?

APÊNDICE F

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS ACUPUNTURISTAS

INFORMAÇÃO DOS MÉDICOS ACUPUNTURISTAS

Nome:

Profissão:

Tempo de Exercício na Rede Municipal de Saúde:

Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Nível ou Local de Atuação:

- 1) Tem conhecimento sobre a maneira como o SUS trabalha a questão das PICs?
- 2) Como tem sido informado ou toma conhecimento das PICs na prática profissional diária?
- 3) Na sua experiência profissional, como considera as possibilidades das PICs na atenção à saúde no cotidiano de trabalho?
- 4) Quais os fatores facilitadores para a resolubilidade dos problemas de saúde tratados pela Acupuntura?
- 5) Quais as possibilidades da Acupuntura na ampliação e melhora do acesso ao serviço de saúde?
- 6) Quais as fragilidades da Acupuntura no serviço de saúde?

APÊNDICE G

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA

INFORMAÇÕES DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Nome:

Profissão:

Tempo de Exercício na Rede Municipal de Saúde:

Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Nível e Local de Atuação:

- 1) Tem conhecimento sobre a maneira como o SUS trabalha a questão das PICs?
- 2) Como tem sido informado ou toma conhecimento das PICs na sua prática profissional diária?
- 3) Na sua experiência profissional, como considera as possibilidades das PICs na atenção à saúde no cotidiano de trabalho?
- 4) Quais os fatores facilitadores para a resolubilidade dos problemas de saúde tratados pela Fitoterapia?
- 5) Quais as possibilidades da Fitoterapia na ampliação e melhora do acesso ao serviço de saúde?
- 6) Quais as fragilidades da Fitoterapia no serviço de saúde?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES

INFORMAÇÕES DOS GESTORES PARTICIPANTES

Nome:

Profissão:

Tempo de Exercício na Rede Municipal:

Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Nível e Local de Atuação:

- 1) Você conhece os objetivos da Política Nacional de PICs?
- 2) Você conhece as diretrizes da Política Nacional de PICs?
- 3) Quais as possibilidades dos serviços de PICs na ampliação e melhora do acesso ao serviço de saúde?
- 4) Quais as fragilidades dos serviços de PICs?
- 5) Que sugestões você daria para superar essas dificuldades do ponto de vista de gestão?

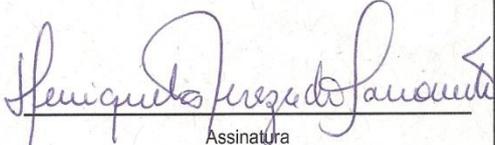
ANEXOS

ANEXO A-DOCUMENTO DE APROVAÇÃO NO CEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE VITÓRIA: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS, MÉDICOS E GESTORES.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 48	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Henriqueta Tereza do Sacramento			
6. CPF: 578.139.737-04	7. Endereço (Rua, n.º): JOSE NEVES CYPRESTE JARDIM DA PENHA 198-402 VITORIA ESPIRITO SANTO 29060300		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (27) 3225-0454	10. Outro Telefone:	11. Email: naturezaht@gmail.com
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>18 / 02 / 2014</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM	14. CNPJ: 28.141.190/0004-29	15. Unidade/Orgão:	
16. Telefone: 273334.3586	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Ricardo Maximiliano Goldschmidt</u>		CPF: <u>046 496 566-72</u>	
Cargo/Função: <u>Diretor</u>			
Data: <u>18 / 02 / 2014</u>		 Assinatura Ricardo M. Goldschmidt Diretor EMESCAM	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO B

CARTA DE APRESENTAÇÃO



PREFEITURA DE VITÓRIA

Carta de Apresentação

Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/Gerência de atenção à saúde; Coordenação de Atenção Básica; Coordenação de Atenção Especializada; Gerência de Assistência Farmacêutica, US Maruípe, US Santo Antonio, US Jardim da Penha, US Vitória, US Jesus de Nazareth, US Ilha das Caieiras	08/07/2014	MARY

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Sra. Diretora,

O projeto de pesquisa de mestrado da EMESCAM intitulada: **"Práticas Integrativas e Complementares nos Serviços de Saúde da Vitória-ES: Percepção de Usuários, Médicos e Gestores"** de autoria de Henriqueta Tereza do Sacramento sob orientação da Dra. Raquel de Matos Lopes Gentili.

Esclarecemos que o presente estudo será desenvolvido com o objetivo de avaliar os serviços de práticas integrativas e complementares da rede municipal de saúde de Vitória-ES desde a percepção dos gestores, usuários e médicos que atuam nas Práticas Integrativas Complementares

A metodologia a ser utilizada será o método da análise temática com entrevista semi estruturada e realização de grupo focal; os grupos a serem pesquisados serão profissionais, gestores e usuários.

Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria (SEMUS) e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do (s) pesquisador (es).

Solicitamos que os pesquisadores sejam recepcionados, que a pesquisa seja viabilizada por este setor e informamos que esta autorização para realização da pesquisa tem validade por um ano.

Atenciosamente,

Regina Célia Diniz Werner
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde