

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

TATIANA LEITE MÜLLER

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS:
DESAFIOS ATUAIS**

PORTO ALEGRE

2016

TATIANA LEITE MÜLLER

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS:
DESAFIOS ATUAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

PORTO ALEGRE

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Leite Müller, Tatiana

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO
BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE, RS: DESAFIOS ATUAIS / Tatiana Leite Müller. --
2016.
134 f.

Orientador: Tatiana Engel Gerhardt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2016.

1. Terapias Complementares. 2. Política de Saúde.
3. Sistema Único de Saúde. I. Engel Gerhardt, Tatiana
, orient. II. Título.

TATIANA LEITE MÜLLER

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS:
DESAFIOS ATUAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Data da aprovação: 31 de outubro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Tatiana Engel Gerhardt
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Orientadora

Prof. Dra. Adriana Roese
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Maria Gabriela Curubeto Godoy
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Kênia Lara Silva
Universidade Federal de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

Agradeço a oportunidade de ter ingressado no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS e por ele ter sido tão bem acolhida.

Agradeço aos meus pais, Isabel e Francisco, meus companheiros presentes sempre em minha vida, que fazem de todas as minhas escolhas as suas também.

Um especial agradecimento a minha avó Yeya, pela dedicação e atenção sempre tão singulares.

Para minha avó Nena *in memoriam*, que aqui não pode me acompanhar até o final desta etapa e vê-la sendo concluída por mim: muito obrigada pelo carinho e sinto pelos momentos que não pude ter estado ao seu lado tanto quanto eu gostaria.

Agradeço a minha família, aos que estão longe e aos próximos, pela eterna compreensão à caminhada que resolvi trilhar.

Um especial agradecimento a Marta Echenique, pelo suporte nos momentos mais difíceis desta caminhada.

A minha orientadora Tatiana Engel Gerhardt, por todo seu apoio e dedicação na elaboração desta dissertação, seus aconselhamentos e correções, por estar sempre presente nos momentos em que eu mais precisei, por me acolher, por acreditar e confiar no meu trabalho.

Ao professor Mário Tavares, por ter me acompanhado em meus primeiros passos da vida acadêmica e da Saúde Coletiva.

Obrigada, ex-orientadora e amiga, Daniela Dallegrave, por todo incentivo, confiança e parceria que sempre dedicou a mim desde que nos encontramos no início desta jornada.

Agradeço aos meus colegas por todos os momentos de aprendizado e companheirismo que passamos juntos.

Agradeço aos profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS de Porto Alegre, que tive a oportunidade de conhecer e conviver contribuindo não apenas para minha formação profissional mas também pessoal.

Um especial agradecimento a Giuliana Cadorin, pela incrível disponibilidade e ajuda nesta e nas demais pesquisas e produções acadêmicas que fazem parte da minha trajetória.

RESUMO

O estudo envolve a problematização do processo de institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na Atenção Básica (AB) e do processo de implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Tem-se por objetivo analisar o processo de institucionalização e implementação da PNPIC na AB do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre, identificando as práticas ofertadas, os fatores dificultadores e facilitadores dessa implementação e como se dá o acesso e o fluxo dos usuários nesses serviços da AB. Para isso, foi realizado um estudo qualitativo com a) grupo focal, com todos os gerentes distritais de Porto Alegre; b) entrevistas semiestruturadas com profissionais da AB que utilizam as PICs em seus atendimentos ou que possuam formação em PICs, mesmo que não atuem; e c) diário de campo em todas as etapas da coleta de dados. No eixo temático sobre oferta de PICs, surgiram as categorias interesse/desinteresse dos atores, em que, de um lado, existe o profissional de saúde que está em busca de conhecimento e alternativas para incorporar ao seu processo de trabalho e, de outro, gestores que priorizam outra lógica de oferta de serviços; e a categoria informalidade, que diz respeito ao desconhecimento dos profissionais sobre a oferta de PICs, a implementação da política e seus fatores envolvidos, fazendo com que a oferta desses atendimentos, na AB, aconteça informalmente, de forma descontinuada e com pouca valorização. No eixo temático sobre fatores que dificultam e facilitam a oferta de PICs, surgiram as categorias concepção de saúde e invisibilidade. A categoria concepção de saúde representa a forma como se faz o direcionamento das ações e serviços em saúde, fator identificado como principal elemento na dificuldade de implementação da PNPIC e no crescimento da oferta de PICs. A categoria invisibilidade diz respeito à falta de divulgação das PICs ofertadas na rede de serviços para os profissionais e suas formas de encaminhamento, bem como à falta de visibilidade que as PICs têm na comunidade para aqueles que queiram acessar os serviços. Também se refere à questão da oferta de PICs dependerem exclusivamente da iniciativa do profissional de saúde. A análise temática dos dados apontou para um modelo tecnoassistencial do sistema de saúde da AB, centrado no modelo biomédico, e que, apesar dos gestores reconhecerem as limitações desse modelo, segue-se reproduzindo essa concepção, direcionando as ações de saúde. Enfatiza-se a importância que a AB possui para a visibilidade e expansão das PICs, entretanto, os desafios não são pequenos. As PICs possuem um grande potencial, porém não basta criar uma política para que a inserção das PICs de fato ocorra no SUS. É necessário dar visibilidade e legitimidade às práticas que já acontecem nos serviços: não se trata de incluir novos profissionais nem de focar a atenção especializada, mas de potencializar e viabilizar as práticas já desenvolvidas pelos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares; Política de saúde; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

The study involves the questioning of the institutionalization process of Integrative and Complementary Practices (ICPs) in Primary Care (PC) and the implementation process of the National Policy on Integrative and Complementary Practices (NPICP) in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Our goal is to analyze the institutionalization and implementation processes of NPICP in PC Health System of Porto Alegre, identifying the offered practices, hindering and facilitator factors of this implementation and how the access and the flow of users in these services on primary care are. For this, we conducted a qualitative study with a) focus group, with all district managers of Porto Alegre; b) semi-structured interviews with primary care practitioners who use ICPs in their care or who are training in ICPs, even if not acting on it; and c) diary at all stages of data collection. In the thematic area on PICs offer, the categories interest/disinterest of the actors emerged. For one side, there is a health professional who is looking for knowledge and alternatives to incorporate into their work process. For the other, managers who prioritize other logic services offer; and informality category, which relates to the lack of professionals on the provision of ICPs, the implementation of the policy and its factors involved, making the provision of such care in Primary Care happen informally, discontinued and with little appreciation. In the thematic area about factors that hinder and facilitate the provision of ICPs, the categories concept of health and invisibility were pointed out. The health conception category is how it is developed the direction of activities and services in health, factor identified as the main element in the implementation difficulty of the NPICP and supply growth of ICPs. The invisibility category concerns the lack of divulgation of PICs offered in the service network for professionals and their routing mode, and the lack of visibility that ICPs have in the community for those who want to access the services. It also refers to the issue of ICPs offer depend exclusively on the health professional initiative. The thematic analysis of the data pointed to a technical care model of health care in Primary Care focused on the biomedical model, and that, despite the managers recognize the limitations of this model, it is kept by reproducing this view, directing health actions. We emphasize the importance that Primary Care has to the visibility and expansion of ICPs, however, the challenges are not small. The ICPs have great potential, but it is not enough to create a policy for the integration of ICPs actually occur in SUS. It is necessary to give visibility and legitimacy to practices that already occur in the services: it is not the case to include new professionals, nor focus on specialized care, but to empower and enable the already practices developed by professionals.

KEYWORDS: Complementary Therapies; Health Policy; Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1: Ficha de Atividade Coletiva – e-SUS AB	49
Figura 2: Ficha de Procedimentos – e-SUS AB.....	50
Figura 3: Ficha de Atendimento Individual e-SUS	51
Figura 4: Ficha de Cadastro Individual e-SUS.....	51
Figura 5: Médicos acupunturistas e homeopatas nas equipes de NASF	56
Figura 6: Capacidade Instalada por Níveis Hierárquicos da Rede de Serviços do município de Porto Alegre, RS, no ano de 2013.....	77
Figura 7: Acupuntura como subespecialidade com demanda reprimida em dezembro de 2012	83
Figura 8: Acupuntura e Homeopatia como subespecialidades médicas disponibilizadas no Centro de Saúde Modelo	83
Figura 9: Homeopatia como subespecialidade médica disponibilizada no Centro de Saúde Murialdo.....	84

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Categorias de estudo.....	74
Quadro 2: Descrição dos Estabelecimentos de Saúde em agosto de 2016 em Porto Alegre.	78
Quadro 3: Estabelecimentos de saúde cadastrados que ofertam o atendimento ambulatorial no serviço 134 – Serviço de Práticas Integrativas e Complementares – Município de Porto Alegre/RS – CNES	80

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APLs – Arranjos Produtivos Locais
ASSEPLA/SMS – Assessoria de Planejamento e Programação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
CAM – *Complementary Alternative Medicine*
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CDS – Coleta de Dados Simplificada
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST – Centro Regional de Saúde do Trabalhador
CFBM – Conselho Federal de Biomedicina
CFF – Conselho Federal de Farmácia
CFFa – Conselho Federal de Fonoaudiologia
CFM – Conselho Federal de Medicina
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CGPPS – Coordenadoria Geral de Políticas Públicas em Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CMCE – Central de Marcação de Consultas Especializadas
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRTN – Centro de Referência em Tratamento Natural
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DS – Distritos Sanitários
EENF – Escola de Enfermagem

EqAB – Equipe de Atenção Básica
EqSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
FHB – Farmacopeia Homeopática Brasileira
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GD – Gerências Distritais
GESC – Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHB – Instituto Hahnemanniano do Brasil
IMESF – Instituto Municipal da Estratégia da Saúde da Família
INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MAC – Medicina Alternativa Complementar
MS – Ministério da Saúde
MTC – Medicina Tradicional Chinesa
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações não governamentais
P – Profissionais
PAB – Piso da Atenção Básica
PC – Profissionais de Saúde Coordenadores
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEPIC-RS – Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares
PIC – Práticas Integrativas e Complementares
PIS – Práticas Integrativas em Saúde
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF – Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
POP Negra – Política Nacional da População Negra
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RENAFITO – Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENISUS – Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS

SAI/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCI – Terapia Comunitária Integrativa
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 CONSTRUINDO O PROBLEMA DE PESQUISA	20
2.1 REVISANDO CONTEÚDOS E CONCEITOS.....	20
2.1.1 Concepções de saúde e cuidado.....	21
2.1.2 Pluralismo Terapêutico e Racionalidades Médicas	25
2.1.3 Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Práticas Integrativas no Sistema Único de Saúde (PNPIC/ SUS)	29
3 ESPECIFICANDO OS OBJETIVOS	64
3.1 OBJETIVO GERAL	64
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	64
4 TRAJETÓRIA DE INVESTIGAÇÃO	65
4.1 PROPOSTA METODOLÓGICA.....	65
4.2 O CENÁRIO	66
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	66
4.4 GERAÇÃO DE DADOS: DANDO VOZ AOS ATORES	68
4.5 CAMINHO QUE PERCORRI.....	69
4.6 PROCESSO DE ANÁLISE E REDAÇÃO DO TEXTO: PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES.....	72
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	74
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	76
5.1 CAPACIDADE INSTALADA E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PORTO ALEGRE E SUA RELAÇÃO COM AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	76
5.1.1 Caracterização da rede de serviços de saúde que oferecem PICs no município de Porto Alegre – RS	79
5.1.2 As Práticas Integrativas e Complementares no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2014-2017	82

5.2 OFERTA, FACILIDADES E DIFICULDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA	90
5.2.1 Entre o interesse pessoal e o desinteresse institucional: marcas de um processo recente.....	91
5.2.2 Lógicas de cuidado e modelo de atenção: desafios e resistências institucionais e profissionais para a implementação das Práticas Integrativas e Complementares	101
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE A: Roteiro para Grupo Focal com Gestores das Gerências Distritais de Porto Alegre	128
APÊNDICE B: Roteiro para Entrevista com profissionais de saúde	129
APÊNDICE C: Diário de Campo	130
APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal.....	131
APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista	133

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho está inserido em um projeto maior, intitulado *Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: os desafios da Região Metropolitana de Porto Alegre/ RS – EENF/ UFRGS*, que objetiva analisar o planejamento regional na Região de Saúde 10 do estado do Rio Grande do Sul quanto às potencialidades e fragilidades em atender às demandas impostas pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (ROESE, 2014).

A presente pesquisa se insere na linha de pesquisa *Saúde, Instituições e Cidadania*, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; e no Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC), da mesma instituição.

O tema de pesquisa deste estudo envolve a problematização acerca do processo de institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na Atenção Básica (AB) e do processo de implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no município de Porto Alegre. Nesse contexto, é propósito da pesquisa identificar os empecilhos, as facilidades e demais questões envolvidas no processo de institucionalização das PICs em Porto Alegre. Trato, aqui, por institucionalização a implementação da política que inclui a oferta de práticas antes informais de cuidado em saúde no sistema de serviço oficial de saúde, passando a serem práticas formais de tais serviços. Quando se fala em políticas públicas, a implementação refere-se à execução das decisões adotadas na formulação da política.

Busco, por meio deste estudo, realizar a identificação das PICs ofertadas na Atenção Básica do SUS de uma Gerência Distrital de Porto Alegre, seus locais de oferta e profissionais envolvidos, e entender como tem se dado a implementação e institucionalização desta política na capital do estado do Rio Grande do Sul.

O interesse em estudar as PICs e sua inserção no SUS de Porto Alegre se deu, inicialmente, pela minha graduação. Sou bacharel em Naturologia Aplicada¹ e as PICs são o campo de trabalho a que me dedico.

Sou residente no município de Porto Alegre, onde alguns serviços públicos de saúde oferecem atendimentos em PICs. Essa oferta, na maioria das vezes, acontece por iniciativa do profissional de saúde que agrega essas formas de cuidado aos seus atendimentos e ações em saúde. Por serem iniciativas isoladas, sem financiamento, e com pouca ou nenhuma divulgação, acabam sendo oferecidas de forma descontínua ou com pouco conhecimento da população.

A escolha pelo município de Porto Alegre se deu devido ao maior número de PICs registradas nas bases de dados da capital, quando comparadas aos dados dos municípios da região metropolitana. Outra razão é porque Porto Alegre possui uma Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em construção desde 2011, portanto é o único município incluído no estudo *Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: os desafios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS* que está na iminência de publicar uma política municipal sobre a temática a ser estudada. Esse fato também indica que existe uma mobilização do município em relação às PICs e, portanto, maior possibilidade de localizar serviços e atores envolvidos no processo.

Uma das justificativas do propósito desta pesquisa é em virtude da carência de informações sobre a oferta de serviços relacionados às PICs na capital gaúcha. Ao mesmo tempo, salienta-se a relevância do estudo em função das mudanças no perfil de adoecimento da população, no qual as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) vêm acometendo cada vez mais indivíduos, sendo necessário que os profissionais de saúde estejam preparados

¹ A graduação em Naturologia Aplicada ainda é pouco conhecida no Brasil. Tem como um dos objetivos formar profissionais capacitados para a assistência em medidas de promoção, prevenção e manutenção da saúde e qualidade de vida do ser integralmente, propondo-se à atuação baseada nos fundamentos das Medicinas Tradicionais e Populares, utilizando recursos naturais de tratamento. O curso está baseado nas Medicinas Tradicionais Chinesa, Ayurvédica, Xamânica e Antroposófica, aliadas aos métodos contemporâneos de atenção à saúde (nota da autora).

para atender às necessidades desses usuários, sendo as PICs apontadas como estratégia para abordar essas questões.

Outra motivação para trabalhar a temática das PICs em Porto Alegre é pela relevância que elas possuem no enfrentamento de diversos tipos de sofrimento e por fazerem parte da busca por cuidado de muitas pessoas, independente do sistema hegemônico e oficial que conduz a atenção à saúde da população.

A resolutividade das PICs é algo interessante a ser destacado, principalmente, em relação a algumas lacunas que a medicina ocidental contemporânea vem deixando.

As PICs oferecem excelente resposta frente à demanda por condições crônicas ou distúrbios funcionais, que tradicionalmente possuem baixa resolutividade nos serviços convencionais, como nos casos de problemas circulatórios, reumatismos ou problemas osteoarticulares, diabetes, problemas renais, entre outros. O modelo diagnóstico-terapêutico dessas medicinas é considerado um dos elementos explicativos dessa resolutividade (LUZ, 2005).

Tesser e Barros (2010, p. 219) apresentam as PICs como estratégia para minimizar a medicalização social², ressaltando que “os perigos [da inserção das PICs nos serviços de saúde] são pequenos, as limitações não são impeditivas e as potencialidades do fomento e da oferta das MAC³ são promissoras como estratégia ‘desmedicalizante’”. Defendem que outra contribuição das PICs é o que chamaram de enriquecimento interpretativo da clínica, em que muitos adoecimentos que não se enquadram em diagnósticos precisos e que demandam atendimentos especializados com consequentes exames complementares, na maioria das vezes, inconclusivos, tornam-se compreensíveis dentro de outra racionalidade médica, admitindo, assim, tratamento apropriado e assertivo. Cunha (2005) contribui salientando que a Homeopatia e a Acupuntura - e me permito estender às demais PICs e

² O processo de medicalização social é um termo definido por Conrad (2007 apud Santos, 2012) que representa o processo de transformação social no qual problemas não-médicos passam a ser tratados como médicos; um problema, antes tido como comum, passa a ter termo médico definido e, como consequência, adoção de um quadro clínico e intervenção determinados. Passa, assim, a ocorrer a ressignificação de experiências humanas como se fossem problemas médicos, com estabelecimento de normas biomédicas de conduta à cultura geral.

³ Medicina Alternativa e Complementar, fazendo referência às PICs.

racionalidades médicas - podem contribuir para a humanização do cuidado e ampliação da clínica.

Luz (2005, p. 157) acrescenta que

as novas práticas terapêuticas ocupam um lugar social importante na sociedade civil atual, preenchendo lacunas do sistema biomédico em face do processo saúde-doença, e introduzindo sentidos, significados e valores em face do sofrimento, do adoecimento, bem como do tratamento e da cura de doenças, distintos dos dominantes.

A racionalidade biomédica, conforme apontado por Luz (2005), esqueceu-se que era mais do que apenas um saber científico, e sim *a arte da cura* e distanciou-se da sua dimensão terapêutica. Focou seu olhar na busca de patologias por meio de sofisticados métodos diagnósticos enquanto que, na arte de curar, acabou predominando a diagnose sobre a terapêutica. As PICs, com suas racionalidades específicas, podem contribuir, dando respostas às problemáticas e dificuldades em relação:

1) à reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico, promovendo, assim, o cuidado, atendendo aqueles que demandam serem tratados e não apenas diagnosticados;

2) ao reposicionamento da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica, que tem profunda relação com a questão abordada anteriormente de ter o sujeito como centro da atenção. Em uma realidade de extrema sofisticação tecnológica, estabelece-se certa frieza técnica nessa relação. Nesse contexto de distanciamento atual, as PICs contribuem, pois tendem a ver a relação médico-paciente como elemento importante do processo terapêutico e, portanto, da cura daquele indivíduo;

3) ao investimento em meios terapêuticos menos apoiados no aparato médico industrial e que pressuponham menor dependência de recursos financeiros sem, no entanto, deixar de primar pela eficácia curativa nas situações de adoecimento da população;

4) à construção de uma medicina que busque reforçar a autonomia do paciente. O objetivo das PICs não é apenas combater doenças, mas também

incentivar a existência de cidadãos saudáveis, autônomos e capazes de criarem um ambiente gerador de saúde;

5) à consolidação de uma medicina centrada na saúde e não na doença (LUZ, 2005).

Entre propostas recentes para a reorientação das práticas de atenção à saúde, existe uma tendência à superação de modelos de atenção que sejam excessivamente centrados na doença, na assistência curativa e nas intervenções cirúrgicas e medicamentosas (AYRES, 2009a).

A biomedicina experimentou avanços extraordinários na área tecnológica, uma conquista que o setor da saúde entende como fundamental para o sistema, mas que vem sendo utilizada de forma excludente, deixando de fora boa parcela da população (BRASIL, 2000), bem como avanços na área medicamentosa, mas ainda apresenta muitos fracassos na prática clínica, sobretudo no que concerne o lidar do médico com fenômenos subjetivos no indivíduo que demanda por cuidado (GUEDES *et al.*, 2006).

Não há dúvida sobre alguns aspectos: estamos diante de um aumento da demanda de atenção médica por problemas psicossociais, do desequilíbrio da relação demanda-oferta dos serviços públicos de saúde e dos limites de resolubilidade do modelo biomédico. Evidencia-se, assim, a necessidade de se redefinir modelos de atenção à saúde e organizar suas práticas centradas no acolhimento dos sujeitos e em suas necessidades (LACERDA; VALLA, 2003).

Nesse cenário de complexidade sanitária, em que a demanda dos sujeitos é crescente e o sistema de saúde com enfoque no modelo biomédico apresenta limites em termos de resolutividade e cura, a população vem apontando outras formas de cuidado e solidariedade para aliviar os agravos físicos e mentais. São portanto formas de atenção à saúde, não mais restritas ao modelo biomédico (PINHEIRO; MATTOS, 2003, p. 172).

As PICs são fruto de uma cosmovisão, de uma cultura compreensível e confiável para certos pacientes. Ao se utilizar um vocabulário popular, ao ter um conhecimento pessoal e coletivo dos pacientes que procuram essa medicina, ao explicar a saúde e a doença dentro dos princípios que regem a compreensão de mundo dos que o buscam, o praticante de outras racionalidades médicas alcança

um grau de interação entre terapeuta e paciente que o médico formal raramente atinge (METCALF; BERGER; FILHO, 2006).

Apesar de se distanciarem muitas vezes, em outras, inclusive, se oporem ao caráter essencialmente patologizante da Biomedicina, as PICs podem, com suas racionalidades específicas, em sua maioria regidas por um paradigma vitalista, auxiliar na reconstrução conceitual da Medicina, ajudando-a a retomar sua função terapêutica primordial no atendimento à população (LUZ, 2005).

A partir dessas considerações iniciais, apresento, a seguir, a contextualização do problema de pesquisa.

2 CONSTRUINDO O PROBLEMA DE PESQUISA

Neste capítulo, serão apresentados os elementos para a construção do problema de pesquisa, sua contextualização teórica e a descrição da área empírica.

2.1 REVISANDO CONTEÚDOS E CONCEITOS

Neste item, são apresentados os seguintes tópicos: a) concepções de saúde e cuidado; b) pluralismo terapêutico e racionalidades médicas; e c) práticas integrativas e complementares: o que são e o que diz a PNPIC.

No primeiro tópico, são abordadas definições de saúde e cuidado e é realizado um contraponto entre o que é entendido por cuidado sob o ponto de vista biomédico e sob o ponto de vista de outras racionalidades; e o que a população entende por cuidado e atenção às suas demandas em saúde; bem como o tipo de sucesso tem direcionado as práticas de saúde atualmente, fazendo um paralelo entre conceitos de Ayres (2009b) de *Êxito Técnico* e *Sucesso Prático*.

No segundo tópico, são abordados o pluralismo terapêutico existente na nossa sociedade e as diferentes racionalidades médicas que compõem as terapêuticas que são procuradas pelas pessoas em busca por cuidado.

Já no terceiro tópico, é revisada a temática das PICs, abordando uma contextualização acerca do processo histórico de criação da PNPIC, relatando seu processo de decisão política para a realização da política, o que diz na PNPIC e os desdobramentos ocorridos após sua publicação, a fim de implementar a política nos estados e municípios.

2.1.1 Concepções de saúde e cuidado

As práticas clínicas assistenciais de atenção à saúde estão bastante voltadas ao tratamento de patologias diagnosticadas por profissionais médicos e tratadas, preferencialmente, com o que se tem de mais moderno em termos de tecnologia e fármacos que estejam disponíveis no sistema de saúde.

Os pacientes, por sua vez, reproduzem isso como valor. Isso permeia um imaginário, no qual o paciente se considera bem atendido quando esse atendimento é feito por um profissional médico. O paciente, geralmente, considera que a consulta com esse profissional foi satisfatória quando é indicada a realização de múltiplos exames ou algum medicamento é prescrito. Estamos diante de uma sociedade que valoriza o que se tem de mais aprimorado ou recente em termos de tecnologia, de procedimento e de consumo de algum bem de saúde.

Para que seja possível que aconteça uma ruptura nesse modelo cíclico de oferta x demanda, centrada no atendimento médico, no diagnóstico e em medicamentos, é preciso discutir o que consideramos como sucesso terapêutico no curso dos processos individuais dos pacientes atendidos pelos serviços de saúde. É preciso discutir como promovemos o cuidado.

O que chamamos, muitas vezes, de cuidado, sob o ponto de vista do saber biomédico, não passa de tratamento de algum processo patológico, cura, ou mesmo, controle. Podemos dizer que, praticamente, não existe o cuidado nos atendimentos em saúde. Esse atendimento se dá, geralmente, de maneira verticalizada, na qual o profissional de saúde (principalmente o profissional médico) detém o saber considerado apropriado para cada situação, esta traduzida pela doença que o indivíduo apresenta, considerando-se como sucesso terapêutico o bem desenrolar do ponto de vista técnico do que seja considerado mais indicado como terapêutica a ser seguida em determinado adoecimento.

Temos considerado os projetos de felicidade de uma pessoa que busca os serviços de saúde para tratamento de algum adoecimento? Conforme Ayres,

pela expressão projeto de felicidade, queremos nos referir à totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações. Por isso mesmo, os projetos de felicidade constituem a referência para a construção de juízos acerca do sucesso prático das ações de saúde, seja no seu planejamento, execução ou na sua avaliação (AYRES, 2009c, p.172).

O cuidado em saúde que estamos fazendo tem atitude orientadora do conjunto das ações voltadas para a saúde das pessoas ou está orientado apenas pelo êxito dos procedimentos técnicos disponíveis e protocolados para aquela patologia específica? Para Ayres (2009d), o sucesso que tem direcionado às práticas de saúde da sociedade ocidental atual é muito semelhante ao êxito técnico, e que, ao dialogar sobre saúde, temos nos perguntado muito pouco sobre o que afinal sonham essas pessoas que estão ali em busca de cuidado – e em relação a nós mesmos também: o que querem(os) para a vida, o que consideram(os) bem viver, o que necessitam(os) em termos de saúde.

Por êxito técnico, Ayres refere-se à dimensão instrumental, enquanto “por sucesso prático queremos remeter à dimensão de atribuição de valor às implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na vida cotidiana” (AYRES, 2009c, p. 171). Portanto o êxito técnico diz respeito a relações entre meios e fins para controlar o risco ou os agravos à saúde, definidos pela biomedicina. O sucesso prático diz respeito ao sentido conferido por meios e fins relacionados às ações em saúde diante dos valores e interesses atribuídos ao processo de adoecimento e à atenção à saúde pelos indivíduos que estão sendo assistidos.

Não se trata aqui de negar os benefícios, nem de se distanciar das possibilidades que a biociência oferece, entretanto, trata-se de reconhecer que a ação em saúde não deveria se restringir à mera aplicação de tecnologias, reconhecendo a importância de se resgatar o *status* de outros tipos de saberes na construção das verdades para a construção da saúde. Abrir um espaço para que se possa refletir e negociar sobre quais os objetivos que norteiam e quais os meios utilizados nas ações em saúde para se atingir esses objetivos.

O cuidar em saúde implica diversos encontros entre subjetividades, os quais vão esclarecendo e (re)construindo não somente as necessidades de

saúde, mas também aquilo que se entende ser a boa vida e o modo tido como moralmente aceito de buscá-la (GADAMER, 2009).

Precisamos não apenas nos indagar sobre quais seriam esses projetos de felicidade, mas participar ativamente de seu processo de construção. Ao se considerar esse *outro* no momento assistencial, estamos assumindo que tanto a saúde como a doença se configuram como modos de *ser no mundo*.

Se a saúde é (re)conhecida na esfera da razão prática e não da razão instrumental, não se trataria, então, de encontrar estratégias adequadas aos fins determinados, mas sim de pactuar e decidir, a partir das possibilidades concretas que se apresentam, quais fins almejar e para atingi-los, quais meios deveriam ser escolhidos. A experiência e o cuidar em saúde envolvem, também, a construção compartilhada de ideias, de noções de bem-viver e de o que seja um bom modo de buscar isso na vida em comum (AYRES, 2009d). Que nesse encontro entre sujeitos, portadores de saberes e experiências diversas, com suas sabedorias práticas e instrumentais, busque-se soluções convenientes sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção ou recuperação de processos de adoecimentos.

Cuidado é a possibilidade de se estabelecer um diálogo aberto, que seja produtivo, entre as possibilidades em termos de tecnociência e o que se almeja para uma vida que se quer feliz. Quando se pretende cuidar, é essencial revalorizar a sabedoria prática, mesmo quando não concordamos com uma dada crença de um paciente, por exemplo, mas se desconsiderarmos um saber qualquer, não técnico, implicado na questão de saúde com que estamos lidando, não estaremos permitindo que a pessoa atendida participe de fato da ação que está acontecendo. Não estaríamos dando espaço para ela ser sujeito e estaríamos hierarquizando nosso saber sobre o dela. O exercício da sabedoria prática para a saúde não pode estar apoiado apenas na tecnologia, mas principalmente voltado à presença do outro.

As práticas de saúde deveriam ser mais sensíveis aos sucessos práticos que, muitas vezes, são elementos ignorados na hierarquia dos saberes e verdades em saúde.

Estamos, hoje, diante de um momento em que se vive um processo de revisão das tendências seguidas pelas práticas de saúde e pelos regimes de

verdades que regem os saberes envolvidos e valorizados nas práticas de saúde (GADAMER, 2009). Apesar de mais ampla, essa revisão transita em torno de questões comuns como o reconhecimento de que não se pode ter uma visão segmentada, sem levar em consideração a totalidade do paciente, com seu contexto; que a abordagem não deve ser excessivamente centrada na doença, e sim no sujeito (DESLANDES, 2006).

É necessário que se traga novas vozes ao campo da saúde, é necessário que se agregue, também, os saberes práticos para que ocorram interações nas quais o que necessitamos saber sobre os fatos que interessam à saúde dos sujeitos “não se restrinja à positividade construída pelas ciências biomédicas, mas incluam de modo substantivo a reflexividade dos saberes humanísticos” (GADAMER, 2009, p. 207).

Não basta o profissional fazer o outro falar sobre aquilo que ele sabe que seja relevante saber. É preciso ouvir o outro que demanda por cuidado, no sentido do que esse outro considera indispensável que o profissional saiba para que, juntos, possam colocar os recursos técnicos que existem a serviço, então, dos sucessos práticos que são almejados por eles (AYRES, 2009c). Estratégias para desencadear a fusão de horizontes entre usuários e profissionais de saúde permitiriam aproximar as racionalidades práticas das instrumentais.

É importante a abertura dos espaços assistenciais para interações dialógicas por meio de outras linguagens (como expressão artística, trabalho com linguagens corporais), bem como por outras racionalidades terapêuticas. Estamos em um momento de grandes possibilidades de expansão desses horizontes e transposição dessas barreiras, onde novas propostas estão em curso no campo da saúde, muitas ainda em forma de discurso, entretanto, outras tantas bem mais consolidadas e que poderiam contribuir nessa direção.

2.1.2 Pluralismo Terapêutico e Racionalidades Médicas

O Brasil é um país de muitas culturas, extremamente miscigenado, e de grande pluralismo terapêutico⁴. Indo até as raízes do povo brasileiro, há de se considerar a presença de práticas xamânicas ou tradicionais (ou o que a Organização Mundial da Saúde categoriza por Medicina Tradicional, muito presente em populações rurais, comunidades nativas e grupos étnicos) como o cuidado feito por pajés, curadores tradicionais, rezadeiras, pais e mães de santo do candomblé e umbanda, raizeiros, parteiras, médiuns kardecistas, entre outros. Nesse cenário de pluralismo terapêutico, existem distintas opções quando se busca por cuidado.

Diante da situação de enfermidade, as pessoas buscam diversas formas de tratamento e cuidado, podendo recorrer ao sistema formal de serviços de saúde ou informal, buscando o conhecimento prático de uma vizinha ou mesmo um curandeiro indicado por alguém da família. Essas escolhas são movidas por questões de acesso aos serviços de saúde, pela condição econômica em que se encontra, bem como pelo modelo através do qual ele compreende seu estado de saúde. A complexidade disso ainda envolve as redes sociais em que estão inseridas essas pessoas e como elas são construídas e acionadas. Os itinerários terapêuticos seguidos por muitas pessoas, frequentemente, incluem um caminho em que tratamentos, profissionais e recursos terapêuticos de bases distintas e combinadas, são utilizadas no percurso de sua busca por cuidado (GERHARDT, 2006).

Atualmente, a cultura médica encontra-se profundamente naturalizada e a biomedicina é a forma de saber que constrói a medicina ocidental contemporânea (LUZ, 2012a). Ela é assumida como única forma de saber que possui racionalidade, uma vez que, nessa cultura, racionalidade é incorporada à cultura científica (LUZ, 2012b). O senso comum ocidental costuma admitir como possuidor de racionalidade, em seu sentido científico, somente a medicina ocidental contemporânea (NASCIMENTO; NOGUEIRA; LUZ, 2012).

⁴ Entende-se, aqui, por pluralismo terapêutico, a diversidade de opções terapêuticas que as pessoas procuram em busca de cuidado.

Entretanto, após alguns anos de estudos do grupo de pesquisas Racionalidades Médicas, coordenado por Madel Luz, ao pesquisar, primeiramente, sobre a medicina Homeopática, demonstrou-se que havia, nessa medicina, uma lógica terapêutica e diagnóstica particular e coerente, embora discordante da biomedicina, ou seja, existia outra racionalidade médica (LUZ, 2014). Verificou-se, portanto, a existência de mais de uma racionalidade atuando na cultura atual no que diz respeito às práticas e saberes em saúde, contrariamente ao senso comum no ocidente, que reconhece somente a biomedicina como portadora de racionalidade no sentido científico do termo (LUZ, 2005).

Essas racionalidades coexistem em nossa sociedade, às vezes de forma conflituosa e competindo entre si pelo mercado da cura; outras vezes, de maneira pacífica e mais integrada – cooperando e se completando –, frequentemente, de modo híbrido, unindo aspectos conceituais de distintas racionalidades.

A categoria Racionalidades Médicas estabelece que toda racionalidade médica supõe um sistema complexo, estruturado em seis dimensões: uma morfologia humana (que na medicina ocidental se define como anatomia); uma dinâmica vital humana (fisiologia, na medicina ocidental); uma doutrina médica; um sistema de diagnose; um sistema terapêutico; e, por fim, a sexta dimensão, que embasa todas as outras, teórica e simbolicamente, designada cosmologia. A sexta dimensão pode estar implícita ou explícita na visão de mundo de cada racionalidade médica (LUZ, 2005). As seis dimensões fundamentais foram estabelecidas como condição necessária e suficiente para se configurar, então, em uma racionalidade médica (LUZ, 2012c; NASCIMENTO; NOGUEIRA; LUZ, 2012).

Portanto, se essas dimensões estiverem presentes, coerentes e estruturadas, caracteriza-se uma racionalidade médica o que nos permite diferenciar um sistema médico complexo, como a Homeopatia, o Ayurveda, a Antroposofia e a Medicina Tradicional Chinesa, de terapias como o Termalismo, Terapia Comunitária Integrativa e Fitoterapia, ou métodos de diagnóstico ou diagnose, como a Iridologia.

A descoberta de que todo sistema médico complexo se fundamenta em uma cosmologia – visão de mundo – inclusive a medicina ocidental, foi um traço transcultural observado no estudo. A cosmologia é a expressão de concepções simbólicas – metafísicas, religiosas ou não –, e embasa todas as outras cinco dimensões. Na medicina ocidental, entretanto, ela encontra-se implícita, e seu modelo cosmológico é a física newtoniana, enquanto que, em outras, é explicitada e ainda elaborada através de teorias.

É interessante destacar que a única cosmologia inteiramente racional é a da medicina ocidental, pois está assentada na física, uma disciplina científica, enquanto outras estão imersas em cosmologias simbólicas, muitas vezes, com fundo religioso ou espiritual.

Acompanhado de um progressivo afastamento histórico e cultural entre o conhecimento das doenças e a arte de curar, houve, também, na medicina ocidental, uma laicização significativa do conhecimento médico. A ciência – como forma reconhecida e legítima de produzir conhecimento – e a medicina apenas reproduziram com radicalidade um processo de racionalização mais amplo que atingiu, sobretudo, o ocidente. Desde o século XVII, a medicina ocidental focou seu projeto epistemológico para a produção de conhecimento sobre doenças; a diagnose teve hegemonia sobre a terapêutica e as outras dimensões essenciais de sua racionalidade médica (LUZ, 2012c).

Com foco na busca sistemática de identificação e combate às doenças, o combate à morte parece ser o objetivo central da medicina ocidental. Do ponto de vista de combate às doenças e combate à morte, a eficácia terapêutica das ações em saúde, frequentemente, é entendida como vitória sobre as doenças e o controle da morte. Nesse sentido, a “terapêutica tende a tornar-se, nesse imaginário bélico, arsenal de drogas, um conjunto de armas de sofisticação e poder de fogo variados, com efeitos colaterais incomensuráveis” (LUZ, 2012c, p. 38). O êxito ou sucesso almejado pela prática biomédica atual é, em maior grau, adiar o quanto se possa a morte, independente do que deseja ou valoriza aquele sujeito que está sendo tratado.

Essa interposição de tanto instrumental médico faz com que o paciente, muitas vezes, se torne um alienado em relação ao próprio corpo e a um processo quase que de desejo pelo equipamento médico ou pelo fármaco. Acaba-se por

destruir a relação entre terapeuta e paciente e a possibilidade que ocorra, ali, um encontro verdadeiro, no qual se estabeleça uma relação terapêutica promotora de cuidado.

A contribuição do conceito Racionalidades Médicas para o campo da Saúde Coletiva se dá ao “vencer um obstáculo epistemológico que tradicionalmente impedia de ver os outros sistemas médicos como portadores potenciais de racionalidade científica” (LUZ, 2012b, p. 21) e, ao estabelecer diferenças entre sistemas médicos e práticas terapêuticas, chegar ao plano prático, possibilitando que intervenções diagnósticas e terapêuticas de sistemas médicos não hegemônicos obtenham legitimidade institucional, para que possam ser usadas no seu todo, ou seja, não apenas as suas terapêuticas, mas sim em toda sua cosmologia. Isso implica em colocar em questão o monopólio epistemológico, teórico e terapêutico, da medicina ocidental contemporânea ou medicina científica, permitindo, assim, estabelecer comparações entre as diferentes racionalidades e a racionalidade biomédica.

Outra contribuição importante é a abertura da possibilidade de se estabelecer critérios metodológicos que sejam adequados a essas racionalidades (LUZ, 2012c), contribuindo para a realização de estudos em relação a diferentes práticas em saúde, não se limitando à compreensão hegemônica da racionalidade biomédica. Na prática profissional e política, é uma importante ferramenta em favor da abertura a diferentes sistemas culturais visando ao cuidado integral em saúde (NASCIMENTO; NOGUEIRA; LUZ, 2012).

Faz-se necessário, portanto, pensar na biomedicina como sendo um sistema cultural assim como tantos outros, relativizando a legitimidade do conhecimento que produz e o peso da escolha pelo modelo biomédico como sendo o único legítimo, quando se trata de cuidados em saúde (PINHEIRO *et al.*, 2015).

2.1.3 Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Práticas Integrativas no Sistema Único de Saúde (PNPIC/ SUS)

Neste item são apresentadas as PICs, o histórico que relata o processo de construção da PNPIC e o que diz a PNPIC. Em seguida, são abordados alguns desdobramentos da política visando a sua implementação. Por fim, é apresentada uma revisão sobre a institucionalização das PICs em diversos municípios do país e seus desafios na implementação.

2.1.3.1 Práticas Integrativas e Complementares: contexto em que se tornaram uma política

O que hoje são conhecidas como Práticas Integrativas e Complementares (PICs), eram antes denominadas de medicina popular ou Medicina Tradicional – designando-se popular quando pertencente à cultura local e tradicional quando pertencente à outra cultura. Muitos nomes foram e ainda são usados para denominar tais práticas: Medicina Alternativa, Medicina Natural, Práticas Complementares, Terapias Alternativas, Terapias Complementares, Terapias Holísticas, Terapias Energéticas, Terapias Naturais. Geralmente, as denominações dadas referiam-se de forma mais generalizada a uma gama de práticas em saúde que não faziam parte do arcabouço terapêutico da medicina ocidental contemporânea. Outras vezes, faziam referência a algumas delas, como, por exemplo, às Práticas Vibracionais, às Práticas Complementares, quando utilizadas complementarmente ao tratamento convencional, e às Práticas Alternativas, quando utilizadas como alternativa ao tratamento convencional.

Internacionalmente, ficaram conhecidas por *Complementary Alternative Medicine* (CAM). Já nacionalmente, por Medicina ou Terapia Alternativa, inicialmente, depois Complementar e, mais recentemente, Práticas Integrativas e Complementares e Práticas Integrativas em Saúde. Sem entrar aqui, na questão da apropriação ou não dos termos, opto por me referir, neste trabalho, às PICs, como toda racionalidade médica diferente da biomédica, bem como as

práticas não convencionais de tratamento do ponto de vista do modelo biomédico ocidental. Faço essa opção por ter sido esse o termo usado pelo governo brasileiro na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

No Ocidente, as PICs foram relacionando-se com o estilo de medicina naturista que ganhou prestígio, na década de 1970, na América Latina, com a chegada da contracultura. Elas eram vistas como formas mais naturais de tratamento e, portanto, menos perigosas no sentido da iatrogenia⁵ da medicina convencional para a saúde (LUZ, 2005a). Não foi apenas na saúde que a chegada da contracultura teve ressonância. Existia, nessa época, uma proposta também de educação alternativa, pensava-se em relações econômicas alternativas, relações amorosas alternativas, e, ao pensar a vida com menos interferência e artificialidade, na área da saúde, a consequência foi a busca de formas alternativas do cuidado de si (BARROS, 2014).

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, na antiga União Soviética, e organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em conjunto com a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), devido à necessidade de ações para proteger e promover a saúde dos povos no mundo, acabou tornando-se um marco para saúde. A conferência buscou enfatizar uma nova lógica no atendimento à saúde, não mais pautada por um modelo baseado somente na cura das doenças. Representou um redirecionamento em relação à forma como a OMS conduzia suas políticas até então, trazendo o olhar agora prioritariamente para a Atenção Primária.

Na conferência, a OMS proferiu o reconhecimento e incentivo da associação das PICs às práticas do modelo biomédico, para a criação de uma nova racionalidade no campo da saúde, que possibilitasse “Saúde para todos no ano 2000” – lema então lançado. Nessa ocasião, o diretor-geral da OMS declarou que dois terços dos problemas de saúde da população não eram atingidos pela medicina tecnológica e especializada, e fez um apelo aos governos de todos os países para o desenvolvimento de formas mais

⁵ É o processo no qual a tecnologia médica causa dano à saúde humana (ILLICH, 1975).

simplificadas de atenção, com olhar, nesse sentido, no campo da formação de recursos humanos, utilizando-se, para isso, de modelos médicos ligados às medicinas tradicionais (LUZ, 2005). Havia aí um movimento mundial para a legitimação das PICs.

Em 1985, houve uma primeira tentativa de articular uma Política Nacional para Homeopatia. Um convênio pluri-institucional entre o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB), foi firmado a fim de implantar a Homeopatia no serviço público de saúde do Rio de Janeiro. Apesar deste projeto não ter tido sucesso como política, provocou um debate institucional interessante sobre a temática, levantando discussões acerca da necessidade de regulamentação de tais práticas que, afinal, já estavam disponíveis, mesmo que pontualmente, no sistema de saúde brasileiro (ESTRELA, 2013).

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, já aparecia o desejo popular de introdução de práticas alternativas de assistência (BRASIL, 2009a p.18). Essa conferência foi um marco para a criação do SUS. Quando se constata que, desde lá, outras formas de cuidado à saúde são solicitadas, podemos dizer que o processo de legitimação das PICs e de construção da PNPIC acompanha a história do próprio SUS. Em 1987, então, foi criada a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) com a finalidade de, primeiramente, produzir estudos para a posterior regulamentação da prática da Homeopatia e da Acupuntura no sistema de saúde público brasileiro (ESTRELA, 2013).

Em 1992, na IX Conferência Nacional de Saúde, pontuou-se a necessidade de uma profunda mudança no modelo assistencial de saúde. Essa mudança exigia um processo de desospitalização da assistência médica e a desmedicalização, e que deveria “desenvolver práticas diferenciadas segundo a realidade local” e que deveriam “ser incorporadas práticas alternativas aos serviços de saúde, às tecnologias populares e às ações de promoção da saúde” (BRASIL, 1993. p.27). A X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, apontou a necessidade de práticas de saúde mais integrais para o cuidado, sendo PICs citadas como alternativa novamente.

Em 1999, foi feita a inclusão de códigos para as consultas em Homeopatia e Acupuntura na tabela SIA/SUS, o que significou um fato bastante relevante para dar visibilidade para as PICs no sistema de saúde brasileiro, ainda que não na sua totalidade, uma vez que apenas contemplou os atendimentos médicos nessas especialidades (ESTRELA, 2013).

A OMS, em 2002, publicou a Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional para 2002-2005, que contemplou diagnóstico, desafios e potencialidades das PICs, assim como o papel e objetivos da própria OMS nesse campo. No documento, a OMS se propôs a respaldar os países de modo a integrar as PICs nos sistemas nacionais de saúde, desenvolvendo e implementando políticas e programas nacionais⁶; a promover a segurança, eficácia e qualidade das PICs, ampliando a base de conhecimento sobre estas racionalidades médicas e práticas terapêuticas e fomentando a orientação sobre pautas normativas e de controle de qualidade; a aumentar a disponibilidade e acessibilidade das PICs, com ênfase ao acesso pelas populações de baixa renda e fomentar o seu uso racional, tanto pelos provedores quanto pelos consumidores (OMS, 2002).

Havia, então, um movimento para a legitimação das PICs pelos sistemas de saúde e, portanto, uma certa pressão junto ao Ministério da Saúde quanto ao prazo de publicação da PNPIC (ESTRELA, 2013). Existia aí uma excelente oportunidade para a criação da PNPIC.

2.1.3.2 Política Nacional de Práticas Integrativas e seu processo de construção

Em 2003, diante de um novo panorama político no país, foi encontrada ressonância no Ministério da Saúde (MS) em relação à temática das PICs, o que possibilitou que se iniciasse o processo de elaboração da PNPIC. Em 2003, então, foi tomada a decisão política de construção de uma política nacional. Através da criação de um grupo de trabalho do MS, coordenado pelas

⁶ Dos 191 Estados-membros, apenas 25 possuíam políticas nacionais que envolvessem as PICs.

Secretarias Executiva e de Atenção à Saúde, deu-se início à elaboração da PNPIC no SUS. Sabemos, no entanto, que a área de formação de políticas públicas é um campo de disputas entre diversos saberes e interesses políticos e ideológicos.

Segundo Simoni (2014), que participou do processo de criação da PNPIC, não se tinha muitos critérios para a escolha do que entraria ou não na política. Em certa medida, tudo poderia ou não entrar na política, muitas práticas eram alternativas. Na época, as Sociedades que procuraram o MS foram as de Homeopatia, de Acupuntura, Medicina Antroposófica e Fitoterapia, sendo essas as quatro PICs incluídas inicialmente na política.

Em razão das especificidades de cada uma das áreas contempladas inicialmente para a elaboração da política (Plantas Medicinais e Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e Medicina Antroposófica), definiu-se a criação de um grupo de trabalho para cada área contemplada na política e um grupo gestor responsável pela coordenação dos trabalhos e formulação da Política Nacional (BRASIL, 2006a).

Já existia um movimento de fitoterapia dentro do MS desde 2002, que estava ancorado no Departamento de Assistência Farmacêutica. Foram eles que seguiram, então, na coordenação do grupo de trabalho de fitoterapia. Portanto, a PNPIC foi uma política que envolveu mais de uma Secretaria do MS, sendo três na Atenção Básica e um na Atenção Farmacêutica (SIMONI, 2014).

Cada subgrupo teve autonomia em suas estratégias de elaboração de seu plano de ação. Os subgrupos da Homeopatia, da Fitoterapia e da Medicina Antroposófica realizaram fóruns nacionais com grande participação da sociedade civil organizada além das reuniões técnicas. Já o subgrupo da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura optou apenas pelas reuniões técnicas apoiadas, entre outros, em documentos produzidos pela OMS. Cada subgrupo contou, também, com apoio de diversas secretarias federais, estaduais e municipais, bem como outros órgãos e associações.

Para esse processo, foi imprescindível a realização de um diagnóstico situacional das PICs no SUS, uma vez que diversas ações em alguma PIC já haviam sido de alguma forma implantadas nos serviços desde a década de 1980. Elas aconteciam em alguns estados e municípios de forma diferenciada entre si

e em diferentes níveis de complexidade. A fim de identificar essas experiências com PICs que já aconteciam no SUS, o Ministério da Saúde por meio do Departamento de Atenção Básica realizou um diagnóstico situacional em todo território brasileiro no ano de 2004 para que pudesse orientar a elaboração da política nacional. Foram questões analisadas: a inserção dessas práticas no SUS; a capacidade instalada; a quantidade e perfil dos profissionais envolvidos; a capacitação dos recursos humanos e a qualidade dos serviços (BRASIL, 2006b).

Naquele ano, o Brasil possuía 5.560 municípios. Destes, apenas 1.342 responderam ao questionário enviado para a pesquisa (24,14%). Desses 1.342 municípios, 232 relataram a existência de alguma PIC inserida no sistema público de saúde no município, e representavam 26 estados, sendo 19 capitais (BRASIL, 2006b). Verificou-se que a maioria das ações com PICs se davam na AB e na Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006b).

A proposta da então Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares foi elaborada após a consolidação dos trabalhos de cada subgrupo. No início do ano de 2005, passou, então, por processo de legitimação teórica nas instâncias do SUS. Foi submetida à avaliação pelas Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, porém com a ressalva de que a política não teria recurso financeiro. Na época, entendeu-se que seria possível prosseguir sem o recurso e que era importante aproveitar a conjuntura atual para lançar a política, mesmo que não fosse nas condições ideais (SIMONI, 2014).

O documento foi apresentado em reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que recomendou que fosse submetido à Comissão de Vigilância Sanitária e Fitofarmacoepidemiológica para avaliação e recomendações. Em setembro do mesmo ano, então, foi submetido a essa comissão e, em dezembro, a proposta da política foi novamente submetida e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, entretanto apresentava restrições quanto ao conteúdo da proposta técnica para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde até então relacionava a Acupuntura apenas à categoria médica e o Conselho Nacional de Saúde interviu em relação à multiprofissionalidade da Acupuntura na política (SIMONI, 2014).

A segunda intervenção por parte do Conselho Nacional de Saúde diz respeito ao próprio nome da política. Ela era denominada Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Integrativas e Complementares. No debate com CNS foi definida a alteração para Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (SIMONI, 2014). Observa-se aí uma interferência por parte do CNS para que se desvincule o nome da política da atividade da medicina para que a prática da Acupuntura não fosse restrita à atividade do profissional médico.

A terceira importante alteração foi a inclusão do Termalismo Social e Crenoterapia dentro do escopo da PNPIC. É importante contextualizar que, naquele momento, no CNS, estava sendo lançado o relatório do Grupo das Águas que foi resultado de um encontro de mais de onze Ministérios para discutir as águas do nosso país. Como o uso terapêutico das águas traz diversos benefícios para a saúde e seu conhecimento e uso são milenares, acabou sendo incluída na política (SIMONI, 2014).

Em fevereiro de 2006 foi aprovada pelo CNS e consolidou-se a PNPIC, que foi publicada na forma de duas portarias ministeriais⁷.

O contexto era realmente muito favorável à criação da PNPIC. Além das diversas recomendações da OMS e Conferências Nacionais de Saúde, o Ministério da Saúde havia passado por uma mudança de gestão em 2005 e havia uma decisão política de elaboração de algumas políticas. Um pouco antes da publicação da PNPIC, no mesmo ano de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006c) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006d) também foram lançadas. A PNPIC acompanhou esse movimento no sentido de fortalecer a atenção básica e a promoção da saúde e tendo como uma possibilidade de instituição das PICs. A PNPIC nasce nesse contexto, podendo-se identificar inúmeras semelhanças entre essas políticas (SIMONI, 2014).

⁷ Portaria n° 971, de 3 de maio de 2006 e Portaria n° 1.600, de 17 de julho de 2006.

2.1.3.3 O que diz a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

A fim de estabelecer políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde lançou a PNPIC. Na apresentação da política, o MS relata que sua implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural, e que a PNPIC responde principalmente a necessidade de conhecer o que já vem sendo desenvolvido em PICs na atenção à saúde no SUS de muitas localidades brasileiras com o intuito de apoiar, incorporar e implementar essas experiências. Isso seria especialmente importante para os trabalhos que já eram realizados, uma vez que, não possuindo diretrizes específicas, acabavam ocorrendo de forma desigual, descontinuada e sem o devido registro e garantia dos insumos e das ações necessárias posteriores ao atendimento como o acompanhamento e avaliação.

Situa-se que a PNPIC no SUS define suas abordagens a partir das experiências existentes. A crescente legitimação das PICs pela sociedade, também, foi levada em consideração. As deliberações das Conferências Nacionais de Saúde⁸ apontavam para o desejo de se utilizar as PICs como opção de cuidado (BRASIL, 2006b).

A PNPIC se orienta pelas definições da OMS e contempla definições para as PICs. Seu processo de construção se dá, então, para atender as diretrizes e recomendações de diversas conferências nacionais de saúde, bem como recomendações da própria OMS (BRASIL, 2006b).

Declara-se que o desenvolvimento dessa política é um avanço no processo de implantação do próprio SUS, uma vez que contribui para o fortalecimento dos seus princípios fundamentais, atuando na prevenção de agravos e na promoção, manutenção e na recuperação da saúde, o que faz parte

⁸ A 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária ocorrida em 2001; a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica que aconteceu em 2003; e a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004.

de um modelo de atenção humanizado e centrado na integralidade do indivíduo e na atenção a sua saúde (BRASIL, 2006b).

Apesar da formalidade com que as políticas parecem ser elaboradas, essa formulação não é neutra. Os atores envolvidos na sua produção são influenciados por fatores subjetivos (interesses, crenças, valores, etc.). É importante, então, identificar que atores foram esses.

O primeiro ponto abordado pela política traz um panorama do seu processo de construção. Tratando, então, dos atores envolvidos nesse processo, é evidente a participação ativa de grupos de representação de categorias profissionais, além de representantes do MS e secretarias vinculadas ao governo federal, além de outros órgãos. Aponta-se que,

(...) em junho de 2003, representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, reuniram-se com o então Ministro da Saúde, ocasião em que, por solicitação do próprio Ministro, foi instituído um grupo de trabalho, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica/SAS e pela Secretaria Executiva, com a participação de representantes das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); e Associações Brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, para discussão e implementação das ações no sentido de se elaborar a Política Nacional (BRASIL, 2006b, p.6).

Essas representações profissionais pertencem à área vinculada à medicina e a farmácia no caso da Fitoterapia, deixando à margem representações de outros profissionais da saúde ou das Práticas Integrativas e Complementares que não tenham uma representação tão bem organizada ou com tamanha visibilidade e influência política.

Esse fato remete ao questionamento de qual seria o papel do Estado na formulação de suas políticas, interesses de quem deveria atender, como deveria atuar e baseado em quais pressupostos deveria tomar suas decisões.

Na PNPIC, apesar de uma das justificativas da criação da própria política ser a “necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados” (BRASIL, 2006b, p.5), esta parece ser meramente teórica

e presente apenas no texto da política. Na prática, PICs identificadas como as mais presentes nos serviços de saúde pelo diagnóstico situacional apresentado na PNPIC, como é o caso do Reiki e do Lian Gong, não foram contemplados pela política, mesmo que tenham sido apresentados os resultados desse diagnóstico como elemento para justificativa da escolha das PICs incluídas na PNPIC.

A política tem o intuito de trazer diretrizes e fomentar ações para inserção de serviços e produtos relacionados à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia e Plantas Medicinais e Fitoterapia no serviço de assistência à saúde, e criar os observatórios de saúde para o Termalismo Social e para a Medicina Antroposófica para que seja aprofundado conhecimento nessas práticas. Tal política objetiva a ampliação o acesso da população às Práticas Integrativas e Complementares além de contribuir com a resolubilidade do SUS (BRASIL, 2006b)

A PNPIC traz quatro objetivos: incorporar e implementar a PNPIC no SUS, tanto na prevenção de agravos quanto na promoção e recuperação da saúde, tendo como ênfase a atenção básica e direcionando suas práticas para o cuidado continuado, humanizado e de forma integral; contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo segurança no uso, qualidade, eficácia e eficiência; promover a racionalização das ações de saúde de maneira a estimular alternativas inovadoras e que sejam socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; e, por último, estimular as ações referentes ao controle e participação social, para que haja o envolvimento responsável e continuado tanto de usuários, como de gestores e trabalhadores da saúde nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006b).

Além dos objetivos descritos acima, a PNPIC traz onze diretrizes, a fim de definir e orientar as estratégias de inserção, gestão e avaliação das PICs no SUS (BRASIL, 2006b).

A primeira delas é a estruturação e fortalecimento da atenção em PICs no SUS e aponta seis formas para que sejam atingidos os objetivos: 1) incentivando a inserção da PNPIC em todos os níveis de atenção mas, prioritariamente, na atenção básica; 2) que a PNPIC seja desenvolvida em caráter multiprofissional;

3) que sejam implantadas e implementadas as ações e fortalecidas as iniciativas existentes; 4) que sejam estabelecidos mecanismos de financiamento; 5) que normas técnicas e operacionais sejam elaboradas para a implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; e 6) que haja articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e outras políticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b).

A segunda diretriz é sobre o desenvolvimento da qualificação em PIC para os profissionais no SUS, estando em conformidade com a educação permanente (BRASIL, 2006b).

A terceira diretriz é sobre a divulgação e informação dos conhecimentos e PICs para profissionais de saúde do SUS, bem como aos gestores e usuários, sendo consideradas metodologias participativas e o saber popular tradicional, priorizando os que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006b).

A quarta diretriz diz respeito ao estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que possam propiciar o desenvolvimento integral das ações (BRASIL, 2006b).

A quinta diretriz diz respeito ao fortalecimento da participação social (BRASIL, 2006b).

A sexta diretriz fala do provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, ampliando a produção pública e assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos na regulamentação necessária e indica, então, a elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos, entre outras indicações (BRASIL, 2006b).

A sétima diretriz garante o acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, garantindo qualidade e segurança das ações (BRASIL, 2006b).

A oitava diretriz versa sobre incentivo à pesquisa em PICs, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados (BRASIL, 2006b).

A nona diretriz fala sobre o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das PICs, tanto no campo da atenção, quanto da educação permanente e da pesquisa em saúde (BRASIL, 2006b).

A décima fala da promoção e cooperação tanto nacional quanto internacional das experiências das PICs nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde (BRASIL, 2006b).

A décima primeira diretriz assegura o monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2006b).

A PNPIC traz pontos sobre a implementação das diretrizes, alguns deles específicos com diversas diretrizes para cada uma das PICs. Aqui, tanto a Medicina Antroposófica, quanto o Termalismo Social/Crenoterapia, trazem como diretriz única o incentivo para a criação de observatórios onde hoje são desenvolvidas experiências no âmbito do SUS. Também aponta às responsabilidades institucionais, indicando as responsabilidades do gestor federal, estadual e municipal. Já o último ponto da PNPIC é a apresentação do diagnóstico situacional de PICs no SUS.

O diagnóstico foi realizado pelo departamento de Atenção Básica no período de março a junho de 2004, através de questionário enviado a todos os secretários estaduais e municipais de saúde do país.

Ao analisar o diagnóstico situacional apresentado na política, percebe-se que, além de ele ter tido um baixo percentual de resposta para ser considerado elemento embasador da definição de quais PICs entrar para a política, há ainda um descompasso entre o que é apresentado no diagnóstico e o que realmente é contemplado na PNPIC. Apesar de a política especificar que define suas abordagens a partir das experiências existentes e levantadas pelo diagnóstico situacional em questão, o Termalismo Social/Crenoterapia, que não aparece no diagnóstico, é contemplado na política por uma decisão do CNS.

Em 2002, um decreto Federal criou um grupo executivo para a integração entre pesquisa e todo setor produtivo relacionado às águas minerais, balneários e recursos hídricos, e uma Comissão Permanente de Crenologia para rever o Código das Águas Minerais que era de 1945 (BRASIL, 2002). Em 2005, justamente o ano em que a PNPIC estava sendo elaborada, o Relatório final do Seminário Águas Minerais do Brasil apontava a constituição de um projeto piloto para inserção do Termalismo Social no SUS (BRASIL, 2006b). Portanto, a inclusão do Termalismo Social no escopo da política não é orientado pelo diagnóstico situacional realizado pelo MS como indica a PNPIC.

Também chama a atenção que com tantas PICs identificadas no diagnóstico feito em 2004, entrasse para o escopo da PNPIC a Medicina Antroposófica como observatório para aprofundamento do conhecimento na área uma vez que existe pouca representatividade no SUS. Em contrapartida, no diagnóstico, destacam-se as práticas de Reiki e Lian Gong, como as mais praticadas no Brasil, mas o Reiki não foi contemplado na PNPIC. A prática de Lian Gong está contemplada por ser uma prática corporal dentro da Medicina Tradicional Chinesa. Vemos aí que a inclusão do Termalismo e da Antroposofia não se justifica pela questão de incentivo ao que já vinha sendo praticado no SUS, e sim por pressão política de atores com interesse nessas práticas.

Em relação à participação da sociedade nesse processo, na apresentação ao texto da política, vê-se que uma das justificativas para a escolha de quais PICs entrariam na política se referem à visibilidade dessas práticas e da sua crescente legitimidade por parte da sociedade que as demandam. Entretanto, essas justificativas não apresentam muita consistência e se referem principalmente aos eventos da área da saúde ocorridos na última década (Conferências Nacionais de Saúde, de Vigilância Sanitária, de Assistência Farmacêutica e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde) (BRASIL, 2006b).

Fica claro que, no caso da PNPIC, os coletivos organizados, sobretudo as associações de representação profissional, foram fundamentais, tanto na formulação da política, quanto na escolha das práticas englobadas por ela, pois participaram efetivamente do processo político, influenciando desde a definição até a avaliação do problema por meio de levantamentos, relatórios e recomendações (BRASIL, 2006b).

Em relação ao público alvo da política, os usuários do SUS, de forma geral, toda vez que é mencionado na política, se dá com sentido de reforçar o autocuidado e dar qualidade e equilíbrio à sua relação junto ao profissional médico e à equipe de saúde.

A PNPIC, no que se refere às PICs que elenca em seu texto, deixa a desejar em termos de abarcar maior variedade de práticas. Tendo em vista a imensa extensão territorial e diversidade cultural de nosso país, há diversas outras práticas em uso na atualidade por diversas populações locais e grupos sociais que são fundamentais para essas pessoas, como é o caso da Medicina

Xamânica, tão brasileira e de raiz indígena, e que poderiam ser incluídas numa política nacional que pretendesse ser abrangente e democrática. Outras práticas de saúde populares, não mencionadas na Política Nacional, podem e devem ser abordadas por Políticas Estaduais e Municipais de PICS que valorizem e apoiem o maior número possível de práticas populares e integrativas que sejam amplamente utilizadas em cada região.

2.1.3.4 Desdobramentos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: processo de implementação das PICS no SUS

Embora algumas PICS já estivessem presentes na rede pública de saúde desde a década de 1980, apenas em 2006 tiveram a oportunidade de efetivamente serem institucionalizadas – o que consiste num processo de reconhecimento oficial – como política de governo no país. O SUS, tendo aprovado em 2006 a PNPIC, propõe com ela a inserção de outras terapêuticas no âmbito dos serviços públicos de saúde no Brasil. O processo de institucionalização das PICS tem como marco inicial a legitimação social.

Após 2006, com a PNPIC, alguns desdobramentos ocorreram para que a institucionalização destas práticas ocorresse. A aprovação da PNPIC desencadeou o desenvolvimento de políticas, programas e ações em todas as instâncias governamentais, principalmente, no que diz respeito à fitoterapia.

Em consonância com a PNPIC, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) foi criada no mesmo ano⁹, a fim de garantir o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promover o desenvolvimento de tecnologias e inovações, assim como fortalecer as cadeias e arranjos produtivos e o uso sustentável da biodiversidade (BRASIL, 2006e).

A partir daí, programas e ações em Fitoterapia também foram implementados, a exemplo do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos em 2009 (BRASIL, 2009b), e da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) também em 2009. Nessa relação,

⁹ Através do Decreto Presidencial nº 5.813 do ano de 2006.

constam as plantas medicinais que apresentam potencial para gerar produtos de interesse ao SUS. A finalidade da RENISUS é subsidiar o desenvolvimento de toda cadeia produtiva relacionada à regulamentação, cultivo, manejo, produção, comercialização e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos. Além disso, tem como função orientar estudos e pesquisas que possam subsidiar a elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (RENAFITO), e o desenvolvimento e a inovação na área de plantas medicinais e fitoterápicos. A relação deve ser revisada e atualizada periodicamente.

O Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 2011a), a resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasileira (ANVISA), relacionados à Fitoterapia¹⁰, e as Farmácias Vivas¹¹, são outras regulamentações que visam a implementação da Fitoterapia no âmbito do SUS.

Em dezembro de 2007, o Ministério da Saúde publicou uma portaria¹² que aprovou as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na AB em saúde e define o Elenco de Referência de medicamentos e insumos complementares para a assistência farmacêutica nesse nível de atenção, incluindo aí os medicamentos homeopáticos da Farmacopeia Homeopática Brasileira (FHB)¹³, no qual, naquela época, cerca de 450 medicamentos começariam, então, a ser disponibilizados aos usuários do SUS, em conformidade com o recomendado pela PNPIC (BRASIL, 2006b).

A Farmacopeia Homeopática Brasileira define o padrão de qualidade que deve apresentar os medicamentos homeopáticos disponibilizados à população, seja preparado por indústria ou por farmácia. Sua importância se deve não apenas para orientar as farmácias magistrais e indústrias, mas também para os profissionais que prescrevem os medicamentos homeopáticos, para os órgãos

¹⁰ Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 26, de 13 de maio de 2014.

¹¹ A Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010, instituiu a Farmácia Viva no âmbito do SUS, que no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, deve realizar todas as etapas: o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos.

¹² Portaria nº 3.237, do Ministério da Saúde. Essa portaria foi revogada pela Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009, que aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Cita que, no Elenco de Referência Nacional de medicamentos, que se destina a atender aos agravos prevalentes e prioritários da atenção básica, estão incluídos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.

¹³ Em sua 2ª edição no ano de 2003. Hoje ela se encontra em sua 3ª edição, lançada no ano de 2011 e nela constam aproximadamente 560 medicamentos homeopáticos.

fiscalizadores e, ainda, para todos os atores envolvidos no ensino da Homeopatia.

Em janeiro de 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁴, com objetivo de “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008a, p.1) .

O NASF foi criado considerando a PNPIC e tem como *modus operandi* o apoio matricial para atuarem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado. A partir das necessidades locais, são responsáveis pela organização de atividades em até oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente/adulto jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2008a).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS¹⁵. O principal objetivo do programa é contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros. Para isso, propõe a implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados, estimulando, assim, a criação de espaços públicos adequados para a prática de atividade física e de lazer, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais (BRASIL, 2011b).

São estabelecidos oito eixos em torno dos quais as atividades dos polos devem ser desenvolvidas: práticas corporais e atividades físicas, promoção da

¹⁴ Instituído pela Portaria nº 154 de 2008. Ele é formado por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as Equipes de Saúde da Família (EqSF), as equipes de Atenção Básica (EqAB) específicas (consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Dessa forma, é possível fazer discussões de casos clínicos e realizar um atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares.

¹⁵ Instituído pela Portaria nº 719/2011, posteriormente revogada pela Portaria nº 2.681/2013, e modificada pela Portaria nº 24, de 14 de janeiro de 2014.

alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudável, práticas integrativas e complementares, e planejamento e gestão. O Programa faz parte da estrutura organizacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como componente da AB (BRASIL, 2011b).

As modalidades para cadastramento das ações com as PICs na Academia da Saúde são como Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa ou como consulta de profissionais de nível superior na AB¹⁶ (BRASIL, 2011b).

Em março de 2012¹⁷, foi estabelecido o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), contemplando doze medicamentos fitoterápicos.

A Portaria nº 13, de 19 de junho de 2012, habilitou municípios a receberem recursos referentes ao apoio à estruturação, consolidação e fortalecimento de Arranjos Produtivos Locais (APLs) no âmbito do SUS, conforme a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, selecionados pelo Edital SCTIE nº 1, de 26 de abril de 2012, que, também, foi outro desdobramento importante da política, bem como a RDC nº 18/ANVISA, de 3 de abril de 2013, que dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do SUS.

No que diz respeito à Formação e Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares, o Departamento de Atenção Básica, por meio do portal eletrônico *Comunidade de Práticas*¹⁸, tem oferecido cursos *online*, um deles sobre gestão em PICs direcionado a gestores, outro sobre Fitoterapia direcionado a Agentes Comunitários de Saúde, outros dois sobre MTC e um sobre Antroposofia direcionado a profissionais de saúde, gestores e técnicos das coordenações PICs no SUS. Entretanto, todos eles são abertos à população em geral e gratuitos.

¹⁶ Regulamentada hoje pela Portaria nº 24, de 14 de janeiro de 2014.

¹⁷ Através da Portaria nº 533.

¹⁸ <https://novo.atencaobasica.org.br/>

Sabe-se que o Ministério da Saúde tem incentivado, ainda que muito timidamente, outras formas de educação permanente em saúde em relação às PICs. Algumas formações em Terapia Comunitária Integrativa, Lian Gong, Fitoterapia, Auriculoterapia, entre outras, foram ofertadas a profissionais da saúde de diferentes localidades.

A respeito do financiamento federal às ações de PICs, ele é composto a partir dos Blocos de Financiamento do SUS. Os serviços de Atenção Básica não possuem um financiamento específico, sendo as ações de PICs financiadas a partir do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável, no qual as equipes de AB, incluindo os NASFs, podem realizar ações em PICs, ao serem compostos por profissionais que utilizem estas práticas no cuidado integral à população de seu território.

Os serviços de média e alta complexidade são financiados a partir da informação dos procedimentos realizados e compõem o Bloco de Média e Alta Complexidade, os procedimentos de consulta médica ou de profissional de nível superior (exceto médico) são financiados e devem ser registrados nas consultas, quando realizada alguma PIC.

Uma consulta em Homeopatia deve ser registrada como consulta. Os procedimentos específicos em PICs são da Medicina Tradicional Chinesa e são registrados quando realizados além da consulta profissional. São financiados segundo tabela unificada¹⁹.

Os medicamentos fitoterápicos, que são em número de doze, e todos os medicamentos homeopáticos, podem ser financiados a partir do componente da assistência farmacêutica básica²⁰.

Acerca do registro de informações em saúde na área das PICs, foi instituído recentemente, em 2013²¹, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que substitui o antigo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Essa portaria visa à informatização das unidades de

¹⁹ Os códigos utilizados para registro além da consulta profissional são: 0309050022 – Sessão de acupuntura com inserção de agulhas, 0309050030 – Sessão de eletroestimulação e 0309050014 – Sessão de acupuntura com aplicação de ventosa/moxa.

²⁰ Segundo a Portaria nº 533, de 28 de março de 2012, necessita de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para oferta dos serviços.

²¹ Pela Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013.

saúde e melhoria nos sistemas de informação, possibilitando um melhor acompanhamento pela gestão das ações em saúde e melhorias com a alteração na coleta de dados em relação ao SIAB.

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB²²) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Essa ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico também direcionado à Atenção Básica. Em suas fichas, existe a possibilidade de melhor registro das PICs ofertadas nos serviços.

As fichas do sistema são para Cadastro da Atenção Básica (cadastro domiciliar e cadastro individual), Fichas de Atendimento de Nível Superior (Ficha de Atendimento Individual, de Atendimento Odontológico Individual, de Atividade Coletiva e de Procedimentos), Ficha de Atendimento de Nível Médio e outros (Ficha de Procedimentos e de Visita Domiciliar).

Além das Equipes de Atenção Básica (EqAB), as equipes de NASF, Consultório na Rua, Melhor em Casa, Programa Saúde na Escola e Academia da Saúde também podem utilizar o sistema. Esse é um importante passo para que se tenha visibilidade do que se produz nos serviços de saúde da Atenção Básica.

Uma das grandes diferenças do SISAB em relação ao SIAB, ao menos no que tange às PICs, é em relação a alimentação dos dados que no SIAB eram profissionais da EqSF e EqAB (participantes do PMAQ) e no SISAB são Profissionais da ESF, EqAB, Consultório na Rua, Atenção Domiciliar, NASF (e Academia da Saúde) – aumentando o escopo da possibilidade do registro, justamente um dos entraves da notificação em relação às PICs na Atenção Básica.

²² O e-SUS AB é o *software* que alimenta o SISAB. Apresenta-se de duas formas: Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

No Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), existe um local para colocar uso das PICs. Além disso, podemos destacar mudanças positivas em relação ao registro das Atividades Coletivas e Reuniões. O que antes no SIAB era restrito aos campos Atendimento em Grupo – Educação em Saúde, Procedimentos Coletivos e Reuniões (Relatório PMA2), no SISAB, o registro é feito por tipo de atividade, tema para reunião, público alvo e tipos de práticas/temas para saúde, se consolidado ou individualizado.

O sistema de coleta do SIAB era alimentado por meio de fichas consolidadas e no SISAB é por meio de fichas com registro individualizado ou com Prontuário Eletrônico do Cidadão.

Na ficha de Atividade Coletiva (Figura 1), existem duas opções para registro de PICs: Fitoterapia e Plantas Medicinais ou Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa. Ambas podem ser registradas sob atividade de educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação/procedimento coletivo ou mobilização social.

Figura 1: Ficha de Atividade Coletiva – e-SUS AB

ATIVIDADE (Opção Única)*		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)*	
04	Educação em saúde	01	Alimentação Saudável
05	Atendimento em Grupo	02	Aplicação tópica de flúor
06	Avaliação / Procedimento Coletivo	03	Saúde Ocular
07	Mobilização Social	04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas
		05	Cidadania e Direitos Humanos
		06	Saúde do Trabalhador
		07	Dependência Química (Tabaco, Álcool e Outras drogas)
		08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)
		09	Escovação Dental Supervisionada
		10	Plantas Medicinais / Fitoterapia
		11	Práticas Corporais / Atividade Física
		12	Práticas Corporais e Mentais em PIC
		13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz
		14	Saúde Ambiental
		15	Saúde Bucal
		16	Saúde Mental
		17	Saúde Sexual e Reprodutiva
		18	Semana Saúde na Escola
		19	Agravos Negligenciados
		20	Antropometria
		21	Outros
		22	Saúde Auditiva
		23	Desenvolvimento da Linguagem
		24	Verificação da Situação Vacinal
		25	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 1
		26	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 2
		27	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 3
		28	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 4

Fonte: Portal do Departamento de Atenção Básica²³.

Na Ficha de Procedimentos (Figura 2), existe a possibilidade de registro de Acupuntura com Inserção de Agulhas. Destaca-se que esta opção está dentro do item de Procedimentos/Pequenas Cirurgias. Ainda há a possibilidade de registro de diversas outras PICs no campo “outros procedimentos”, que permite a inserção de códigos dos atendimentos feitos. Dentre esses outros procedimentos, existe codificação para: orientação em termalismo social, terapia comunitária integrativa, massoterapia, consulta médica em antroposofia, entre outros.

²³ Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha_atividade.pdf>. Acesso em: 23 set 2015.

Figura 2: Ficha de Procedimentos – e-SUS AB

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Sexo*		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Local de atendimento*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuta Inicial/Orientação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimentos/Pequenas Cirurgias	Acupuntura com Inserção de Agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Administração de vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cateterismo Vesical de Alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cauterização Química de Pequenas Lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidado de Estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curativo Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Drenagem de Abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de Citopatológico de Colo Uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exame do Pé Diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exérese/Biópsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infiltração em Cavidade Sinovial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoção de Corpo Estranho da Cavidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fonte: Portal do Departamento de Atenção Básica²⁴

Na Ficha de Atendimento Individual (Figura 3), existe a possibilidade de registro de diversas PICs. Esse registro é feito por uma codificação a ser colocada no item referente ao tipo de atendimento. Estão contemplados a MTC, a Antroposofia, Homeopatia, Fitoterapia, Termalismo/Crenoterapia, Práticas Corporais e Mentais em PICs, Técnicas Manuais em PICs e Outros. Ainda nessa ficha, é possível registrar se o atendimento refere-se à Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado, Consulta Agendada, Escuta Inicial/Orientação, Consulta no Dia ou de Atendimento de Urgência.

²⁴ Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha_de_procedimentos.pdf>. Acesso em: 23 set 2015.

Figura 3: Ficha de Atendimento Individual e-SUS

Encaminhamento Intersectorial	
<p>Legenda: <input type="checkbox"/> Opção Múltipla de Escolha <input type="radio"/> Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)</p> <p>Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa</p> <p>Aleitamento Materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente</p> <p>Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo semanais. AD3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracetese, ou diálise peritoneal.</p> <p>PIC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia aplicada à saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Termalismo/Crenoterapia 06 - Práticas corporais e mentais em PICs 07 - Técnicas manuais em PICs 08 - Outros * Campo Obrigatório</p>	<p style="text-align: right;">FAI/e-SUS AB v.1.3.0</p>

Fonte: Portal do Departamento de Atenção Básica²⁵

Na ficha de Cadastro Individual, existe uma questão que indaga se o usuário faz uso de Plantas Medicinais, e em caso afirmativo, pede que indique quais as plantas utilizadas. Já na questão seguinte questiona sobre o uso de alguma outra PIC, conforme a Figura 4.

Figura 4: Ficha de Cadastro Individual e-SUS

<p>SE SIM, INDIQUE QUAL(S):**</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe</p>	<p>ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
<p>TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>SE SIM, INDIQUE QUAL(S):**</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe</p>	<p>USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>SE SIM, INDIQUE QUAL(S):**</p> <p>_____ _____</p>
<p>OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE</p> <p>1 - QUAL? _____</p> <p>2 - QUAL? _____</p> <p>3 - QUAL? _____</p>	<p>USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Fonte: Portal do Departamento de Atenção Básica²⁶

Em Porto Alegre a Estratégia e-SUS foi implantada há aproximadamente um ano e, em algumas unidades de saúde, as fichas do e-SUS começaram a ser utilizadas há apenas seis meses, portanto, é ainda muito recente o trabalho das

²⁵ Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha_atendimento_individual.pdf>.

Acesso em: 23 set 2015.

²⁶ Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha_cadastro_individual.pdf>. Acesso

em: 23 set 2015.

equipes com o e-SUS na capital. Isso nos indica um futuro melhor em relação à informação em relação às PICs na Atenção Básica do que dispomos hoje e o reflexo disso será observado nos próximos anos, quando conseguiremos ter informações sobre a oferta de PICs em Porto Alegre através de dados secundários de forma mais fidedigna com a realidade dos serviços.

O documento da PNPIC é referencial para estados e municípios formularem suas políticas. No Rio Grande do Sul (RS), o Projeto de Lei sob o nº 108/ 2006 da Assembleia Legislativa do Estado, instituiu a Política Intersectorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos.

Em 2012, o Estado do Rio Grande do Sul, visando à elaboração de sua Políticas Estadual para as PICs, publica a Portaria SES/RS nº 201/2012, de 23 de maio de 2012, que cria a comissão de formulação da proposta de Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no RS e dá outras providências.

Em dezembro de 2013 foi aprovada a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC-RS), pela resolução CIB 695/13. O documento inclui outras PICs além das já preconizadas pela Política Nacional. Na PNPIC estão previstas a Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura, práticas corporais), Fitoterapia, Antroposofia, Termalismo Social e Crenoterapia e Homeopatia. Já na PEPIC-RS foram incluídas a Terapia Floral, o Reiki, a Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Shantalla, entre outras (SES-RS, 2013), o que abre um pouco mais o leque de opções terapêuticas dentro das PICs do que a PNPIC. No RS, há uma comissão criada para dar andamento à institucionalização da PNPIC (PERUREMA, 2014).

O município de Porto Alegre está em processo de construção da Política Municipal de Práticas Integrativas em Saúde desde 2013, ano em que foi lançada a Política Estadual. Em diversos documentos se pode encontrar referência à Política Municipal, entretanto ela ainda não foi publicada em Diário Oficial.

2.1.3.5 Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil e desafios de implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas

A institucionalização das Práticas Alternativas, Complementares e/ou Integrativas foi fruto da pressão, tanto de movimentos organizados da sociedade civil e organizações não governamentais (ONGs), quanto pela própria demanda crescente desses procedimentos desde a década de 1980 (LUZ, 2005).

Diversos são os municípios brasileiros que, de alguma forma, implementaram serviços em PICs.

No município de Campinas, existe uma coordenadoria de Saúde Integrativa na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Ela é voltada especialmente para a estruturação dos trabalhos dos profissionais das PICs. Com sua criação, as iniciativas, que antes eram tidas como projetos, passaram a ser geridas como programas pela administração de saúde de Campinas e, com isso, o rol de atividades oferecidas foi incrementado. Campinas conta com um Ambulatório Municipal de Homeopatia desde 1989; conta com a *Botica da Família*, uma farmácia municipal de manipulação de medicamentos fitoterápicos – feitos a partir de plantas medicinais (BRASIL, 2008b).

Em 2003, o Projeto de Implantação da Medicina Tradicional Chinesa na Rede Municipal de Saúde de Campinas foi implementado utilizando os profissionais com formação em Acupuntura. Em 2001, a partir da identificação da baixa qualidade de prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos músculo-esqueléticos no Sistema Único de Saúde, em Campinas, foi criado o Corpo em Movimento. As atividades do Corpo em Movimento são subdivididas em áreas e técnicas específicas, como Tai Chi Chuan, Ginástica Harmônica, Yoga, Atualização Terapêutica, Ginástica Postural, Lian Gong e Osteopatia (BRASIL, 2008b).

O Lian Gong foi implementado na cidade de Suzano, no estado de São Paulo, de forma ordenada, em 1999, e desde o início tem o objetivo de promover a atenção aos usuários da rede municipal de saúde que fazem acompanhamento nos programas de hipertensão e diabetes. Essas doenças crônicas não transmissíveis estão entre as principais causas de morte na cidade,

acompanhadas das doenças cerebrovasculares e hipertensivas. Em outubro de 2006, no entanto, o Lian Gong fez-se mais visível, quando a prefeitura foi uma das selecionadas pelo Ministério da Saúde para investimento na experiência da prática como forma de ampliação das ações de promoção de saúde no município (BRASIL, 2008b).

O Centro de Referência em Tratamento Natural do Amapá (CRTN), que foi inaugurado em 2004, integra o Sistema Público de Saúde Estadual e tem o objetivo de atuar na assistência especializada em terapias naturais, por meio de atendimento e serviços ambulatoriais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura, Massoterapia, entre outros. A criação do CRTN-AP trouxe benefícios para todo o Estado, pois além de realizar atendimentos itinerantes pelos municípios, estão sendo passadas informações quanto à implantação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares e quanto à responsabilidade do gestor. A assistência ambulatorial é prestada por referência e contrarreferência dos usuários do SUS, bem como pela demanda espontânea. Como o Estado conta com 59,10% de cobertura da estratégia Saúde da Família, é grande o número de encaminhamentos feitos pelas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família (BRASIL, 2008b).

Observa-se, ainda hoje, que as PICs no SUS são pouco valorizadas institucionalmente, mesmo que tenha havido algum crescimento após a PNPIC, em 2006 (TESSER; SOUSA, 2012). O crescimento do uso das PICs, uma realidade cada vez mais presente nos serviços de saúde, apresenta grandes desafios para sua institucionalização. Embora exista uma política pública que determine a utilização das PICs, percebe-se que algumas limitações e desafios têm impedido que a sua implantação ocorra de modo efetivo (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).

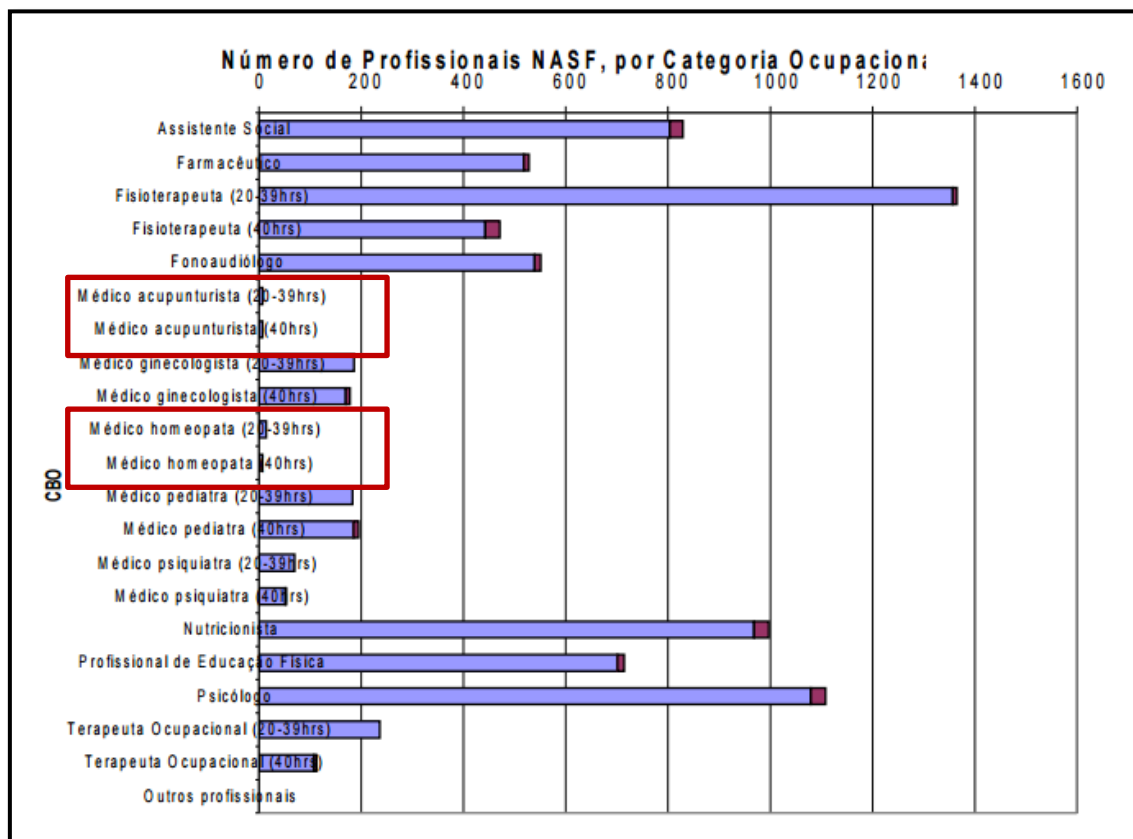
Uma das questões a ser levada em consideração é a falta de financiamento da política. A falta de definição financeira para a implementação das PICs pode ter colaborado para o não investimento nessas práticas. Alguns dos desafios para a implementação da PNPIC são: a formação e qualificação de profissionais em número adequado para atuarem no SUS; monitoramento e avaliação dos serviços, considerando as diretrizes gerais da política; fornecimento dos insumos; estruturação dos serviços na rede pública;

desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS (RODRIGUES *et al.*, 2011). O reduzido número de profissionais suficientemente capacitados, o insuficiente financiamento para a maioria das práticas e os poucos espaços institucionais para seu desenvolvimento nos serviços de saúde são exemplos de desafios para a institucionalização (SOUSA; VIEIRA, 2005).

Para Estrela (2013), a falta de articulação das PICs com programas, serviços e demais ações no SUS, é outro fator relevante para pensar a dificuldade de implementação após dez anos de publicação da PNPIC. Para o autor, haveria várias interfaces a serem feitas, nas quais as PICs poderiam contribuir, por exemplo, com a redução dos danos causados pela dengue, com a saúde do idoso ou da mulher, com o tratamento de condições crônicas como diabetes e hipertensão arterial. Para ele, a presença das PICs no SUS se dá “de forma frágil, fragmentada e desarticulada na rede assistencial” e “até mesmo nas situações nas quais os serviços estão estruturados, eles têm um funcionamento de forma isolada, à parte dos demais programas” (ESTRELA, 2013, p. 203).

Os NASFs que seriam *locus* para ação das PICs na atenção básica não têm se mostrado muito atuante nessa área. Segundo dados do Relatório realizado pelo Ministério da Saúde em 2008 (BRASL, 2008a), nas equipes de NASFs, os médicos homeopatas e médicos acupunturistas estão entre a minoria dos profissionais (Figura 5). No Rio Grande do Sul, não constam esses profissionais cadastrados nas equipes de NASFs existentes (BRASIL, 2008a). Percebe-se que a atuação em PICs no NASF é direcionada para a atuação médica. Entretanto existe a possibilidade de outros profissionais que compõem o NASF terem formação em PICs e utilizarem esse recurso em seu trabalho informalmente, não tendo, assim, visibilidade.

Figura 5: Médicos acupunturistas e homeopatas nas equipes de NASF



Fonte: BRASIL, 2008a.

Vemos que essa abertura às PICs pode representar, realmente, uma possibilidade de visibilidade e legitimação, mas que deve ser olhada com atenção, debate e questionamentos, pois parece estar mais inclinada a estratégias de empoderamento da biomedicina frente às PICs e sua população usuária do que de uma real emancipação para essas práticas. Índícios desse possível jogo de poder podem ser identificados na invisível divulgação dessas práticas para os usuários do SUS e profissionais de saúde, ou quando se discute reiteradamente a sua cientificidade como condição para seu reconhecimento, pondo, assim, como parâmetro os critérios metodológicos da biomedicina e não a capacidade de resposta dessas práticas integrativas para sentidos de adoecimento e resposta terapêutica. Ou, ainda, quando observamos a inviabilidade e o desconhecimento de algumas das práticas integrativas

contempladas na PNPIC para determinadas regiões ou comunidades que, dessa forma, só podem recorrer às terapêuticas oficiais como anteriormente faziam. Além disso, observamos que apenas existe garantia de financiamento para os serviços especializados, retirando da AB a possibilidade de garantia de recursos para que implemente cada vez mais ações em PICs, conforme é preconizado pela própria OMS.

Da mesma forma, a fitoterapia, mesmo com o incentivo de uma política nacional, parece haver ainda certa carência de informações e de ações no sentido de efetivar e implementar a fitoterapia no SUS (DUTRA, 2009).

A implementação da fitoterapia segue por curso semelhante ao que foi descrito em relação às PICs em geral. Em um estudo sobre os saberes e práticas fitoterápicas de médicos na Estratégia Saúde da Família (ESF) (VARELA; AZEVEDO, 2014), identificou-se que, apesar de a maioria dos entrevistados ter referido conhecer os fitoterápicos e recomendá-los aos usuários da ESF, o conhecimento que eles tinham sobre o uso de fitoterápicos e plantas medicinais era limitado.

Segundo esse estudo, apenas 22% dos profissionais cursaram alguma disciplina sobre essa temática na graduação e 22% frequentaram um curso de curta duração na área. Os profissionais preferiram utilizar os fitoterápicos que têm atividade ansiolítica e sedativa comprovada, e a principal fonte de obtenção de conhecimento dos profissionais que não possuíam curso de formação ou contato na graduação é através da consultoria dos representantes comerciais de produtos fitoterápicos ao serviço de saúde, o que já levanta uma discussão interessante sobre que fitoterapia está sendo praticada no SUS e interesses de quem que se está atendendo.

Os informantes da pesquisa relataram que nunca receberam Educação Permanente em Saúde sobre essa temática. Apesar do uso de plantas medicinais ser uma prática popular disseminada e ao alcance da maioria das pessoas, o desconhecimento dos profissionais sobre essa prática provavelmente determina a falta de incentivo ao seu uso (THIAGO; TESSER, 2011).

Em estudo realizado a fim de conhecer a percepção de oito gestores em saúde e 68 profissionais da Estratégia Saúde da Família, uma das principais dificuldades apontadas pelos gestores para a institucionalização da fitoterapia é

a aceitação dessa prática terapêutica pelos profissionais de saúde (FONTENELE *et al.*, 2013).

A implantação da Homeopatia no SUS, apesar de bem anterior à PNPIC, precisa superar um conjunto de dificuldades: o desconhecimento ou descrédito de alguns profissionais de saúde e gestores; o número insuficiente de profissionais homeopatas; a deficiência do ensino da Homeopatia na graduação e na especialização; a necessidade de criação de farmácias e laboratórios para produzir medicamento homeopático; o desconhecimento da população sobre a Homeopatia, além da questão de que um médico homeopata atende um menor número de pacientes do que outras especialidades médicas devido às especificidades de um atendimento homeopático (FIGUEREDO, 2007).

Segundo estudo em que foram investigados fatores facilitadores e dificultadores da implementação da Homeopatia na rede pública do estado de São Paulo, alguns dos fatores dificultadores da implementação da Homeopatia no SUS estão associados principalmente aos seguintes fatores: desconhecimento da racionalidade homeopática; valorização à medicalização e ao hospitalocentrismo; poucos estudos que demonstrem a efetividade e o custo/benefício da atenção em Homeopatia; e carência de médicos homeopatas como médicos de família ou inseridos nos NASFs (GALHARD; BARROS; LEITE-MOR, 2012).

Contrariamente ao que é preconizado na PNPIC, em que a implantação das PICs deve ser priorizada, sobretudo na Atenção Básica, os profissionais da Saúde da Família, por muitos anos, não puderam registrar muitas de suas atividades e atendimentos, pois a maioria delas era cadastrada como serviço de atendimento especializado e, portanto, não podiam ser registradas por profissionais da Estratégia Saúde da Família (TESSER, 2012). Recentemente, com o SISAB, é que o panorama dos registros em PICs tende a modificar.

Simoni (2014) relata que se trata de uma política extremamente contra-hegemônica, que foi lançada com total ausência de recurso financeiro indutor para implementação, em tempos de indução financeira para implantação de diretrizes e ações de políticas junto a estados e municípios. Apostou-se na força das PICs e na gestão local em buscar outros modelos para trazer soluções para as questões de saúde de sua população. Para ela, a PNPIC teve sustentação na

ação do dia-a-dia dos profissionais de saúde do SUS, militantes, e eu acrescentaria que o desejo popular também. Ainda que de maneira tímida, a PNPIC tem resistido e se expandido no SUS.

Nesse sentido, considerando a importância das Práticas Integrativas e Complementares no cuidado em saúde, a problemática que será apresentada a seguir envolve o processo de institucionalização das PICs no SUS de Porto Alegre e o processo de implementação da PNPIC no município. Buscar-se-á, portanto, discutir e refletir sobre a problemática posta junto a gestores e profissionais dos serviços de saúde que ofereçam PICs no município de Porto Alegre.

2.2 PROBLEMATIZANDO O ESTUDO SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA

A incorporação de práticas pertencentes a outro paradigma (vitalista) pode provocar o questionamento dos limites e das insuficiências estruturais do paradigma científico moderno ocidental, o que talvez leve à constituição de mais uma barreira na incorporação das PICs no SUS (SOUSA; VIEIRA, 2005).

Outro aspecto a ser ressaltado quanto à dificuldade de inserção das PICs de forma a obter resultados reais e satisfatórios é que as práticas fundamentadas no paradigma vitalista têm sido utilizadas pela racionalidade biomédica, porém são empregadas segundo os preceitos dela, ou seja, o foco da atenção continua sendo a doença e não o doente (SOUSA, 2004). Acaba-se, então, fazendo uso apenas de sua dimensão terapêutica dissociando-a de seu sistema diagnóstico e de todas as suas outras dimensões.

Sistemas médicos complexos tradicionais, ou seja, que são denominados assim justamente porque têm sua racionalidade específica, são frequentemente decompostos ou desmembrados em apenas alguns dos seus elementos, sejam os diagnósticos ou, mais frequentemente, os terapêuticos. Luz (2012c, p. 42) diz que “essa inclusão tende a ser, muitas vezes, como uma mera apropriação mecânica de aspectos terapêuticos que são parte de um sistema coerente e integrado”.

Sendo assim, não se leva em consideração a racionalidade própria desses sistemas que são geralmente centrados na terapêutica e orientados para a escuta, para, a partir daí, estabelecer um diagnóstico que levará em conta o processo individual de adoecimento (LUZ, 2005). São utilizadas, na maioria das vezes, como ferramentas terapêuticas na mesma lógica centrada nas doenças, e se verifica uma descontextualização das racionalidades médicas orientais e um desmerecimento pela doutrina médica e significado filosófico dessas medicinas (LUZ, 2012c). O risco disso é um sincretismo médico, no qual prevaleça a racionalidade biomédica ao se utilizar uma terapêutica que pertença à outra racionalidade.

As práticas corporais baseadas na Medicina Tradicional Chinesa são consideradas as de maior predomínio nas unidades básicas de saúde. A grande procura se deve ao fato da grande demanda pelo serviço de fisioterapia, sempre com grande lista de espera. Na maioria dos casos, com problemas relacionados a dores crônicas e problemas da coluna vertebral. O envelhecimento da população também tem aumentado a procura por serviços direcionados a esses problemas.

Apesar do sucesso na maioria dos locais onde é implantada, a prática do Lian Gong tem recebido críticas quanto ao modo que vem sendo ofertada. A Associação Brasileira de Lian Gong criticou a forma como os profissionais vinham sendo capacitados para a oferta dessa prática. Geralmente, o enfoque resume-se ao exercício físico em si que a prática oferece, não contemplando a prática em sua forma mais abrangente na perspectiva da Medicina Tradicional Chinesa (NAGAI; QUEIROZ, 2011).

Exemplos como esse nos mostram que a institucionalização das PICs vem ocorrendo com alguns percalços no Brasil. A Acupuntura, por exemplo, tem encontrado obstáculos em seu desenvolvimento devido à ação dos conselhos médicos que condicionam o aceite da Acupuntura desde que praticada exclusivamente por profissionais médicos (NAGAI; QUEIROZ, 2011).

Em pesquisa que se propôs a avaliar as condições de ocorrências das PICs a partir de representações sociais dos profissionais que participam desse processo, encontrou-se disposição unânime em aceitar a prática do acupunturista não médico entre os entrevistados também não médicos.

Entretanto, entre os entrevistados médicos, não houve essa mesma unanimidade. Apesar de grande aceitação, ela estaria condicionada desde que houvesse a supervisão de um profissional médico (NAGAI; QUEIROZ, 2011).

Em relação aos conflitos citados acima, algumas normativas têm regulamentado de forma diferente essa questão. A Secretaria de Saúde de Recife, por exemplo, em um artigo dentro da Portaria nº 01 de 28 de Janeiro de 2003, resolve que a prática da Medicina Tradicional Chinesa poderá ser exercida por qualquer profissional da saúde especializado. Entretanto, faz uma ressalva em relação a prática da Acupuntura, em que diz que o profissional somente poderá exercê-la desde que receba o paciente com a avaliação e um diagnóstico médico. Vemos que, embora se admita um convívio democrático com outras racionalidades e outros profissionais de saúde além do médico, a perspectiva de hierarquia em relação ao diagnóstico e orientação terapêutica ainda fica centrada na figura do médico, na qual a visão biológica e mecanicista ainda é bastante presente no sistema de saúde, mesmo em movimento de mudança de lógica de cuidado.

A história do processo de institucionalização das PICs tem no seu percurso alguns obstáculos interpostos pela medicina socialmente hegemônica, sendo em geral as instituições ligadas à reprodução do saber biomédico, a exemplo das faculdades de medicina ou mesmo dos hospitais, os que mais se opõem a inserção de PICs em espaços institucionais. A corporação médica, geralmente, se opõe à legitimação das PICs caso elas se façam sem seu reconhecimento como especialidade médica, isto é, como saber e prática médica a ser exercida e controlada por médicos (LUZ, 2005).

O aumento da procura por essas práticas, com certeza, é favorecido por mudanças socioculturais contemporâneas que facilitaram e possibilitaram a progressiva inserção das PICs no SUS. Entretanto, não podemos negar que a proliferação de estudos biomédicos (principalmente no caso da Acupuntura) também facilitou a incorporação dessas práticas pelas instituições (TESSER, 2012). A própria Homeopatia, que está institucionalizada muito antes da criação da PNPIC, é um exemplo de institucionalização via reconhecimento como especialidade médica.

Nesse sentido, percebe-se que a incorporação das PICs pela biomedicina (como é o caso da Homeopatia e da Acupuntura) acaba favorecendo uma institucionalização mais ampla e menos contestada, com maior reconhecimento de sua eficácia e segurança, disseminando-as mais facilmente nos serviços de saúde (TESSER, 2012). Podemos dizer que, a partir da legitimação teórica da biomedicina, a aceitação e incorporação das PICs se dão de maneira mais natural ou menos conflituosa.

Encontramo-nos em uma sociedade onde existe uma hegemonia no que diz respeito à legitimidade, não só acadêmica como social, sobre que tipo de conhecimento tem mais prestígio e, conseqüente, poder para validar práticas e saberes na área da saúde: a ciência biomédica. No mundo ocidental existe a tendência de se naturalizar os conhecimentos baseados na ciência. A ideia de evolução como progresso e de superação do passado, e ficando o passado associado à ideia de atraso e o futuro à ideia de inovação (LUZ, 2012a).

Perurema (2014) entende que a PNPIC deu início a uma árdua tarefa de lidar com as relações de poder sobre o conhecimento que se estabelecem entre a biomedicina instituída e as PICs. Tesser e Barros (2010, p. 220) dizem que, para que se avance na implementação das PICs no SUS, “confrontos entre corporações e pressões políticas, particularmente da biomedicina, intensificar-se-ão no campo da saúde. Complexidades epistemológicas, dificuldades operacionais e disputas políticas existem e aumentarão (...)”. Para eles, a oferta das PICs no SUS revela a perspectiva de cultivo de uma “democracia e ecologia epistemológicas”, atuando como uma estratégia de manejo da medicalização, construindo universalidade, equidade e integralidade.

A oferta de serviços em Homeopatia e Acupuntura no Centro de Saúde Modelo é bastante difundida em Porto Alegre. Entretanto, o que chega ao conhecimento é que existe uma longa espera por consultas nessas áreas, e que o médico que as oferecia não está mais trabalhando naquela unidade, ou que teria se aposentado, ou que não aceitaria pacientes novos.

Principalmente nós, trabalhadores e estudantes da área da saúde, frequentemente, temos o conhecimento de algum colega que esteja usando alguma PIC em seus atendimentos ou mesmo de forma mais coletiva dentro da unidade de saúde em que trabalha, geralmente na Atenção Básica. Contudo, um

grande número dessas ações não atinge muitos interessados no uso dos serviços. Sabe-se que o uso das PICs no SUS antecede à PNPIC e que, mesmo hoje com a existência de uma política nacional que se propõe a regulamentar e garantir a oferta de outras racionalidades médicas e práticas terapêuticas, são esses trabalhadores da área da saúde que, de forma isolada, com pouca visibilidade e de maneira pouco reconhecida, acabam utilizando as PICs, de forma mais organizada e sistematizada ou não, em seus atendimentos e em sua prática diária dos serviços.

Sabendo que muitas dessas ações acontecem no cotidiano dos serviços da Atenção Básica, quando buscamos informações sobre as PICs em Porto Alegre, utilizando os bancos de dados nacionais, observa-se que apenas uma parte da realidade dos serviços em PICs está contemplada, seja por não existir a possibilidade de registro em qualquer PIC, seja por não serem todos profissionais que podem registrar o uso das PICs, ou seja pela subnotificação ou desatualização que existe nas bases de dados nacionais. Sabe-se que através dos dados secundários não será apreendida a realidade dos serviços.

Frente ao exposto, foram traçadas algumas questões de pesquisa que tentam responder à temática pontuada:

- quais PICs são desenvolvidas formalmente e informalmente na Atenção Básica do município? Qual é a sua oferta?

- quais são as lógicas e as dificuldades encontradas para a implementação e institucionalização das PICs? Quais são as estratégias utilizadas para sua superação nesse processo?

- como vem ocorrendo esse processo na Atenção Básica de Porto Alegre a partir da PNPIC?

- como se dá a utilização desses serviços pelo usuário? Como os usuários acessam os serviços?

3 ESPECIFICANDO OS OBJETIVOS

Para responder a questão de pesquisa apresentada neste estudo, serão descritos, a seguir, o objetivo geral e os específicos.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de institucionalização e implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Com o intuito de atingir o objetivo geral desta pesquisa, são descritos os seguintes objetivos específicos:

- caracterizar as PICs ofertadas na rede de serviços de saúde de Porto Alegre;
- identificar quais PICs são oferecidas na Atenção Básica de uma Gerência Distrital de Porto Alegre;
- mostrar e compreender quais são os fatores dificultadores e os facilitadores para a institucionalização e implementação da PNPIC em Porto Alegre, junto aos gestores e profissionais de saúde;
- descobrir se os profissionais conhecem como se dá o acesso e os fluxos do usuário para utilização dos serviços de PICs na Atenção Básica, na capital do RS.

4 TRAJETÓRIA DE INVESTIGAÇÃO

A fim de cumprir com os objetivos propostos, a realização deste estudo foi composta por estratégias que serão descritas pela metodologia a seguir.

4.1 PROPOSTA METODOLÓGICA

Esta pesquisa foi desenvolvida por meio de uma abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa trabalha com o 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. Possibilita a utilização de técnicas e recursos instrumentais adequados à compreensão dos valores culturais e das representações sociais de um determinado grupo, permitindo saber como se dão as relações entre os atores em uma temática específica (MINAYO, 2014). É um campo de conhecimento que se desenvolve por meio de práticas interpretativas por excelência, para o qual o qualitativo é eminentemente holístico e indutivo, tomando como referenciais o entendimento, a compreensão, a construção de sentido e a intencionalidade (GIL, 2008).

A pesquisa qualitativa foi escolhida para este estudo por ser apropriada para descrever e analisar, de forma mais complexa e aprofundada, problemas aos quais estão relacionadas diversas variáveis, bem como para compreender processos dinâmicos a eles relacionados (RICHARDSON, 1989). Peculiaridades atinentes aos atores envolvidos no processo de implementação da PNPIC e na oferta das PICs na AB de Porto Alegre foram possíveis de serem verificadas com esse tipo de pesquisa. Destaca-se que a pesquisa qualitativa busca compreender a lógica interna de grupos, instituições e indivíduos quanto aos seus valores culturais e as representações sobre sua história e temas específicos, visando também a conhecer as relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais, bem como os processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2014).

4.2 O CENÁRIO

O cenário de estudo foi o serviço de Atenção Básica de uma Gerência Distrital do município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. Lembra-se que esse município foi identificado como o único município da região que está na iminência da publicação de uma política pública municipal na área das PICs.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram considerados como critérios de inclusão no estudo: todos os gerentes distritais do município de Porto Alegre ou representante indicado por ele (totalizando oito), e profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS da Gerência Distrital selecionada e que utilizam ou tenham formação em alguma Prática Integrativa e Complementar de tratamento à saúde (totalizando vinte) e que consentiram sua participação na pesquisa por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Já os critérios de exclusão foram: não utilizar ou não ter formação em Práticas Integrativas e Complementares e/ou não aceitar participar do estudo.

Na abordagem qualitativa, preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão dos fatos. A partir disso, foi utilizado o critério de saturação teórica das informações, que permite incluir ou suspender novos participantes, dependendo da repetição ou redundância das informações obtidas. Considera-se haver saturação teórica quando a interação entre campo de pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para balizar ou aprofundar a teorização (PIRES, 2008).

Com relação ao número de participantes, destaca-se que o estudo proposto não buscou representatividade numérica e sim o aprofundamento da temática em estudo (MINAYO, 2014).

O estudo foi composto por seis Gerentes Distritais do município e dois representantes indicados totalizando a representação das oito Gerências

Distritais de Porto Alegre. Também participaram do estudo vinte profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS de uma das Gerências Distritais de Porto Alegre, que utilizam ou têm formação em alguma Prática Integrativa e Complementar de tratamento à saúde. Quatro desses profissionais de saúde também exerciam a coordenação das unidades.

A fim de garantir o anonimato dos participantes, será utilizada a denominação GD para os Gerentes Distritais, seguida de numeração (GD-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Da mesma forma para os profissionais de saúde, será utilizada a letra P seguida de numeração (P-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16). Para os profissionais de saúde coordenadores das unidades será utilizada a denominação PC, seguida de numeração (PC-1, 2, 3, 4).

Dentre os vinte profissionais entrevistados, quatro deles eram enfermeiros, dois deles dentistas, dois médicos, seis agentes comunitários de saúde (ACS), dois eram auxiliares de saúde bucal (ASB), e dois técnicos em enfermagem.

Suas idades variam de 31 a 57 anos, e o tempo em que trabalham no serviço de AB em saúde do município de Porto Alegre também é variado. Os mais antigos são estatutários e estão há mais de dez anos no serviço de saúde da AB do município, mas a grande maioria deles foi contratada mais recentemente pelo IMESF (Instituto Municipal da Estratégia da Saúde da Família) e estão atuando nas Unidades de Saúde há quatro ou três anos, justamente quando o IMESF iniciou as suas contratações.

O IMESF é um instituto vinculado à Secretaria Municipal de Saúde que visa à implantação e qualificação das Equipes de Saúde da Família, a fim de ampliar o acesso da população aos serviços de Atenção Básica em Porto Alegre e consolidar essa estratégia no município. Foi criado para gerir a atenção à saúde básica da Capital²⁷.

²⁷ Disponível em: <<http://www.correiodopovo.com.br/impresao.aspx?Noticia=252283>>.

4.4 GERAÇÃO DE DADOS: DANDO VOZ AOS ATORES

Um estudo de abordagem qualitativa constitui-se como uma imersão no campo e no cotidiano das pessoas, inscrevendo-se frente ao discurso e às práticas sociais, o que, para Geertz (2008), permite ao pesquisador registrar e transformar os acontecimentos passados em relatos que existam em sua inscrição e que possam ser consultados novamente. Para isso, foram utilizadas técnicas e instrumentos de pesquisa que, em sua operacionalização, possibilitassem ver, ouvir e registrar momentos, experiências e práticas envolvendo as Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica de uma Gerência Distrital do município de Porto Alegre.

A geração de dados do presente estudo ocorreu em etapas distintas, no entanto complementares:

O grupo focal foi uma das técnicas de coleta de dados utilizada. Ele foi utilizado para geração de dados junto aos Gerentes Distritais ou seus representantes. O elemento chave do grupo focal consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). Ele nos permite analisar não somente os relatos sobre situações e experiências como também o contexto das relações nas quais essas falas são produzidas.

A entrevista semiestruturada foi utilizada para geração dos dados junto aos profissionais de saúde da assistência na AB, pois ela permite a captação imediata e corrente da informação social, tratamento de escolhas nitidamente individuais, além de incluir informantes que não poderiam ser atingidos por outros meios de investigação (LÜDKE; ANDRÉ, 2013). A entrevista é um importante instrumento de coleta de informações a respeito de um objeto de estudo, já que permite explorar aspectos que são postos em evidência no momento em que se dá, muitas vezes, desconhecidos do pesquisador. Além disso, ela possibilita um maior aprofundamento da visão, da percepção do entrevistado a respeito do objeto (NAVARRETE *et al.*, 2006).

As entrevistas semiestruturadas seguem um roteiro de questões abertas e fechadas, o que permite ao pesquisador maior abrangência do assunto investigado. Parte-se de questionamentos prévios conforme, as questões de

pesquisa, e permite que, a partir das respostas dos participantes, criem-se novos questionamentos, o que enriquece as informações (TRIVINOS, 1987). Desse modo, as entrevistas possibilitaram a este estudo aprofundar o tema investigado.

Tanto o grupo focal quanto as entrevistas foram registrados em gravação de áudio e, posteriormente, transcritos e analisados. Em todas as etapas, o registro também se realizou através de anotações em diário de campo (Apêndice C). O diário de campo é uma técnica de pesquisa que permite o registro detalhado de informações e reflexões surgidas no decorrer da observação (LOPES, 1993). Nele comportam anotações sobre todas as informações e situações vividas durante a realização da pesquisa, para que depois possam ser analisadas. Ele pode ser comparado a uma fotografia que descreve um momento de observação e as percepções do pesquisador, todavia se propõe a ser mais abrangente, registrando interpretações e análises do pesquisador no contexto vivenciado (ROESE *et al.*, 2006).

4.5 CAMINHO QUE PERCORRI

Antes de adentrar na abordagem qualitativa, realizei uma busca documental dos dados que permitissem caracterizar a situação das PICs dentro de uma capacidade instalada de serviços no município. Os dados provenientes dessa etapa me forneceram um panorama de como as PICS estão distribuídas, principalmente, na Atenção Especializada. São poucos os dados disponíveis sobre as PICS na AB de Porto Alegre. Essa primeira etapa contribuiu com o foco observacional e com a composição das entrevistas.

Para iniciar a pesquisa, era necessária uma autorização do departamento de AB da SMS de Porto Alegre. A aproximação com esse departamento se deu nessa etapa. Percebi que havia uma preocupação grande acerca da operacionalização da pesquisa, para que ela não interferisse no trabalho dos profissionais que seriam contatados para as entrevistas. Percebi entraves para a minha inserção no campo desde então.

Quando a pesquisa foi aceita pelos Comitês de ética e pesquisa da UFRGS e da SMS, retomei meu contato com a SMS. Dessa vez, eu tinha

intenção de solicitar uma pauta em uma das reuniões dos GD que acontecem semanalmente na SMS, a fim de apresentar a pesquisa e convidá-los a participar do grupo focal.

Essa primeira etapa da pesquisa, a realização de um grupo focal com os GD, estava sendo considerada desnecessária para a escolha da GD a ser estudada, e havia uma intenção de direcionamento por parte da AB que a gerência escolhida fosse a considerada menos favorecida delas. Foi preciso insistir e expor que a importância da realização do grupo focal com os GD se dava não apenas para a escolha da GD a ser estudada, mas também para gerar o debate e promover visibilidade das PICS entre os Gerentes Distritais da AB de Porto Alegre.

O grupo focal foi a forma escolhida para geração de dados sobre qual GD tinha maior número de profissionais com formação em PICS, atuantes ou não, bem como que possuísse dentro desse maior número de profissionais a maior diversidade de PICS ofertadas ou que possuíssem capacitação. A ideia era selecionar a GD que tivesse a maior pluralidade de práticas com o maior número possível de profissionais capacitados.

A realização do grupo focal era uma estratégia interessante nessa etapa do estudo com os Gerentes Distritais, uma vez que a intenção não era apenas identificar a Gerência que seria estudada por meio do quantitativo dos profissionais que trabalham ou têm formação em PICS, mas também problematizar a questão da oferta das PICS junto aos GD, bem como da implantação da PNPIC, enriquecido com o contexto, permitindo enxergar além das falas. A partir desse trabalho, foi escolhida uma Gerência Distrital para ser estudada.

Para a realização do grupo focal, foi agendado uma pauta em uma das reuniões que eles realizam semanalmente, onde me apresentei, apresentei a pesquisa e agendei uma data com eles para a realização do grupo focal. Essa data foi transferida posteriormente. Conciliar a agenda da maioria dos GD demandou uma espera maior do que a prevista para início da geração dos dados.

Com o grupo focal realizado e a Gerência Distrital selecionada, deu-se início a uma nova etapa da pesquisa. Para começar a pesquisa na GD

selecionada, foi agendada uma pauta em uma das reuniões dos coordenadores das Unidades de Saúde da GD que ocorre semanalmente com o intuito de apresentar a pesquisa aos coordenadores. Nesse encontro, estavam presentes 19 coordenadores de unidades de saúde ou seus representantes, além de outros integrantes que, naquela ocasião, participariam da reunião. Eles me informaram quais eram as PICs que corriam em suas unidades e quais eram os profissionais que atuavam ou apenas possuíam formação. Das 19 US em questão, uma delas não oferecia nenhuma PIC, nem tinha profissional qualificado, e outra tinha apenas um profissional qualificado em PICs, mas que, naquele momento, não havia nenhuma oferta de serviços, pois o profissional estava de licença do serviço. Das 19 US que tiveram representação na reunião, 17 ofereciam atendimentos em PICs ou possuíam profissional qualificado.

Com esses dados em mãos e com a colaboração dos coordenadores das US, comecei a fazer contato com os profissionais indicados. Sabia que encontraria alguns profissionais com agenda mais disponível e outros com menos disponibilidade. E foi isso que aconteceu. De forma geral, surpreendeu-me a disponibilidade da maioria deles em participar das entrevistas e em procurar me receber o quanto antes possível.

Desde o início, eu sabia que enfrentaria dificuldades em relação aos prazos para o cumprimento de normas para o Programa de Mestrado no qual faço parte, pelo fato de escolher uma pesquisa que tivesse necessidade de passar pois dois CEPS, além de propor realizar diversas entrevistas que necessitariam de transcrição para a análise dos dados. Entretanto, a limitação em relação ao tempo foi ainda mais significativa na medida que me deparei com um certo entrave inicial. Transposto esse entrave inicial, outra questão significativa foi que duas das profissionais-chave nas duas etapas iniciais entraram em férias no início do nosso contato, o que fez com que atrasasse em, pelo menos, mais quinze dias uma retomada de contato.

Num terceiro momento, então, foram realizadas entrevistas (Apêndice B) com os profissionais identificados pelo coordenador das unidades, a fim de identificar quais PICs estavam implementadas e quais delas estavam institucionalizadas – quais eram formais e quais, apesar de implementadas,

ainda eram informais nos serviços, problematizando os fatores que facilitam e dificultam a oferta de PICs e sua institucionalização.

Foi nessa fase que eu pude me aproximar da realidade dos serviços e do território em que a GD se localizava. Percebi muito mais abertura para a pesquisa, assim como para com as PICs, de forma geral, por parte dos profissionais, do que por parte da gestão. A preocupação por parte da gestão em relação à realização das entrevistas com os profissionais de forma que interferisse negativamente no trabalho deles, não se percebeu junto aos profissionais. Eles se mostravam muito satisfeitos em trocar ideias e relatar o que fazem no cotidiano dos serviços em relação às PICs. Nas minhas anotações de campo, observei que eles sentem falta de serem reconhecidos pelo que fazem e se sentem valorizados ao contribuir com as entrevistas. Com os profissionais de saúde, não percebi entraves.

Fiz uma primeira rodada de contatos telefônicos para agendamento das entrevistas e via e-mail, a partir das informações que os coordenadores das unidades me forneceram. Retomei os contatos que não tinha recebido retorno, a fim de contatar os demais profissionais de saúde. Todos os profissionais que eu consegui contato e que aceitaram participar da pesquisa foram entrevistados. Nas 17 US dessa GD que oferecia alguma PIC ou tinha profissional com formação, foram identificados cerca de 40 profissionais. Desses, 20 foram entrevistados. Das 17 Unidades de Saúde, 4 delas eram Unidades Básicas de Saúde e 14 delas eram Estratégia de Saúde da Família (ESF). Profissionais de duas e de oito ESF UBS foram entrevistados.

4.6 PROCESSO DE ANÁLISE E REDAÇÃO DO TEXTO: PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES

A análise do processo de institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no SUS e da implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, no município de Porto Alegre, produzido pelos grupos focais, pelas entrevistas e o registrado em diário de campo, foi realizada por meio da *análise temática* proposta por Minayo (2014).

Ela foi desenvolvida em etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A primeira etapa, denominada *pré-análise*, pode ser dividida em três tarefas. A primeira tarefa consiste na realização de uma *leitura flutuante*, ou seja, é o contato direto e intenso do pesquisador com os dados brutos (material), deixando o pesquisador se impregnar pelo conteúdo. A segunda tarefa consiste na *constituição do corpus*, no que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade. Nessa tarefa, o pesquisador deve responder a critérios das abordagens qualitativas, como a exaustividade, afirmando que o material a ser utilizado contempla os itens que foram apontados pelos instrumentos, como a representatividade, que o material é representativo, homogeneidade, que segue critérios de escolha relacionados às temáticas, aos métodos utilizados e aos atributos dos interlocutores, e que possui pertinência para responder de maneira satisfatória as questões propostas pelo estudo. Por fim, a última tarefa da etapa de *pré-análise* é denominada *formulação e reformulação de hipóteses e objetivos*. Nesse momento, ocorre a retomada da fase exploratória, tornando pertinente que o pesquisador avalie os dados coletados e relembre os questionamentos iniciais da pesquisa e, se necessário, deve reformular hipóteses ou criar novas indagações. Nessa primeira etapa da análise temática, torna-se relevante identificar as unidades de registro (*categorização*), que podem ser termos, palavras, frases do material trabalhado, assim como a unidade de contexto, os recortes e os conceitos teóricos que serão utilizados em momentos posteriores.

A *exploração do material* corresponde à segunda etapa de análise, na qual se procura alcançar a compreensão dos dados. Para isso, realiza-se codificação, classificação e agregação dos dados, na busca da especificação das temáticas.

A terceira e última etapa corresponde ao *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, que consiste na proposição de inferências e realização de interpretações dos materiais categorizados, relacionando-os com o referencial teórico construído sobre o tema, além do levantamento de novas hipóteses para explicar, compreender e justificar a ocorrência do fenômeno observado.

Após a leitura exaustiva da transcrição do grupo focal e das entrevistas, foi possível identificar, nos eixos temáticos do estudo, as categorias sintetizadas no Quadro 1. Os eixos temáticos foram estabelecidos *a priori* a partir dos objetivos do estudo. As categorias empíricas surgiram a partir da fala dos participantes e as categorias analíticas *Êxito Técnico* e *Sucesso Prático* foram estabelecidas pelos conceitos teóricos escolhidos.

Na AB de uma GD de Porto Alegre, as categorias empíricas que surgiram dentro dos conteúdos temáticos estão representadas no Quadro 1:

Quadro 1: Categorias de estudo

Eixo temático	Categoria empírica
Oferta de PICs	Interesse/desinteresse dos atores
	Informalidade
Facilitadores e Dificultadores	Concepção de saúde
	Invisibilidade

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi submetido e aprovado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Parecer nº 1.445.859) e ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Parecer nº 1.531.947).

Os participantes da pesquisa foram assegurados de que, mesmo após o início do grupo focal ou da entrevista, poderiam, a qualquer momento, recusar-se a responder qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso viesse a seu prejuízo, pois tratava-se de livre participação. Tiveram garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados a essa investigação. Também foram assegurados quanto ao anonimato das informações por eles fornecidas, bem

como a garantia de que elas seriam mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa.

Esta pesquisa apresentou riscos mínimos aos participantes, não tendo apresentado danos físicos e consideraram-se os riscos relacionados apenas a um possível desconforto para participar do grupo focal ou responder a entrevista. No entanto, foi garantido respeito à ocorrência desses possíveis desconfortos e acertado que a pesquisa ocorreria nos momentos mais confortáveis e seguros para os participantes.

Os benefícios da pesquisa aos participantes foram indiretos. A obtenção de informações sobre os serviços já ofertados em Práticas Integrativas e Complementares em Porto Alegre possibilitou maior compreensão de seus fluxos, facilidades e dificuldades na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares contribuindo com os avanços na área da saúde.

Os grupos focais e as entrevistas foram agendados e, antes de iniciá-los, foram explicitadas as questões que norteariam o trabalho, assim como os objetivos e outros pontos importantes do estudo. As dúvidas que os participantes possuíam foram sanadas e procedeu-se à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices D e E) e ao seu preenchimento.

O TCLE foi composto por itens referentes ao reconhecimento dos objetivos do trabalho, a concordância em participar do estudo, autorização para transcrição dos grupos focais e entrevistas, autorização para compor um texto a partir dessa transcrição intercalando falas dos entrevistados de forma literal e compor o texto da dissertação e autorização para o uso de um codinome do entrevistado, a fim de manter o anonimato na divulgação da pesquisa.

As considerações bioéticas foram respeitadas quanto ao acesso e análise de dados, conforme resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo, os achados, análises e reflexões provenientes do processo de geração dos dados são apresentados. Para um melhor entendimento do contexto estudado, serão expostos os resultados apresentando a situação atual das PICs no município de Porto Alegre, a partir de dados coletados em documentos e bases de dados DATASUS. Será apresentada a caracterização populacional do município de Porto Alegre, a capacidade instalada dos serviços de saúde do município e a rede de atenção à saúde. Em seguida, apresentada a caracterização da rede de serviços que oferecem PICs no município. Apresenta-se o que o Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2014-2017 traz sobre as PICs. Por fim, são exibidos os dois eixos temáticos com suas categorias empíricas.

5.1 CAPACIDADE INSTALADA E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PORTO ALEGRE E SUA RELAÇÃO COM AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Segundo a projeção populacional para o ano de 2016, realizada pelo último Censo do IBGE, no ano de 2010, a população de Porto Alegre é estimada em 1.481.019 pessoas. Representa 13,2% da população do estado do Rio Grande do Sul, sendo 53,61% mulheres e 46,39% homens. O crescimento em relação ao ano de 2000 foi de 0,35% ao ano, com um acréscimo de 48.935 pessoas no período (IBGE, 2016).

Na Figura 6, a tabela apresenta a capacidade instalada, segundo os níveis hierárquicos do município de Porto Alegre.

Figura 6: Capacidade Instalada por Níveis Hierárquicos da Rede de Serviços do município de Porto Alegre, RS, no ano de 2013.

Tabela 2 – Capacidade Instalada por Níveis Hierárquicos da Rede de Serviços da Região de Saúde 10, Rio Grande do Sul, no ano de 2013.

Níveis Hierárquicos*	Alvorada	Cachoeirinha	Glorinha	Gravataí	Porto Alegre	Viamão
Baixa - M1 e M2	0	0	0	0	1	0
Média - M2 e M3	13	34	1	83	366	21
Média - M3	1	0	0	1	3	1
Média - M2 e M3**	0	0	0	0	6	1
Alta HOSP/AMB	0	1	0	1	29	0
Alta AMB	7	6	0	11	109	9
PAB-PABA	13	40	2	19	2151	22
Media - M1	38	53	2	19	727	32
EM BRANCO	1	2	1	0	0	2
TOTAL	73	136	6	233	3400	88

Fonte: CNES, 2014 (Acesso em 18/10/2014).
 * No Anexo I há a descrição detalhada dos serviços disponíveis em cada um dos Municípios.
 **Procedimentos ambulatoriais M2 e M3 + hospitalares especializados

Fonte: ROESE (2014).

Os serviços do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos dezessete Distritos Sanitários (DS), que formam as Gerências Distritais (GD). Os DS são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. As GD são estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática nas quais são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. Na cidade, estão distribuídas em oito regiões de saúde: 1) Centro, 2) Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, 3) Norte/Eixo Baltazar, 4) Leste/Nordeste, 5) Glória/Cruzeiro/Cristal, 6) Sul/Centro-Sul, 7) Partenon/Lomba do Pinheiro, 8) Restinga/Extremo-Sul. São compostas por Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (SMS, 2015).

Segundo dados do *site* do Ministério da Saúde, na página do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município de Porto Alegre contava, em julho de 2015, com 3.581 estabelecimentos cadastrados. Desses,

244 eram municipais, dezessete estaduais e 28 federais. Os demais 3.292 estabelecimentos eram privados. Já no mês de agosto de 2016, o município de Porto Alegre contava com 3.790 estabelecimentos cadastrados, entretanto, em todo ano de 2016, não foi encontrada referência quanto à esfera administrativa dos estabelecimentos no CNES.

Porto Alegre possui 11 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 482 Clínicas/Centros de Especialidade, 153 Centros de Saúde/Unidades Básicas, 19 Hospitais Gerais, nove Hospitais Especializados, dois Prontos-socorros Geral e dois Especializados (Quadro 2).

Quadro 2: Descrição dos Estabelecimentos de Saúde em agosto de 2016 em Porto Alegre.

Descrição	Número de estabelecimentos
CENTRAL DE REGULAÇÃO	2
CENTRO DE SAÚDE/ UNIDADE BÁSICA	153
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	482
CONSULTÓRIO	2.838
POLICLÍNICA	19
POSTO DE SAÚDE	1
PRONTO ATENDIMENTO	6
HOSPITAL GERAL	19
HOSPITAL ESPECIALIZADO	9
UNIDADE MISTA	2
PRONTO SOCORRO GERAL	2
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	2
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	8
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA	15
FARMÁCIA	11
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	1
COOPERATIVA	4
HOSPITAL/ DIA	4
LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	2
SECRETARIA DE SAÚDE	7
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	11
TELESSAÚDE	1
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	4
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE)	11
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	175
TOTAL	3.790

Fonte: CNES (2016).

5.1.1 Caracterização da rede de serviços de saúde que oferecem PICs no município de Porto Alegre – RS

Na consulta ao serviço especializado nº 134 – Serviço de Práticas Integrativas e Complementares no mês de agosto de 2016, foram identificados dez estabelecimentos de saúde cadastrados oferecendo esses serviços em Porto Alegre. Desses dez estabelecimentos, oito deles oferecem Acupuntura; três, Fitoterapia; quatro, Homeopatia; um, Medicina Antroposófica; cinco, “outras técnicas em medicina tradicional chinesa”; quatro, “práticas corporais e atividades físicas”; e um, Termalismo Social e Crenoterapia (Quadro 3) (CNES, 2016).

Dos oito estabelecimentos que oferecem acupuntura, cinco deles são hospitais gerais, os demais dividem-se entre hospital especializado, policlínica e clínica ou ambulatório especializado. Dos três que oferecem Fitoterapia, dois são hospitais gerais e uma clínica ou ambulatório especializado. Da mesma forma, dos cinco estabelecimentos de saúde que oferecem outras técnicas em medicina tradicional chinesa, quatro deles são hospitais gerais e um hospital especializado.

A Homeopatia também é oferecida apenas na atenção especializada, em dois hospitais gerais, um hospital especializado e uma clínica ou ambulatório especializado. Já a Medicina Antroposófica e o Termalismo Social possuem apenas hospitais gerais cadastrados com esse tipo de serviço.

Ainda dentro do código nº 134 que se refere às PICs, a única prática que está contemplada em estabelecimentos da AB são as denominadas práticas corporais/atividade física. Porto Alegre possui 105 estabelecimentos cadastrados, dentre eles, 34 academias da saúde, 39 unidades básicas de saúde, quatro centros de atenção psicossocial, entre outros. Apesar da classificação desse serviço estar dentro da categoria das PICs, é bastante amplo e pode representar diversas práticas corporais que não estejam dentro das PICs.

Quadro 3: Estabelecimentos de saúde cadastrados que ofertam o atendimento ambulatorial no serviço 134 – Serviço de Práticas Integrativas e Complementares – Município de Porto Alegre/RS – CNES

Prática Integrativa e Complementar Cadastrada	Instituição
Termalismo	Santa Casa de Misericórdia
Medicina Antroposófica	Santa Casa de Misericórdia
Fitoterapia	Santa Casa de Misericórdia
	Centro de Especialidades de Saúde Modelo
	Hospital de Clínicas
Acupuntura	Santa Casa de Misericórdia
	Hospital São Lucas da PUCRS
	Hospital Nossa Senhora da Conceição
	Hospital Independência
	Hospital de Clínicas
	Hospital Cristo Redentor
	Centro de Especialidades de Saúde Modelo
Centro de Especialidades de saúde IAPI	
Homeopatia	Santa Casa de Misericórdia
	Hospital Nossa Senhora da Conceição
	Hospital Cristo Redentor
	Centro de Especialidades de Saúde Modelo
Outras Técnicas em Medicina Tradicional Chinesa	Santa Casa de Misericórdia
	Hospital São Lucas da PUCRS
	Hospital Nossa Senhora da Conceição
	Hospital de Clínicas
	Hospital Cristo Redentor
Práticas Corporais/Atividade Física	Santa Casa de Misericórdia
	CAPS II Álcool e Drogas GCC
	Centro de Reabilitação IAPI
	Centro de Especialidades de Saúde IAPI

Fonte: CNES (2016).

Em consulta aos atendimentos em Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa, em Porto Alegre, no mês de junho de 2016, foram encontrados onze atendimentos, em Prática Corporal/Atividade Física em Grupo foram 71, Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas foram 432, e o valor total investido nesses atendimentos foi de R\$1.784,16.

Na consulta aos profissionais de saúde cadastrados, identificou-se que são poucos os profissionais. No caso de médicos homeopatas, foram localizados quinze, sendo que seis deles não atendem pelo SUS. Interessante perceber que, ao procurar os estabelecimentos de saúde que os outros nove profissionais homeopatas trabalham, constatou-se a indicação de estabelecimentos que não estavam presentes na listagem anterior de estabelecimentos de saúde de Porto Alegre que ofereciam PICs. Da mesma forma, na consulta aos estabelecimentos de saúde que oferecem práticas corporais/atividade física, observou-se que dez postos de saúde oferecem, entretanto, na relação total de estabelecimentos de saúde de Porto Alegre (Tabela 1), consta apenas um estabelecimento “posto de saúde”. Essas constatações indicam que existe erro ou desatualização do Sistema de Informação.

Em relação aos profissionais cadastrados, o profissional fisioterapeuta acupunturista é o que possui número mais expressivo de cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), representando um total de 37, porém, a grande maioria deles, não atende pelo SUS.

Foram localizados 22 médicos acupunturistas cadastrados, dezesseis médicos homeopatas, cinco psicólogos acupunturistas, um arteterapeuta e dois musicoterapeutas que atendem pelo SUS. Já o único quiropraxista encontrado no CNES no município de Porto Alegre, não presta serviços para o SUS. As profissões de musicoterapeuta, massoterapeuta, equoterapeuta, doula, raizeiro, fisioterapeuta quiropraxista e farmacêutico em práticas integrativas e complementares não foram encontrados nos registros em relação ao município de Porto Alegre.

5.1.2 As Práticas Integrativas e Complementares no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2014-2017

O Plano Municipal de Saúde é obrigatório perante a legislação vigente, que o exige como requisito do processo de habilitação às condições de gestão. É um instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. É obrigatório para captação de recursos e é uma ferramenta para estratégias de melhoria da saúde no município.

No Plano Municipal de Saúde (PMS) de Porto Alegre, para os anos de 2014 a 2017 (Porto Alegre, 2013), as PICs são contempladas. Um dos pontos do Plano trata sobre Atenção Especializada Ambulatorial, que se caracteriza

pele papel complementar a APS²⁸, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ou assistência especializada e, quando necessário, através do apoio matricial (consultorias, interconsultas e teleconsultas), ou seja, auxiliar na resolutividade da APS (PORTO ALEGRE, 2013, p. 162).

Em seguida, apresenta um tópico sobre a oferta de consultas especializadas na rede de saúde do município. As consultas médicas especializadas são acessadas via sistema AGHOS²⁹, pelas unidades da rede de atenção primária para a Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE. São disponibilizadas consultas especializadas em 186 subespecialidades. Em quadro, onde mostra as subespecialidades com demanda reprimida³⁰, a Acupuntura aparece como subespecialidade relacionada às PICs³¹ (Figura 7). As informações são referentes ao mês de dezembro do ano de 2012.

28 Atenção Primária em Saúde.

29 *Software* de gestão e regulação de saúde implantado pelo estado do Rio Grande do Sul e pelo município de Porto Alegre, tem como objetivo reduzir filas e classificar prioridades e urgências. É utilizado para agendamento de consultas na rede pública.

30 Com espera há mais de 30 dias.

31 No PMS de Porto Alegre, é utilizado o termo Práticas Integrativas em Saúde (PIS).

Figura 7: Acupuntura como subespecialidade com demanda reprimida em dezembro de 2012

Sub-especialidade	Oferta para POA*	Solicitações em dezembro 2012	Demanda reprimida** (até 30/11/2012)	Fila de espera*** em 02/01/2013)	Relação demanda/oferta****
Acupuntura	46	69	838	907	19,8

Fonte: PORTO ALEGRE (2013).

Outra questão abordada dentro da Atenção Especializada Ambulatorial são os Centros de Especialidades que, segundo o Plano Municipal de Saúde, dois deles oferecem especialidade médica na área das PICs em Porto Alegre. São eles: o Centro de Saúde Modelo com oferta de Acupuntura e Homeopatia (Figura 8) e o Centro de Saúde Murialdo, com Homeopatia (Figura 9). As consultas disponibilizadas e reguladas atualmente no sistema AGHOS são apenas de profissionais médicos.

Figura 8: Acupuntura e Homeopatia como subespecialidades médicas disponibilizadas no Centro de Saúde Modelo

MODELO				
Sub-Especialidade	Of.	Canc.	Age.	NR
Acupuntura	322	48	288	32
Homeopatia	100	23	83	2
Total Geral:	422	69	369	34

FONTE: Sistema AGHOS, período: 1º de janeiro a 30 de junho de 2013.
 SIGLAS: Ofert.: Ofertado Canc: Cancelado Age: Agendado
 Não realizado: Consultas não realizadas.

Fonte: PORTO ALEGRE (2013).

Figura 9: Homeopatia como subespecialidade médica disponibilizada no Centro de Saúde Murialdo

Quadro 27- Sub Especialidades médicas disponibilizada no CS Murialdo

Murialdo				
Sub-Especialidade	Of.	Canc.	Age.	NR
Cardiologia Adulto	429	66	355	73
Ginecologia Geral Adulto	420	64	329	89
Homeopatia	90	36	37	20
Oftalmologia Adulto	802	156	677	116
Total Geral:	1741	322	1398	298

FONTE: Sistema AGHOS, período: 1º de Janeiro a 30 de Junho de 2013.
 SIGLAS: Ofert.: Ofertado Canc: Cancelado Age: Agendado NR: Não realizado: Consultas não realizadas.

Fonte: PORTO ALEGRE (2013).

No Plano Municipal de Saúde, as PICs compõem um tópico específico. Nele, é explicado o que são e quais são suas contribuições para o SUS, sendo relatadas algumas resoluções internacionais e nacionais envolvendo a temática, bem como a própria PNPIIC como estímulo ao uso das PICs nos serviços de saúde.

Em seguida, traz que a “Política Municipal de Práticas Integrativas de Porto Alegre (PMPI) prevê a regularização de quatro eixos de atendimento no município: (...)” (PORTO ALEGRE, 2013, p. 177), citando a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa, a Acupuntura e a Fitoterapia e Plantas Medicinais como estes eixos. Para cada uma das práticas contempladas como um dos eixos de atendimento do município, o Plano Municipal de Saúde contempla uma explicação acerca de cada PIC, bem como uma contextualização histórica.

A Política Municipal de Práticas Integrativas em Saúde ainda não foi publicada, entretanto podemos ver, pelos dados apresentados no Plano Municipal de Saúde, que ela está focada na regularização de eixos no campo das PICs, os que se referem à Medicina. Esse dado mostra que a intenção de

fortalecimento das PICs, por meio da Política Municipal, estará estruturada na atenção especializada e não na AB como preconiza o MS na PNPIC.

Sobre a Homeopatia, traz uma breve explicação e a classifica como um sistema médico complexo. Aponta a medicina, farmácia e medicina veterinária como profissões regulamentadas para o exercício. Ao falar sobre Medicina Tradicional Chinesa, apenas explica rapidamente o que é e a classifica também como um sistema médico complexo e integral.

Ao falar sobre a Acupuntura, denomina-a como uma tecnologia de intervenção em saúde e relata que a “Acupuntura é amplamente conhecida por sua grande eficácia no tratamento dos mais variados tipos de dor, aguda e crônica, bem como na reabilitação” (PORTO ALEGRE, 2013, p. 178), o que é criticado pela redução de uma prática ampla de tratamento para prioritariamente situações de dor, na qual normalmente as práticas da medicina ocidental não obtêm sucesso. Além disso, aponta a Acupuntura como uma especialidade médica encerrando com este parágrafo:

O Conselho Federal de Medicina publicou em 1995 a resolução de número 1455 (atualizada pelas resoluções 1634 e 1666), que define acupuntura como especialidade médica, visto que se dedica ao estudo e pesquisa de conhecimentos, principalmente neuro-imuno-endócrinos, que conduzem a um tratamento clínico de natureza estimulatória neural através de procedimentos invasivos, visando a ativação de zonas neuroreativas de localização anatômica definida no corpo humano (PORTO ALEGRE, 2013, p. 178).

É interessante destacar que a normativa em que se pauta a declaração no Plano Municipal de Saúde de que a Acupuntura é uma especialidade médica, é uma resolução do próprio Conselho Federal de Medicina. No Brasil, não existe Legislação Federal que vede a prática da Acupuntura por quem não seja médico. A Acupuntura não é regulamentada por lei. Conselhos de classe possuem normas internas que disciplinam o uso e aplicação da Acupuntura. São sete os Conselhos de Saúde de Nível Superior que reconhecem a Acupuntura: COFFITO (Fisioterapia e Terapia Ocupacional); CFM (medicina); COFEN (enfermagem); CFFa (fonoaudiologia); CFF (farmácia); CFP (psicologia); e

CFBM (biomedicina); fora os acupunturistas tradicionais (técnicos sem nível superior) que também têm seus direitos assegurados.

Ao abordar a Fitoterapia e Plantas Medicinais, o Plano Municipal de Saúde aponta-a como um método de tratamento, traz maiores elucidações do que seja e indica que a fitoterapia deve ser usada sob a orientação de um profissional da saúde capacitado (não especificando, dessa vez, qual categoria). Aponta também o uso de plantas medicinais no mundo e traz os objetivos da oferta de fitoterápicos à população de Porto Alegre e implantação do programa Farmácias Vivas.

O plano relata que, conforme indicado na 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, no ano de 2011, o município estava trabalhando para implantar até o final de 2013 a Política Municipal de Práticas Integrativas em Saúde. Aponta o Centro de Saúde Modelo como referência para a ampliação e qualificação dos atendimentos das PICs em Porto Alegre. Apresenta dados do Centro de Especialidades Modelo, que oferece 160 consultas por mês em Homeopatia, e 120 consultas mensais em Acupuntura. Relata que havia demanda reprimida na Farmácia Homeopática, entretanto que seria suprida por nova contratação de fornecedor de insumos ainda no ano de 2013. A forma de encaminhamento dos pacientes para atendimento desse serviço especializado é feita pelas unidades de Atenção Primária através da central de marcação de consultas agendadas pelo sistema AGHOS.

O Centro de Especialidades Murialdo apresenta 32 consultas de Homeopatia por mês. Já o Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST) - que presta atendimento individual e coletivo nas áreas de consulta médica, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e acupuntura, aparece com 120 consultas mensais de acupuntura. Existe um médico realizando esse atendimento e uma lista de espera de 124 usuários. Os pacientes atendidos aqui ainda eram encaminhados pelos serviços de atenção primária através do documento de referência e contrarreferência, mas o agendamento será inserido e regulado pelo sistema AGHOS.

Quando aborda a Atuação da Assistência Farmacêutica na rede de saúde de Porto Alegre, o plano traz a Farmácia Homeopática e Fitoterapia como componentes da rede desde 1991 e que conta com farmacêutico especializado.

Aponta que existe dificuldade para aquisição de medicamentos e que uma das razões é a falta de propostas nas licitações, o que inviabiliza as aquisições.

O Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre não cita a Medicina Antroposófica, nem o Termalismo Social/Crenoterapia dentre as PICs previstas na Política Municipal e nas ações em saúde para o município. Na seção sobre objetivos, diretrizes e metas, cita como 41º objetivo “implementar em 100% a Política Municipal de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) no município de Porto Alegre – RS” (PORTO ALEGRE, 2013, p. 323).

O Plano traz a informação de que existe uma proposta da Secretaria Municipal de Saúde de organizar toda a oferta de PICs em um Centro de Especialidades, potencializando os recursos existentes.

Conforme informações constantes no Plano Municipal de Saúde,

o município está trabalhando para implantar até o final de 2013 a Política Municipal de Práticas Integrativas em Saúde tendo como principais desafios realizar o levantamento dos RHs especializados e serviços existentes na rede; implementar a fitoterapia e ampliação da homeopatia e acupuntura; promover o acesso aos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos através de uma análise da necessidade das regiões (PORTO ALEGRE, 2013, p.179-180).

No ano de 2011, a coordenação da Assessoria de Planejamento e Programação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (ASSEPLA/SMS) foi designada para implantar a política de PICs no município, de acordo com as diretrizes da PNPIIC. Quem assumiu a coordenação na época foi uma médica de família homeopata. Entretanto, ainda hoje, não foi publicada a Política Municipal para as PICs.

A Programação Anual de Saúde de um município contém, de forma sistematizada, as ações, os recursos financeiros e outros elementos que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde do município; as metas anuais para cada ação definida; os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação de sua execução. A Programação Anual de Saúde de Porto Alegre para o ano de 2016 (PORTO ALEGRE, 2015) indica a Coordenadoria Geral de Políticas Públicas em Saúde (CGPPS) do

município como responsável pela meta nº 35 que é implementar 25% do Plano Municipal de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) no município de Porto Alegre.

Para o cumprimento desta meta são elencadas no referido Plano as ações a serem tomadas no ano de 2016: garantia do acesso às PICs; implantação das PICs na AB; solicitação de abertura de concurso público nas áreas de Homeopatia e Fitoterapia; inclusão de 100% dos atendimentos da PICs no sistema de gerenciamento de consultas especializadas; identificação da demanda e promoção da inserção de prescritores em Fitoterapia, preservando o conhecimento tradicional em saúde das populações; divulgação e informação aos profissionais da rede e a comunidade considerando metodologias participativas (oficinas, seminários, *folders*, cartilhas, horto educacional); orientação aos profissionais da rede para registro adequado dos atendimentos em PICs no e-SUS; e a manutenção e atualização do diagnóstico dos profissionais que exercem atividades em PICs no município.

Outros dados relativos às PICs em Porto Alegre foram encontrados nos relatórios que divulgam os resultados do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Lançado em 2011, o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal.

Em 2013 aconteceu o segundo ciclo do PMAQ com duas novidades. A primeira foi a ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família, atenção básica parametrizadas e saúde bucal. Sem limite para a adesão, todas as equipes do município poderiam aderir ao programa. A segunda novidade foi a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ao PMAQ. Os resultados da segunda fase ainda não foram divulgados.

O PMAQ incluiu em sua avaliação, tanto no primeiro ciclo 2011-2012, quanto no segundo ciclo 2013-2014, informações sobre as PICs no âmbito da Atenção Básica. Esses dados podem ser utilizados pelo gestor para o

monitoramento, assim como para estimular a implementação de ações e serviços de PICs.

Por meio dos Retratos da Atenção Básica³², o Departamento de Atenção Básica tornou público os resultados do primeiro ciclo do PMAQ, a partir de um conjunto de relatórios temáticos, com base na avaliação das equipes no programa.

Em relação às PICs, os dados que fornecem um panorama do que acontece na AB são encontrados em dois dos três volumes publicados e apresentam-se divididos em nível nacional e estadual. No relatório de Gestão da Atenção Básica – Volume II é divulgado os resultados referentes às questões relacionadas a: 1. Equipamentos, materiais, insumos, impressos e veículo na Unidade Saúde. 2. Medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica. 3. Imunobiológicos e testes rápidos na Unidade de Saúde. Os dados relevantes que são apresentados sobre Porto Alegre são:

- apenas 1,5% das unidades de saúde disponibilizam medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos;
- 50% das unidades de saúde possuem planta fresca disponível na farmácia e todas elas consideram que possuem em quantidade suficiente;
- nenhuma unidade de saúde possui planta seca (droga vegetal), planta manipulada, medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos industrializados disponíveis na farmácia;
- nenhuma das plantas medicinais pesquisadas (aquelas em conformidade com a RENAME/2000) encontraram-se disponíveis na farmácia de nenhuma unidade de saúde.

Já no relatório de Gestão da Atenção Básica – Volume III são divulgados os resultados referentes às questões relacionadas a: 1. Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de Atenção Básica; 2. Educação permanente; 3. Qualificação dos profissionais da Equipe de Atenção Básica; 4. Gestão do trabalho: garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de

³² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

continuidade do vínculo; 5. Plano de carreira e remuneração variável. Em relação a Porto Alegre e às PICs, encontram-se os seguintes dados:

- nenhuma equipe recebeu apoio de médico acupunturista ou homeopata do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nem de médico acupunturista ou homeopata da Vigilância em Saúde, nem de médico acupunturista ou homeopata de outras modalidades de equipe de apoio matricial;

- 8,5% das equipes receberam apoio de médico acupunturista e homeopata da rede (centros de saúde, hospitais);

- 2,1% das equipes receberam apoio de médico acupunturista e 4,3% de médico homeopata específicos para o apoio matricial.

Existe um movimento em relação à implantação da PNPIC no município e já existe o trabalho para uma Política Municipal em PICs prevista para ter sido lançada em 2013 – ano de lançamento da Política Estadual em Práticas Integrativas e Complementares. Observou-se, também, algumas divergências entre as informações coletadas na análise de documentos e de dados secundários sobre as PICs no município de Porto Alegre.

5.2 OFERTA, FACILIDADES E DIFICULDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA

Nesse eixo temático, o objetivo é identificar e descrever como se dá a oferta de PICs na AB de Porto Alegre, incluindo seus fluxos, os atores envolvidos, a formação dos profissionais, e compreender o que os levam a utilizar as PICs no cotidiano do seu trabalho, tendo ou não a formação na área. Buscou-se compreender o que sabem em relação ao processo de implantação das Políticas Nacional, Estadual e Municipal de PICs e a articulação do seu trabalho com esse processo.

Analisando os dados coletados, em relação a esse eixo temático emergiram duas categorias empíricas: interesse/desinteresse dos atores e informalidade.

5.2.1 Entre o interesse pessoal e o desinteresse institucional: marcas de um processo recente

A categoria interesse dos atores diz respeito às falas ao se referirem à oferta de PICs na AB do município, à formação dos profissionais e ao conhecimento que possuem sobre as PICs e políticas relacionadas, e como se organizam para realizar essa oferta revelando como se dá o acesso e os fluxos dos usuários nesses serviços.

Essa categoria representa a situação em que se encontra a oferta de PICs na AB da capital gaúcha, na qual de um lado existe o profissional de saúde que está em busca de conhecimento e alternativas para incorporar ao seu processo de trabalho, e de outro lado gestores que, mesmo reconhecendo a importância das PICs para a AB, priorizam outra lógica de oferta de serviços.

A oferta de PICs é bem variada, assim como a forma de realização de uma mesma prática em unidades diferentes e por profissionais diferentes. Depende da maneira como o profissional se utiliza desse recurso e do direcionamento que ele dá para a prática. Em uma das unidades de saúde que existe um grupo de meditação, ela é realizada de forma autoguiada, utilizando-se uma meditação laica e o encontro é todo destinado a essa prática, realizado semanalmente. Em contrapartida, em outra unidade, o profissional utiliza a Meditação em dois momentos no grupo, e a partir deles gera discussão e questionamentos nos participantes da atividade. A Meditação é usada isoladamente em um dos casos, enquanto no outro ela é elemento disparador de questões para a discussão no grupo.

Ainda sobre as PICs oferecidas em formato de grupo, a mais recorrente é a Arteterapia. Essa é a PIC realizada com menor conhecimento específico do tema, no qual a maioria dos profissionais que a utiliza o faz por meio da produção de artesanato, compondo atividade de grupo de convivência. Nenhum dos profissionais possui formação em Arteterapia e eles entendem isso como um entrave para o seguimento do processo terapêutico dos usuários. Revelam que observam melhorias no processo individual dos participantes no início de sua

participação, entretanto, faltam subsídios para se realizar um melhor trabalho a partir de determinada etapa. Os profissionais que trabalham com essa PIC não seguem modelos teóricos para embasar o seu trabalho e sim o sucesso prático obtido com cada um dos integrantes do grupo. Fazem o que podem com os recursos que têm, e utilizam a sua vivência, a prática para ir aprimorando a sua técnica a partir da experiência.

Se eu não busco, se eu não tiro de mim, e vou ali pelo que eu leio, eu não tenho alguém quem diga: é assim, tu vai ver o resultado dessa maneira. Eu vou por instinto. No final eu vou por instinto, essa é a verdade. Eu vou avançar, mas até certo ponto. (...) A minha dificuldade é essa. Claro, a pessoa chega aqui sem falar com ninguém e eu sei que daqui um mês, dois meses, vai estar falando, vai tá trabalhando junto. Esse é o resultado. Mas vai chegar uma hora que aquilo ali não vai ser o bastante pra aquela pessoa. Eu não tô preparada. E o que a pessoa faz? Ela deixa de vir. Entendeu? (P-7).

Em relação à fonte de conhecimento sobre PICs, a maioria dos entrevistados o faz como autodidata por interesse próprio. Literatura sobre o tema, bem como fontes informais de obtenção de informação (internet, contato com outras pessoas, conhecimento geral) são a forma como buscam esse conhecimento. Algumas vezes utilizam o horário do almoço para buscas na internet, seja por ser o horário que conseguem se dedicar a isso, seja porque em algumas unidades de saúde o acesso à internet é bloqueado em outros horários.

Eu e a minha colega, no meio dia, a gente já vai pro computador buscar moldes, elas sempre querem coisa diferente. Ai pego a hora do almoço pra ver. A gente vai pra internet procurar o que fazer com os reciclados que elas trazem (P-2).

Computador é bloqueado, a Procempa bloqueia. Só do meio dia às 14h. E não é tudo também. Youtube nem pensar. (P-8).

Informação semelhante foi encontrada recentemente em um estudo em Pelotas/RS, que investigou o conhecimento dos profissionais de saúde que participaram de um curso de extensão sobre plantas medicinais, no qual a maioria deles seguia como critérios para uso de uma planta as recomendações de amigos e familiares (46%), consulta a livros especializados (30%),

recomendação de profissionais de saúde (13%), a utilização sem orientação (4%) ou orientação de outro meio (5%) (CEOLIN *et al.*, 2013).

A vivência pessoal em PICs para uso em seus próprios processos de adoecimento são disparadores de outra forma de olhar o cuidado do outro para esses profissionais. Isso demonstra que parte do interesse que eles têm pelas PICs, atualmente, vem da constatação em si mesmos dos benefícios obtidos por essas formas de tratamento e concepção de saúde, através de suas trajetórias pessoais de busca por cuidado.

Na verdade o que eu conheço de PICs eu acho que de uns 5 anos pra cá. Tudo foi por interesse pessoal, por buscar tratamentos que talvez a medicina tradicional não me desse as respostas que eu queria. Então já fiz tratamento homeopático, já fiz tratamento com acupuntura, massoterapia faço até hoje, reiki já fiz, já recebi né. A meditação o ano passado também, tudo por questões próprias mesmo, assim. E vi que aquilo dava umas respostas que a medicina tradicional não tava me dando (PC-1).

Observa-se que mesmo que muitas dessas práticas não sejam reconhecidas amplamente como formas de tratamento à saúde entendida como eficazes e com comprovação “científica”, no momento em que o profissional constata a eficácia prática das PICs, ele passa a integrá-las no seu arcabouço de possibilidades para lidar com as questões de saúde apresentadas no seu trabalho.

Outro fator que leva a utilização de alguma PIC como recurso terapêutico pelo profissional, mesmo sem formação específica na área, é a identificação de que os recursos disponíveis que o sistema de saúde oferece não atendem à necessidade de saúde daquele indivíduo, e a falta de “ferramentas” que o profissional tem para lidar com uma determinada questão de saúde em um determinado momento. Isso o faz utilizar experiências pessoais e conhecimentos informais para lidar com a saúde em seu espaço de trabalho.

Assim, eu trabalho principalmente com a questão da alimentação tá. Ah, mas eu receito Floralzinho de vez em quando, dou uns Floraisinhos de Bach, ensino Do-In, entendeu? Eu tenho esses conhecimentos de livros. E durante muito tempo fiz Tai Chi Chuan, fiz loga, enfim, as minhas práticas pessoais, sempre acreditei muito nisso, então às vezes vem uma situação assim que tu vê que né, nossa, a pessoa tá usando

lá cinco, seis comprimidos de paracetamol no dia mas não funcionada nada. Aí eu digo: respira, vamos fazer uma respiração holotrópica, vamos lá, se alonga. (PC-2)

Em relação às capacitações em PICs, a partir dos dados coletados, foram identificados três cursos na área oferecidos nos últimos anos para os profissionais da AB: Terapia Comunitária Integrativa, Auriculoterapia e Meditação.

O primeiro deles foi o de TCI oferecido com financiamento do Estado do Rio Grande do Sul, há cerca de dois anos, o qual formou um número significativo de profissionais no estado e possibilitou a oferta de Rodas de TCI na AB aqui na capital. O curso mais recente é o Auriculoterapia promovido pelo Ministério da Saúde em formato de ensino à distância e prevê a realização de um encontro presencial. Três entrevistados ainda se encontram em formação.

Já o curso de Meditação foi promovido este ano a partir da organização do próprio coletivo de saúde mental organizado pela GD e seus trabalhadores. Esse curso foi realizado em seis encontros, aos sábados, e diversos profissionais dessa GD participaram. Nesse momento, está acontecendo uma segunda edição dessa capacitação. A participação é voluntária, aberta aos profissionais de saúde da GD. É oferecido por um profissional da própria GD que realiza trabalho com Meditação em sua unidade, e a participação é fora da carga horária de trabalho dele e dos profissionais que participam. Ainda assim, muitos profissionais participam e demonstram prazer e satisfação em relação a essa atividade, mesmo sendo em finais de semana e fora de sua carga horária de trabalho. Suas falas denotam que sentem falta de um espaço para cuidado de si e que essa atividade repercute positivamente no seu trabalho à medida que ele próprio consegue trabalhar suas questões de saúde e estar mais íntegro para o cuidado da saúde do outro, ainda que não utilize, nesse caso a meditação, como recurso terapêutico na unidade de saúde.

Mas assim ó, nós fomos por escolha própria, porque não contava horas, não tinha nada, foram feitos porque a pessoa quis. O que me levou a fazer, no caso? Eu vou fazer pra me acalmar! Pra mim foi isso. Porque eu sou muito agitada, entendeu. Eu vi o quanto na prática isso

surtiu efeito. Então meu caso, com relação à meditação que me foi ofertado esse ano, por enquanto eu tenho mais como uma questão pessoal a meditação, isso já tem um ganho. Eu acho que se isso pudesse ser passado realmente pra outras pessoas elas também teriam esse ganho. Eu estando melhor, eu consigo atender melhor (P6).

Pode-se observar que a oferta de cursos de capacitação para os profissionais faz com que eles possam conhecer e, a partir disso, interessar-se por PICs variadas. O ensino em PICs não está inserido nos currículos de graduação, o que faz com que muitos dos profissionais de saúde não tenham tido contato com as PICs em sua formação. Capacitações em PICs tanto instrumentalizam os profissionais como podem atuar como sensibilizadores de profissionais que não tinham se interessado anteriormente.

A Terapia Comunitária Integrativa surgiu. Eu fiz aqui na prefeitura. Recebeu do Ministério um financiamento para pessoas interessadas em fazer Terapia Comunitária aqui na nossa região. Como eu já fazia Meditação no posto, mas eu entendia que pra alguns pacientes a Meditação não era adequada, porque eles queriam falar...e eu disse: eu preciso de outras ferramentas! E aí tive interesse, não conhecia antes (P1).

Em relação ao conhecimento que os profissionais de saúde têm sobre as políticas de PICs, a maioria deles desconhece qualquer uma das políticas sobre PICs (Nacional, Estadual e Municipal). Observou-se que os que demonstraram possuir conhecimento e um maior entendimento sobre alguma das políticas foi devido a sua busca pessoal a informações nessa temática e participação em eventos sobre ela. Apenas um participante tinha conhecimento sobre a Política municipal.

Teve agora uma Jornada, ali na PUCRS, de multidisciplinar, e uma das salas era de Práticas Integrativas. Ali que eu falei com quem está à frente da Política municipal, e aí que eu fiquei sabendo essa questão da lei que eu não sabia, da cidade de Porto Alegre, né (P1).

Os demais profissionais que demonstraram conhecimento sobre a PNPIC relataram terem ouvido falar enquanto participaram do curso de formação promovido em Terapia Comunitária Integrativa, e o mais recente de Auriculoterapia. Entretanto, esses profissionais demonstraram pouco entendimento sobre o conteúdo da Política e o que ela representa.

Eu ouvi falar, mas não sei como que funciona assim né (P-5).
Eles falam na introdução do curso (P-4).

A Gerência Distrital pesquisada, em resposta à grande demanda em saúde mental do seu território, organizou um coletivo de trabalhadores para problematizar a questão. É realizado um encontro mensal para reunião desse coletivo, que é composto por um integrante de cada unidade de saúde do distrito. O interesse dos profissionais e da GD em dar respostas às necessidades de saúde de sua população tem impulsionado o surgimento de novas ações em PICs.

Observou-se que a GD estudada tem interesse que as PICs sejam disseminadas em seu território e as enxerga como estratégia de enfrentamento à grande demanda em saúde mental. Os profissionais relatam que a Gerência incentiva, entretanto, não existe uma estratégia organizada para a oferta de PICs, e que essa oferta depende do interesse e disponibilidade do profissional em, não somente adquirir o conhecimento, mas também viabilizar local para a realização e os materiais necessários, além da organização do seu trabalho em relação às demandas habituais para que se possibilite essa oferta.

Desde janeiro deste ano que acontece o grupo de artesanato. Veio de uma ideia do coletivo de saúde mental aqui da gerência. Antes não tinha grupos aqui. Alguém tinha que aceitar esse grupo de saúde mental. Mas nada que a gente tenha um curso, é tudo nós, particular. É tudo invento, procura na internet (P-2).

Sou da comissão de saúde mental. Faz um ano que eu participo do grupo. E lá a gente fala muito nessas coisas. E quando surgiu essa comissão, tinha uma outra colega que participava mas ela não desenvolvia nada, e eu sempre tive interesse. Então quando houve a oportunidade e a colega não quis mais participar, eu me interessei! E a partir daí eu comecei a pensar. Porque uma coisa é tu ter vontade, mas

não saber o que, como fazer. E foi a partir dessa comissão convivendo com outros profissionais que já fazem, que eu descobri isso (P-7).

A categoria interesse e desinteresse engloba igualmente o desconhecimento dos atores em relação à oferta de PICs na AB do município, à formação dos profissionais, bem como acerca do conhecimento que possuem ou não sobre as PICs e políticas relacionadas e seu processo de implementação. O desconhecimento por parte dos gestores e dos profissionais de saúde em relação a essas questões promove a invisibilidade dessas práticas e de seus atores envolvidos, fazendo com que a oferta desses atendimentos na AB aconteça informalmente, de forma descontinuada e com pouca valorização. Nesse sentido, a informalidade (com que é praticada as PICs pelos profissionais de saúde) se configura como categoria importante a ser discutida na sua relação com o desconhecimento e o desinteresse por parte dos gestores de saúde em relação à implementação da PNPIIC.

Os dados empíricos evidenciaram que os Gerentes Distritais desconhecem com precisão o que é ofertado em termos de PICs no seu território nesse momento. Evidenciou-se que o conhecimento que possuem acerca das PICs em sua gerência foi em decorrência de um levantamento feito no final do ano passado junto aos GD em relação à oferta de PICs em seu território, bem como dos profissionais capacitados na área. Entretanto, revelaram que as informações que possuem não estão atualizadas devido ao remanejamento, aposentadoria e licenças de profissionais, ou porque eventualmente o profissional deixa de oferecer a prática por algum motivo. Como a oferta de PICs se dá de maneira informal, não existe uma manutenção da prática independente dos profissionais. Admitem que desconhecem com precisão como se dá o acesso e fluxo dos usuários nessas atividades uma vez que muitas delas são realizadas e divulgadas informalmente, e organizadas pela unidade de saúde.

A gente também teve movimentação, não está atualizado (GD-4). Não se exatamente quais práticas que ainda estão sendo feitas (GD-3).

Os grupos geralmente são abertos, todos podem participar. (GD-2)

(...) na verdade a gente, de práticas, assim, a única coisa que tem é grupo de Terapia Comunitária e também o grupo de saúde mental adulto, e uma unidade que faz eventualmente, que acho que agora nem tá fazendo (GD-6).

Não foi questionado porque não atuam, mas não utilizam. Pra te dizer bem a verdade eu nem sei quem são. Eu sei que foi feito o levantamento, mas eles não põem em prática (GD-7).

Destaca-se que o conhecimento que os gestores possuem em relação à oferta de PICs é o legitimado pelo modelo biomédico e praticado na atenção especializada. Quando se fala numa pluralidade de práticas exercidas por profissionais plurais, aparece o desconhecimento.

Em relação ao conhecimento que profissionais de saúde possuem acerca do que é ofertado de PICs no município e seus fluxos, ele é limitado. Desconhecem as demais ofertas em PICs. Eles demonstraram que possuem conhecimento sobre os serviços de PICs da sua unidade, entretanto, desconhecem o todo.

Nem tenho ideia. Só sei que tem Meditação em uma Unidade, convivência em outra, e também uma colega de outra Unidade que faz também. A gente sabe três (P-2).

O acesso aos serviços de PICs se dá de maneira informal e depende da divulgação dos profissionais da equipe e de cartazes na recepção das unidades informando atividades, dias e horários. Como a maioria das atividades são realizadas em grupos, a participação nessas atividades se dá de maneira aberta: todos os usuários podem participar e a maioria deles são convidados por profissionais de saúde durante o acolhimento, e também nas consultas individuais quando identificam que seria necessário algum outro tipo de abordagem que não a por eles oferecidas, principalmente em saúde mental. Os agentes comunitários de saúde divulgam e direcionam alguns usuários para esses atendimentos.

É um espaço aberto, as pessoas podem vir, pois sabem que existe. Pode ser de outros lugares e pode vir. O que mais acontece é o pessoal daqui e muito vinculado. A gente tem um dia da semana que é terça-feira às 7h. Faz um acolhimento em atendimento em saúde mental. Aí nesse momento a gente oferece tudo o que tem: a Meditação, a Terapia Comunitária que também tá dentro das PICs. Tem a oficina de arte da minha colega também. A gente agora está com um projeto de fazer uma horta comunitária, a partir do exemplo da Lomba do Pinheiro (P-1).

Quando tu tá fazendo um atendimento né, e vê que aquele paciente precisa é de outra coisa. Aí eu direciono para os grupos (PC-3).

A presença de outros profissionais de saúde da equipe como participantes na atividade em PIC em grupo oferecida pela Unidade se deu apenas em um dos grupos de Meditação que acontece em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Nas demais atividades em grupo em PICs, a participação se dá apenas pelos usuários do serviço. Mesmo na UBS que possui um número de profissionais maior do que nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), a participação dos demais profissionais se dá em forma de escala, para que todos possam participar eventualmente. Já nas ESFs não existe a possibilidade de outro profissional se ausentar de sua atividade para participar dos grupos realizados.

O convite é para todo mundo. E quem participa são profissionais, estagiários e os usuários em geral. (...) O pessoal vem quando tá muito estressado né, a enfermagem, por exemplo, que é a equipe que corre muito e é muito difícil. Tem que fazer uma escala. Eles tavam fazendo uma escala pra cada semana um profissional assistir né (P-9).

A ausência de uma divulgação ampla e sistematizada promove invisibilidade do que é oferecido, o que, além de manter as PICs na AB e os profissionais que a desenvolvem no anonimato, dificulta a manutenção das atividades propostas, principalmente as realizadas em grupo.

Eu acho que no sentido de divulgação, tinha que ser como um serviço particular: aqui nesse hospital tem isso e isso. Até como incentivo de tu ir fazer (PC-3).

Não é somente o acesso às PICs na AB que é desconhecido. A forma de encaminhamento para atendimento especializado em PICs também é desconhecida por alguns profissionais, inclusive por profissionais médicos, que são os profissionais que deveriam realizar o referenciamento para a atenção especializada.

Eu sei que no Hospital de Clínicas tem uma Clínica da Dor, mas não sei como é que funciona. E também não sei como é para eu encaminhar um paciente para lá. E já escutei pacientes falarem em Acupuntura, mas não sei onde, não sei se pelo SUS existe, não sei se eu posso encaminhar um paciente para lá. Realmente não tenho conhecimento (P-3).

Esse desconhecimento por parte dos gestores e profissionais contribui para manter a invisibilidade das PICs no município e manter a atenção à saúde direcionada para a consulta individual, por profissional médico, reforçando a lógica que eles destacam como ineficaz sob o ponto de vista de atenção às necessidades em saúde dos indivíduos.

Nenhum dos participantes informou ter conhecimento sobre políticas de PICs em reunião de trabalho ou de equipe, ou mesmo no dia a dia do seu trabalho. Os diferentes relatos demonstram que a grande maioria dos entrevistados desconhece qualquer uma das políticas sobre PICs ou sua forma de funcionamento.

A política em si não conheço, acho que não é divulgada (P-3).

Ao falarem mais especificamente sobre o que sabem sobre a forma com que o município vem realizando a implementação da PNPIC, o desconhecimento por parte dos profissionais é ainda maior.

Não sei, porque assim, eles nunca chamaram pra fazer uma conversa (P9).

Nada. A gente fala de chazinho porque a gente sabe. E também por causa da doutora. Essa médica Cubana fez muita diferença nesse sentido aqui. Muita, muita diferença. Então o assunto é abordado por causa disso. Nem Secretaria nem a Gerência, e nunca mandaram nada assim específico. Até eu tive vendo um livro que a doutora falou sobre a propriedade das frutas, das verduras, dos chás, que não é só o chá, sabe? Aí vamos ver de a gente fazer uma vaquinha pra ver se a gente compra, mas por nós, por pura curiosidade, sabe? Não vem nada aqui pra unidade (P-5).

Essas falas revelam que a implementação da Política é pensada, discutida e articulada somente pela gestão, estando os profissionais muito distantes desse processo. Entretanto o isolamento e invisibilidade dos profissionais que trabalham com as PICs na atenção à saúde é acompanhado pelo que acontece com quem trabalha na própria gestão da Política no município.

Pelo que eu sei, a política é só uma pessoa aqui na Secretaria, eu não sei se tem mais alguém, nesse meio tempo, mas uma política que tem só uma pessoa pra pensar a cidade toda... (GD-4).

(...) eu acho que entraria um pouco na questão da valorização da Política pela gestão, né. Porque pra mim eu nem lembrava que já são 10 anos que tem a Política, né. Então se a gente for pensar, 10 anos é muito tempo, daria pra ter avançado muito (GD-3).

(...) então a valorização também se dá pelo investimento que tu faz na política. Já é uma política que eu acho que tem algumas dificuldades porque ela vem contra a lógica que a gente falou aqui, né, da formação, da questão do poder médico, da questão da lógica da industrialização farmacêutica, né (GD-6).

5.2.2 Lógicas de cuidado e modelo de atenção: desafios e resistências institucionais e profissionais para a implementação das Práticas Integrativas e Complementares

Em relação ao eixo temático sobre facilitadores e dificultadores da implementação da PNPIIC na realidade dos serviços pesquisados, emergiram duas categorias empíricas: concepção de saúde e invisibilidade.

A primeira categoria que emergiu das falas dos participantes do estudo foi concepção de saúde. Essa categoria representa um dos principais fatores que, na visão dos profissionais e também dos Gerentes Distritais, dificultam a implementação da PNPIC e o crescimento da oferta de PICs. Ela representa a concepção de saúde em que se apoia o modelo tecnoassistencial do sistema de saúde brasileiro, organizado em torno da atenção à doença, centrado na medicalização do sofrimento, focado no diagnóstico em detrimento da terapêutica, com visões fragmentadas desfocando a integralidade do indivíduo.

Para Queiroz (2000), o fortalecimento do modelo biomédico se deu muito em função de suas novas técnicas e inovações, e acabaram por reforçar o conceito mecânico e reducionista da atenção à saúde. Apesar da importância do conhecimento técnico e científico, o que ocorreu na prática foi a priorização das ações intervencionistas e de medicalização, em detrimento de ações de promoção e prevenção da saúde. Apesar de se reconhecer as limitações desse modelo para atendimento à saúde da população, o reconhecimento fica no discurso dos gestores. Na prática, existe dificuldade de inverter essa lógica, como demonstra a fala de um dos GD:

A minha região, lá, por exemplo, é uma região demandante por consulta médica, eles não querem outra oferta. Não aceitam. Com muita dificuldade aceitam um grupo, com muitíssima dificuldade aceitam consulta de enfermagem. Eu já fui pra reuniões com a comunidade em que eles disseram que eles não querem, eles querem ver o médico. A gente fez vários exercícios com a comunidade pra mostrar que tem situações em que não é necessário uma consulta médica, que não é necessário um exame, e que sim é necessário uma outra abordagem, que a gente pode resolver de outro jeito, as pessoas não aceitam, é difícil, muito difícil. A comunidade é resistente. E que aí acaba não favorecendo que se desenvolva, e os próprios profissionais também são demandados tanto por consulta que acabam não se disponibilizando a fazer outras atividades (GD-3).

Franco e colaboradores (2012), em resposta à questão sobre se as necessidades de saúde eram satisfeitas no serviço de saúde encontraram as respostas “sim”, atribuindo satisfação ao agendamento de consultas, realização de exames e ao acesso à medicação gratuita; e “não”, justificando acesso limitado às consultas, exames e medicação. “Em geral, a demanda e a oferta estão condicionadas à produção de doenças, à medicalização dos problemas

sociais, à perda da dimensão humana e da integralidade do cuidado” (LACERDA; VALLA, 2010. p. 291).

Essa concepção de saúde da qual estamos falando não é somente do usuário, ou do profissional que irá oferecer o atendimento. A sociedade como um todo quer, cada vez mais, soluções rápidas, fáceis. O Sistema de Saúde acaba por reproduzir e fortalecer isso uma vez que direciona suas ações para essa mesma lógica à medida que prioriza as ações tecnoassistenciais, centradas no atendimento médico, na realização de consultas e exames, e tendo como única opção de terapêutica o medicamento, refletindo, portanto, em seus projetos de atenção à saúde, determinados por essa perspectiva.

O que eu acho é que a gente, a saúde, enfim, mas a medicina evoluiu muito em termos de tecnologias duras, né, que a população tem e procura, ainda muitas vezes não sendo o que ela precisa, né. E a gente acaba rodando muito em cima disso, na consulta médica, de exames, de alta tecnologia cada vez mais, e é a busca da sociedade, mas na verdade a sociedade busca isso mas ela cada vez precisa é outras coisas, e acho que aí é que vem. Eles procuram isso, mas a busca como ser humano não é disso, não é dessas coisas. Eles buscam a humanização, e outras práticas que pudessem ser acolhedoras pra eles. Só que como uma rede tradicional, o que tu acaba ofertando é o tradicional, né (GD-5).

E nos serviços o que a gente vê é que às vezes tu não tem outra opção pra dar pro usuário a não ser o remédio (PC-1).

Segundo Schraiber e colaboradores (2010), existe um modo regular de atuação dos profissionais da AB e também de reconhecimento por parte dos usuários de suas próprias necessidades, que é a medicalização das necessidades de saúde.

As necessidades em saúde não se configuram apenas como necessidades médicas, nem problemas de saúde como as doenças, riscos e padecimentos, mas dizem respeito a carências ou vulnerabilidades que expressam identidades, modos de viver, expressos no que é necessário para se ter saúde envolvendo, também, condições necessárias para se desfrutar a vida (PAIM, 2006). Para Pinheiro e colaboradores (2010), as necessidades de saúde requerem a capacidade de escuta, de respeito à diversidade humana, cultural,

social e de compreensão da saúde e da doença, assim como oportunidade e abertura para mudanças da prática clínica.

(...) na verdade tu tem uma sociedade que tá..., as pessoas tão buscando coisas, não tão conseguindo respostas, estão ficando doentes com esse estilo de vida e aí acabam somatizando (GD-7).

O aumento da demanda de atenção por questões de natureza socioeconômica e psicossocial não corresponde ao que é ofertado pelos serviços de saúde, organizados a partir da lógica das doenças. Para equalizar essa relação dinâmica entre demanda e oferta da assistência à saúde, não se trata apenas de aumentar a oferta de assistência médica ou acesso a medicamentos, e sim avaliar os limites dos serviços públicos de saúde para responder efetivamente às necessidades e demandas da população (PINHEIRO; LUZ, 1999, LACERDA; VALLA, 2003). Para Ayres (2004), as práticas de saúde contemporâneas apresentam em seu desenvolvimento científico e tecnológico sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações.

O modelo assistencial que ainda predomina no Brasil é caracterizado pela prática “hospitalocêntrica”, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis, pelo individualismo e pela baixa resolubilidade, gerando insatisfação para todos os participantes do processo – gestores, profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família veio para reorganizar a lógica de atenção à saúde na Atenção Básica no Brasil. Entretanto, o que se observou, a partir dos dados empíricos coletados, é que a ESF tem perdido seu potencial e seu foco na promoção à saúde.

Mas na verdade nos últimos anos está se perdendo muito a prevenção que se tinha, os grupos deixaram de acontecer. A gente vê que nos últimos anos, com tanta demanda, tanta coisa que vai surgindo, tá se atropelando e a gente tá perdendo um pouco essa parte de tentar a prevenção (PC-1).

Apesar de a ESF ser apontada como sendo uma estratégia para a expansão das PICs em diferentes contextos (AZEVEDO; PELICIONI, 2011, LIMA; SILVA; TESSER, 2014), o que se observou é que, devido ao número reduzido de profissionais, a necessidade de dar conta de demandas de calendário nacional como vacinação, dengue, entre outras, acabam por se sobrepor ao trabalho que vinha sendo desenvolvido no território e inviabilizando outras atividades que estavam sendo desenvolvidas. Os profissionais entrevistados revelam que possuem maior dificuldade em se organizar para realizar um trabalho com as PICs dentro das unidades de saúde em comparação às UBS, que possuem um número maior de profissionais.

Ai vem as demandas. Por exemplo chega uma época que tem dengue. Aí a gente tem que trabalhar todo mundo na dengue. Aí tu não pode fazer grupo porque tem que ir pra dengue. Agora veio o e-sus. A gente tem que fazer os cadastros, mas aí não tinha profissional. Nos do ESF é mais difícil da gente conseguir sair (P6).

Aqui tem bastante profissionais. Isso é um problema que eu vejo das Estratégias né. As Estratégias às vezes, é um ou dois médicos, e uns dois enfermeiros e 3 ou 4 técnicos e agentes de saúde. Às vezes é pouco. Eu acho que daí tem que parar e pensar que tipo de trabalho vai ser feito né (P1).

Observa-se que, mesmo reconhecendo as limitações desse modelo, segue-se reproduzindo essa concepção, sem se responsabilizar em tornar o discurso uma prática.

A gente percebe pelo acolhimento, assim: pessoas procurando consulta, consulta, consulta, e a gente identifica que a necessidade dela talvez não fosse essa, mas também não tem capacidade de direcionar, então a gente simplesmente nega. Ele volta e a gente nega de novo, né (GD-5).

Campos (2009) afirma que as necessidades de saúde, apesar de terem início no próprio indivíduo, este não necessariamente irá identificá-la e então expressá-la no serviço de saúde que, por sua vez, pode ou não decodificar a necessidade, como demanda a ser atendida. Em estudo feito, no qual o objetivo

foi revisar os conceitos de necessidades de saúde e autonomia e suas aplicações nas diferentes propostas de sistematização da assistência de enfermagem, encontrou-se, no entanto, uma frequência maior de trabalhos que reduzem o objeto do cuidado às necessidades exclusivamente biológicas (BARROS; CHIESA, 2007). Para Cecílio (2001),

a demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras. (CECÍLIO, 2001. p. 116).

Franco e colegas (2012) encontraram em seu estudo – que objetivou conhecer o conceito de necessidades de saúde segundo a percepção do usuário – que os usuários relacionaram as necessidades de saúde fortemente às enfermidades, ao atendimento médico, ao acesso a exames e medicamentos. Segundo esse estudo, ter medicamentos e dispor de exames laboratoriais seria a conduta esperada para a satisfação das necessidades.

Pela fala dos participantes, observa-se que existe uma visão voltada para o adoecimento e os usuários esperam dos serviços de saúde mais oferta de especialistas médicos, exames, com uma satisfação voltada para o consumo de serviços de saúde e de acesso às tecnologias, configurando uma demanda por procedimento em lugar de cuidado em si. Isso é confirmado pelo trabalho de Paskulin, Valer e Vianna (2011), em que as principais finalidades de uso do serviço de Atenção Básica encontrados foram vacinação, consultas médicas e busca por medicação.

Sabe-se, acerca da circularidade entre oferta e demanda espontânea, em que o indivíduo acaba por necessitar o que reconhece que o serviço de saúde pode oferecer, ou aquilo que a experiência vivida dele ou de alguém conhecido já tenha encontrado como resposta a uma determinada necessidade e que tenha sido exitosa. Resultados de um estudo no município de Viçosa – MG, evidenciam que a presença de profissionais especializados influencia a demanda por serviços de saúde (VENTURI *et al.*, 2008). Existe, portanto, uma clara conexão

circular entre a forma de se organizar a produção no setor saúde, a distribuição ou oferta dos serviços e o seu consumo. O modo de organizar as ações de saúde é, não apenas resposta a necessidades, mas sim “contexto instaurador de necessidades” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996). Baremlitt (2002) pensa que a demanda se constrói a partir da oferta, pois ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde.

Campos (2009) afirma que as necessidades de saúde apesar de terem início no próprio indivíduo, ele não necessariamente irá identificá-la e então expressá-la no serviço de saúde que, por sua vez, pode ou não decodificar a necessidade, como demanda a ser atendida. Quando alguém procura um serviço de saúde traz consigo diversas necessidades de saúde e deve a equipe que atende esse indivíduo decodificar e saber atender da melhor forma, tendo para isso, além de sensibilidade, preparo (CECÍLIO, 2001).

O que se observa, na realidade dos serviços a partir da fala dos participantes, é que essa necessidade chega a ser identificada, entretanto existe ausência de outras possibilidades de oferta que sejam capazes de atender tais questões.

Porque ele precisa de alguma coisa, e a gente só tem consulta pra oferecer, né (GD-4).

Pinheiro e colaboradores (2010) afirmam que os elementos constituintes da demanda em saúde surgem de interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores) na sua relação com a oferta nos serviços de saúde, em face de um determinado projeto político institucional. Ao se falar em atender aos problemas de saúde, entendidos pelos profissionais e gestores como demandas expressas dos usuários dos serviços. Logo, observam-se limites e dificuldades de elaborar respostas capazes de solucioná-los de fato.

Levando em consideração o aspecto de circularidade entre necessidades e processos de trabalho, os dados parecem indicar que as ações em saúde confirmam que necessidades de saúde são respondidas com o consumo de um procedimento de saúde, geralmente a consulta médica. Esses dados confirmam que a tendência dos serviços de saúde continua sendo a de conceber

necessidade de saúde identificada com a doença, vista como expressão biológica. Uma resposta restrita oferecida para diferentes demandas pode gerar essa demanda restrita à consulta médica, por exemplo.

Estamos diante de um aumento da demanda de atenção médica por problemas psicossociais, do desequilíbrio da relação demanda-oferta dos serviços públicos de saúde e dos limites de resolubilidade do modelo biomédico. Existe a necessidade de se redefinir o modelo de atenção à saúde e organizar suas práticas centradas no acolhimento dos sujeitos e em suas necessidades (LACERDA; VALLA, 2003).

As necessidades e suas respostas podem mudar dependendo do contexto histórico e social do indivíduo, portanto social e historicamente determinadas (CAMPOS, 2009; PAIM, 2006). Ainda há muito que se fazer para que o Sistema de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira (LIMA *et al.*, 2010).

Os fundamentos do paradigma vitalista, no qual estão incluídas as PICs, assentam-se em uma abordagem integral do indivíduo, entretanto, não são simples de serem operacionalizadas. A inserção das PICs no SUS representa uma estratégia relevante nesta retomada da concepção integradora do ser humano e a necessária individualização de suas opções terapêuticas trazendo possibilidades de efetivas mudanças dos processos de trabalho em saúde (SOUSA, 2004).

Eu acho que a gente tá numa lógica que, se fosse o inverso, se nós tivéssemos mais Práticas Integrativas, hoje tu não teria precisado de tanta oferta médica assim. A lógica que acabou, eu acho que talvez, eu não sei em que geração isso possa mudar, mas, se conseguir trabalhar com a prevenção com PIC eu acho que tu realmente vai conseguir ter um retorno muito bom (GD-7).

O desenvolvimento das PICs requer a constituição de espaços favoráveis, que permitam o acontecimento de mudanças no modo de agir dos profissionais, uma vez que demandam uma grande transformação na concepção de saúde e, conseqüentemente, na maneira de promover o cuidado (SOUSA e VIEIRA, 2005). Da mesma forma, buscar outra compreensão do processo de

adoecimento por parte dos usuários constitui também um desafio a ser superado. Inverter essa lógica não é tarefa fácil. No entanto, se continuarmos a ofertar as mesmas práticas hegemônicas de “tratamento” à saúde, a tendência é permanecermos nesse círculo entre oferta e demanda por consultas e medicamentos.

A categoria invisibilidade diz respeito à falta de divulgação das PICs ofertadas na rede de serviços para os profissionais e suas formas de encaminhamento, bem como à falta de visibilidade que as PICs têm na comunidade para aqueles que queiram acessar os serviços. Segundo os profissionais entrevistados, essas questões dificultam que a PNPIC seja efetivamente implementada.

Por falta de divulgação eu acho. E falta de saber como é o mecanismo para encaminhar o paciente até lá (P3).

Não existe muita visibilidade eu acho. Distribuíram uns cartazinhos pra gente, bem bonitinho o cartazinho! Práticas Integrativas e Complementares, aqueles vários círculos assim integrados com o outro, bem bonitinho. Mas não me diz naaaaaada! Só te entregam aquilo ali, aquele folderzinho, aquele folheto autoexplicativo. E aí? Como é que vai convencer uma população que isso vale a pena? Se a própria população não vê o investimento nisso? (PC-2).

Dar visibilidade às PICs fortalece a oferta dessas práticas. Mas como a gestão da Política Municipal de PICs está a cargo de um único profissional, repete-se na gestão o que acontece nos serviços de saúde: o trabalho isolado dos profissionais, cada um trabalhando por si, sem articulação e fortalecimento, mantendo a invisibilidade.

(...) esse levantamento é bem importante, porque a gente não tem um levantamento atualizado, não tem como uma pessoa fazer isso sozinha. Né, então da gente poder também identificar em toda a cidade, que seria o ideal, isso também dá visibilidade e dá mais poder, né. As pessoas quando se enxergam, não se sentem sozinhas, né (GD-4).

Essa categoria também se refere à questão dos serviços de PICs dependerem exclusivamente da iniciativa do profissional de saúde. Se o profissional não tiver disponibilidade, não parte da gestão esse trabalho. Sendo assim, não depende apenas da formação de recursos humanos na área, mas também da habilidade e disponibilidade em se criar uma nova organização do processo de trabalho para que seja possível a realização de atividades ligadas às PICs.

Sempre parte muito dos profissionais, nunca muito da gestão. É por isso que é uma coisa que tu vais ver na cidade não se tem (P-1).

Faltaria um incentivo e direcionamento de como fazer, porque não nos instrumentaliza. Todo mundo acha muito legal, vamos lá! Práticas Integrativas e tal, mas é o primeiro curso que lançaram agora recentemente né. Tipo assim, divulgaram num dia, no outro dia já terminavam as inscrições, um monte de gente se inscreveu e a gente não teve retorno nenhum sabe? Muito solto assim (TC-2).

Eu acho que um pouco vem de nós. Eu não sou resistente, eu tenho eu acho que é um pouco de dificuldade de conseguir deslanchar em algumas coisas, acho que por isso que não faço (P20).

Precisa de persistência do profissional de manter (P-6).

E se as pessoas tiverem fazendo aquilo, aquilo vai acontecer. E se não estiverem, né, não vai acontecer (GD-3).

A carência no número de profissionais que compõem as equipes de saúde, as próprias capacitações que pouco são oferecidas, a falta de infraestrutura na maioria das Unidades de Estratégia de Saúde da Família que geralmente não possuem local para realização de atividades em grupo, dependendo de parcerias com clubes e associações de moradores, além de verba para realizar as atividades. O excesso de demanda para o reduzido número de profissionais também foi ressaltado como elemento dificultador.

Mas pra essas coisas acontecerem a gente precisava que tivesse alguma verba, ou a gente conseguisse um local pra fazer isso (P-5).

Em relação à disponibilidade de agenda, percebi que, nas ESFs, existe uma maior dificuldade e organização da agenda dos profissionais para realizar

atividades distintas das assistenciais convencionais e que os coordenadores das unidades geralmente são adeptos às PICs e possuem formação, mas não atuam pelo acúmulo de atividades que a coordenação de uma unidade traz para eles.

Nos do ESF é mais difícil da gente conseguir sair (P-6).

No que eu tenho hoje de rotina de trabalho, eu não tenho tempo pra dispor pra botar a meditação por exemplo. Por carga horaria mesmo, por fluxo de trabalho (PC-1).

O grupo de tabagismo faz eu e a minha colega. Mas às vezes se ela está, ela faz o grupo e eu aproveito pra fazer as demandas administrativas. Infelizmente é o excesso de demanda. Se nas unidades de saúde tivesse uma pessoa só pra coordenar e uma pessoa só pra assistência, uau!! Ia ser muito mais rico. Mas a realidade não é essa (PC-3).

Não se pretende aqui reduzir as dificuldades encontradas em implementar outras práticas em saúde diferentes das normalmente ofertadas somente por uma concepção diferenciada de abordagem e de tratamento ou por estarem fora do modelo hegemônico. Conforme salientam Sousa e Vieira (2005), precisamos considerar que é natural do ser humano apresentar resistência ao novo, de forma geral, ao diferente do comumente ofertado. Contudo, precisamos iniciar essa trajetória de mudança.

Como é que vai convencer uma população que isso vale a pena? Se a própria população não vê o investimento nisso? (PC-2).

E também é ir contra aquela lógica da consulta, sabe, da coisa mais tradicional. Então isso também é um trabalho a curto, médio prazo, né. Mas depende muito de como tu vai trabalhando isso no dia a dia no território (GD-6).

Nesse sentido, não basta criar uma Política para que a inserção das PICs de fato ocorra nos serviços de saúde. É necessário dar prioridade para que se viabilize essa oferta e investimento em relação a elas, para que os usuários passem a valorizar e a entender essas atividades como promotoras de saúde e cuidado.

Mas as pessoas vêm em busca de remédio. Elas dizem: eu preciso de um remédio pra dormir, eu preciso de um remédio pra me acalmar, eu acho que eles estão muito focados no medicamento (P-10).

Tem propaganda de remédio na TV né. Tem uma farmácia em cada esquina na cidade. Então existe toda uma cultura né, na mente das pessoas que é isso né: o remédio. Eu vim aqui pra pegar tal coisa. O que eu tenho? Que doença que eu tenho? Eu tô atrás de um diagnóstico, eu não tô indo atrás do porquê que eu não estou me sentindo bem (P-1).

Tudo tá em espera, é o outro que tem responsabilidade de te dar, e não tu também como cidadão de, então... Acho que isso tem uma cultura bem complexa da gente mexer (GD-2).

Após 10 anos, a PNPIC tenta rever e ampliar o escopo de práticas previstas pela Política, com intuito de se ter uma oferta mais diversa, por outro lado a Política Estadual de PICs do Rio Grande do Sul (PEPIC), que já abriu esse leque, não foi suficiente para que se conseguisse implementar essa diversidade de práticas no município.

Em Porto Alegre, após dez anos da publicação da PNPIC e três anos da publicação da PEPIC que amplia o leque de ofertas em PICs para o estado, temos uma oferta ainda restritiva. Essa oferta é pequena, desorganizada e desconhecida. Por outro lado, há uma gama enorme de práticas diversas feitas informalmente por profissionais diversos da Atenção Básica.

Ao mesmo tempo em que essa Política acontece paralelamente a outras políticas como, por exemplo, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (POP Negra), ela não é acompanhada de capacitações, informações organizativas, assim como de informações sobre essas outras racionalidades médicas que compõem a PNPIC.

A política da Pop negra está em voga. A formação desde o começo foi extremamente estimulada. A formação dos promotores. A ideia é que num prazo de x tempo todas as pessoas das equipes de saúde sejam promotores de saúde da população negra. Eu já tenho duas ACS formadas promotoras e agora a Mariela terceirizada da limpeza também está fazendo. Existe uma estratégia e um investimento, não é só do interesse pessoal do profissional, aí está a diferença. PICs é uma coisa individual, particular, de formação, de aquisição de conhecimento, a Pop Negra já é mais de gestão (PC-2).

Ao longo desses dez anos, no nível municipal, existe uma dificuldade em desenvolver ações e estratégias que possam operacionalizar a Política nos diferentes serviços do Sistema, que não seja especificamente na atenção especializada, mas, sobretudo, na oferta da AB.

Em Porto Alegre, não houve a constituição de um grupo de trabalho dentro da área técnica de PICs no município, contrariamente a outras políticas, nas quais existe articulação inclusive com movimentos sociais como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

(...) eu acho que entraria um pouco na questão da valorização da Política pela gestão, né. Porque pra mim eu nem lembrava que já são 10 anos que tem a Política, né. Então se a gente for pensar, 10 anos é muito tempo, daria pra ter avançado muito (GD-3).

Pelo que eu sei, a política é só uma pessoa aqui na Secretaria, eu não sei se tem mais alguém, nesse meio tempo, mas uma política que tem só uma pessoa pra pensar a cidade toda (GD-4).

Eu vejo pela Política de Saúde da População Negra que começou com uma pessoa e hoje tem um grupo, né, então a valorização também se dá pelo investimento que tu faz na política. Já é uma política que eu acho que tem algumas dificuldades porque ela vem contra a lógica que a gente falou aqui, né, da formação, da questão do poder médico, da questão da lógica da industrialização farmacêutica, né. Então, são várias políticas que a gente tem, sim, a gente tem todo esse contexto, mas também tem essa questão, né, de estar fortalecendo a política (GD-6).

Portanto, existe ausência de tensionamento da gestão em relação a essa política, nem por parte de movimentos sociais, nem por parte dos profissionais que se utilizam dessas práticas, nem tampouco dos usuários.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) foca a oferta de PICs em Centro de Especialidades ao invés da AB. O Relatório de Gestão do primeiro quadrimestre do ano de 2016 (PORTO ALEGRE, 2016) indica que o município fez a qualificação das especialidades do Centro de Saúde Modelo (que aparece no PMS como local para centralizar a oferta de PICs como sendo um Ambulatório de Práticas Integrativas) com a ampliação e qualificação dessas práticas no local. Traz, também, que a especialidade de fitoterapia foi incorporada ao sistema de agendamento de consultas especializadas do município (GERCON), assim como foram ampliadas as vagas de Acupuntura.

O relatório de gestão do segundo quadrimestre apresenta um quadro demonstrativo do diagnóstico situacional realizado no final do ano passado que indica quais PICs ocorrem em cada Gerência Distrital. Nesse diagnóstico realizado, aparece informações sobre o número de profissionais de Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Terapia Comunitária Integrativas e outros. Mais uma vez, observa-se o enfoque na atenção especializada, na qual, nesse diagnóstico, invisibiliza-se uma diversidade de práticas que ocorrem com a denominação “outros”. A programação anual de saúde de 2016 (PORTO ALEGRE, 2015) traz como meta a realização de curso para a formação de profissionais da AB em Pics, mas não traz nenhuma ação prevista no intuito de dar visibilidade ao que já existe na AB e de potencializar o que já vem sendo feito.

As PICs têm um grande potencial, entretanto permanecendo na invisibilidade não são valorizadas, cobradas e muitas vezes nem desejadas pelos usuários.

O foco nas especialidades revela, entre outros, o distanciamento entre os gestores da administração central e os gestores distritais que desconhecem não somente as Políticas nacional, estadual e municipal, de PICs, mas também o que essas políticas envolvem em termos de outras racionalidades médicas.

A introdução das PICs que possuem outra racionalidade médica diferente da biomédica, principalmente, na atenção especializada, além de acabar legitimando apenas as PICs desenvolvidas pelo profissional médico, retiram-nas da complexidade de todas as suas dimensões, fazendo uso apenas de sua dimensão terapêutica a serviço da própria racionalidade biomédica. Portanto, parece que os gestores funcionam no padrão de êxito técnico, oferecendo aquilo que já são capazes de ofertar. Não oferecem uma outra racionalidade, o que levaria as práticas de saúde ao encontro de se obter um sucesso prático.

Já em relação aos profissionais, essa relação é inversa. Os profissionais da AB que se utilizam das PICs, em que muitas delas não fazem parte do escopo das Políticas da área, entretanto são embasadas na realidade dos serviços. Nesse caso, (re)conhecem a saúde na esfera da razão prática e não da razão instrumental, não buscando apenas encontrar estratégias adequadas aos fins determinados, mas sim pactuar e decidir, a partir das possibilidades concretas

que se apresentam, quais fins almejar e para atingi-los, quais meios escolher (AYRES, 2009d).

Enfatiza-se que a oferta de PICs centrada na atenção especializada e no profissional médico não é capaz de ser acessível a todos, apenas pontualmente. Apesar de o número de profissionais em PICs da atenção especializada ter passado de quatro para oito profissionais em um ano (PORTO ALEGRE, 2016), essa oferta ainda é pequena e desconhecida, tanto pelos usuários, como pelos próprios profissionais que fazem este encaminhamento.

Vale enfatizar que, conforme já apontado em outros estudos (AZEVEDO; PELICIONI, 2011; LIMA, SILVA, TESSER, 2014), a importância que a AB possui para a visibilidade e expansão das PICs. Entretanto, os desafios não são pequenos, conforme pode-se observar nesse estudo: questões políticas, de hierarquia, de poder, de investimento e interesse permeiam todo esse processo. Por outro lado, há possibilidades já presentes, nas ofertas informais realizadas pelos profissionais que compõem a AB do município. Portanto, o que precisa ser feito é dar visibilidade e legitimidade a essas práticas, pois, conforme apontado por Lima, Silva e Tesser (2014), não se trata de incluir novos profissionais, nem de focar na atenção especializada, mas potencializar e viabilizar as práticas já desenvolvidas pelos profissionais.

Como enfatiza Camargo Junior (2005), a conceituação biomédica da doença é caracterizada por um conjunto de juízos de caráter instrumental que são orientados pela noção de controle técnico dos obstáculos a interesses práticos de indivíduos e coletividades. A crítica que se faz ao modelo biomédico é em relação a como conduz as práticas de atenção à saúde, existindo grande assimetria entre a legitimidade que se confere às práticas pertencentes a esse modelo e outras mais relacionadas às experiências vividas em relação à saúde e a doença. O resultado disso é que se coloca à margem tudo que não for subordinável ao discurso biomédico (AYRES, 2009).

A reconstrução das práticas de saúde aponta não apenas para a necessidade de construir novas instrumentalidades, mas também resgatar o lugar da racionalidade prática como origem de qualquer instrumentalidade na área da saúde. Conforme salienta Ayres (2009, p.51.)

a reconstrução de conceitos e práticas de saúde tem como tarefa fundamental liberar nossa capacidade de escolha dos “quê fazer?” em saúde da sua colonização pelos juízos fechados e predeterminados da conceitualidade instrumental da biomedicina.

Relacionando a reflexão acima para a realidade dos serviços de saúde, podemos entender a presença e relação de ambos saberes (instrumentais e práticos) em duas esferas de racionalidade que orientam os interesses que movem as ações de saúde: *êxito técnico* e *sucesso prático* (AYRES, 2009). Isso nos move para uma reorganização humanizadora das práticas de saúde em que profissionais, serviços e políticas de saúde estejam mais sensíveis e responsivos ao sucesso prático de suas ações, isto é, que orientem a busca de êxito técnico de suas intervenções na direção apontada pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações (AYRES, 2009c).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu analisar a organização da oferta de PICs desenvolvidas em uma Gerência Distrital do município de Porto Alegre, bem como sua relação com os conceitos de *êxito técnico* e *sucesso prático* proposto por Ayres.

Apesar do incentivo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no SUS, especialmente na Atenção Básica, concluiu-se que existe o desafio de fortalecer e dar visibilidade ao que já é feito no dia a dia dos serviços, reconhecendo e capacitando os profissionais que já o fazem.

A construção das políticas nessa área se dão de forma bastante restrita, contemplando a visão de representantes de categorias profissionais, em que a questão da regulamentação das PICs parece estar muito mais direcionada para um certo controle do exercício profissional dessas práticas do que a oferta com qualidade para a população. A mesma colocação se pode fazer quando observamos a questão do registro das informações nas bases de dados nacionais.

Considero que não seja suficiente os governos instituírem as PICs para garantir sua oferta. É necessário que se promova espaços de discussão, tanto no âmbito acadêmico quanto nos serviços, considerando as dificuldades encontradas em cada território e estratégias para o uso de outra forma de olhar e realizar o cuidado em saúde.

Para que essas práticas, situadas à margem do sistema de saúde hegemônico, possam adquirir legitimidade, não basta dizer que são legítimas e eficientes. É preciso dar condições reais para que se estabeleçam e desenvolvam na rede de serviços de saúde do SUS.

Para fortalecimento das PICs seria necessário ampliar a divulgação dessas práticas para os profissionais da AB, 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.

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.

Mas ainda existem outros desafios que devem ser considerados, que são: garantia de recursos específicos do MS para as PICs; ampliação da adesão dos profissionais de saúde a essas práticas integrativas e complementares e a outras inseridas na Política Nacional de PNPIC e PEPIC; o envolvimento de outras categorias profissionais na produção do cuidado em PICs; e o fortalecimento da instalação e manutenção de espaços para troca de experiências em PICs.

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, com o pouco apoio financeiro e institucional do MS e da Secretaria Estadual de Saúde destinado a inseri-las no SUS, é difícil para o município sozinho garantir a oferta de capacitação, a aquisição de insumos e a organização dos serviços, e, conseqüentemente, o acesso dos usuários do SUS às políticas públicas efetivamente cuidadoras, resolutivas e promotoras de saúde.

Todavia, os movimentos dos profissionais para implantação das PICs nos serviços de saúde da AB do município de Porto Alegre têm ultrapassado desafios e possibilitado a oferta de várias práticas.

É importante salientar o potencial que as PICs têm para a promoção de espaços favoráveis à promoção da saúde e cuidado. Acredito que a implantação e expansão dessas práticas se constituem um processo e o que encontrei faz parte dessa dinâmica, isto é, o primeiro passo foi dado, mas sabemos da complexidade de se implantar outros serviços, principalmente, quando se fala em outras racionalidades médicas.

Constitui-se um processo a ser construído e sempre reavaliado, revendo os objetivos para que realmente torne-se uma alternativa de atendimento e melhoria da assistência na construção do SUS.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo C.M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *In*: AYRES, José Ricardo C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2009a.

_____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2009b.

_____. Uma Concepção Hermenêutica da Saúde. *In*: AYRES, José Ricardo C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2009c.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *In*: AYRES, José Ricardo C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2009d.

_____. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.9, n. 3, p.583-592, 2004.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trab. educ. saúde**, vol.9, n.3, p.361-378, 2011.

BAREMBLITT, Gregorio F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática – 5ª ed.** Belo Horizonte: Ed. Instituto Félix Guattari, 2002.

BARROS, Débora G.; CHIESA, Anna M. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev Esc Enf USP**, v. 41, p. 793-798, 2007.

BARROS, Nelson Filice. **O Histórico das Práticas Integrativas e Complementares no Mundo**. Curso de Formação em Práticas Integrativas e Complementares do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2014. 12min39seg. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BE69q8J8fv8>>. Acesso em: 15 set 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica. **A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Portaria nº 154, de janeiro de 2008a. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 13 ago. 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006/2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b

_____. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2011a.

_____. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011b. Institui o Programa Academia da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria_academia_saude_719.pdf>. Acesso em: 14 set 2015.

_____. **Conferência Nacional de Saúde, 9, Relatório Final**. Brasília, fev. 1993. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf> Acesso em: 14 set 2015

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 set 2015.

_____. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, vol.34, n.3, p. 316-319, 2000.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel. A biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, p.177-201, 2005.

CAMPOS, Célia M.S. Reconhecimento das necessidades de saúde do adolescente. *In*: Borges, Ana L.V., Fujimori, Elisabeth (Orgs.). **Enfermagem e saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009.

CECÍLIO, Luiz C.O. As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

CEOLIN, Teila; CEOLIN, Silvana; HECK, Rita Maria; NOGUEZ, Patrícia T.; SOUZA, Andrieli Daiane Z. Relato de experiência do curso de plantas medicinais para profissionais de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.37, n.2, p.501-511, 2013.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Rede Assistencial (internet). Disponível em:
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>>. Acesso em 14 jun 2016.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DUTRA, Maria da Glória. **Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública: um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás**. 2009. Dissertação (Mestrado). Centro Universitário de Goiás, UniEvangélica, Anápolis.

ESTRELA, Walcymar Leonel. Políticas de saúde e processo de institucionalização das Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares. *In*: NASCIMENTO, Marilene Cabral; NOGUEIRA, Maria Inês. **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FIGUEREDO, Climério Avelino. **Fundamentos da Homeopatia**. João Pessoa: NEPHF, 2007.

FONTENELE, Rafael Portela; SOUSA, Dayana Maria Pessoa de; CARVALHO, André Luís Menezes; OLIVEIRA, Francisco de Assis. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de teresina (PI), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.8, p.2385-2394, 2013.

FRANCO, Fernanda Aparecida; HINO, Paula; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi; BERTOLOZZI, Maria Rita. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Revista de Enfermagem**, vol.16, núm.1, p.157-162, 2012.

GADAMER, Hans Georg. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *In*: AYRES, José Ricardo C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2009.

GALHARD, Wania Maria Papile; BARROS, Nelson Filice; LEITE-MOR, Ana Cláudia Moraes Barros. A homeopatia na rede pública do Estado de São Paulo: facilitadores e dificultadores. **Rev Bras med fam comunidade**, v.7, n.22, p.35-43, 2012.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. *In*: GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GERHARDT, Tatiana E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.11, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO JR.; Kenneth R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 jun 2016.

IERVOLINO, Solange A.; PELICIONI, Maria Cecília F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.35, n.2, p.115-21, 2001.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ISCHKANIAN, Paula Cristina; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Desafios das Práticas Integrativas e Complementares no SUS Visando a Promoção da Saúde. **Rev Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.22, n.1, p.233-238, 2012.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor. Homeopatia e Apoio Social: Repensando as Práticas de Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

_____. Um outro olhar sobre construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2010.

LIMA, Karla Morais Seabra Vieira; SILVA, Kênia Lara; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface**, vol.18, n.49, pp.261-272, 2014.

LIMA, Thaís Jaqueline Vieira de; ARCIERI, Renato Moreira; GARBIN, Cléa Adas Saliba; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saúde Soc.**, v.19, n.4, p.866-877, 2010.

LOPES, Marta Julia. Les soins: images et réalités-lê cotidiem soignant au Brésil. 1993. Tese [Doutorado]. Université de Paris VII; Paris.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2013.

LUZ, Madel Terezinha. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudo Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais – 2ª ed.** São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. **Natural, racional, social: a razão médica e a racionalidade científica moderna – 3ª ed.** São Paulo: Hucitec. 2012a.

_____. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas.. *In*: LUZ, Madel; BARROS, Nelson Filice de. (Orgs.) **Racionalidades e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012b.

_____. Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. *In*: LUZ, Madel; BARROS, Nelson Filice de. (Orgs.) **Racionalidades e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012c.

_____. **A arte de curar x a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil – 2ª ed.** Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

METCALF, Elena Brett; BERGER, Carla Baumvol; FILHO, Armando Antônio de Negri. A Medicina Tradicional, Alternativa e Complementar. *In*: DUNCAN, Bruce

B. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências – 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec; 2014.

NAGAI, Silvana Cappelletti; QUEIROZ, Marcos de Souza. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1793-1800, 2011.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês; LUZ, Madel Therezinha. Produção científica em racionalidades médicas e práticas de saúde. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**. v. 1, n. 1, 2012.

NAVARRETE, Maria Luiza V.; SILVA, Rejane Ferreira; PÉREZ, Amparo Susana M.; SANTOS, José Fernández S.; GALLEGO, Eugenia Delgado; LORENZO, Ingrid Vargas. **Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas em salud.** Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005.** Genebra, 2002.

PAIM, Jairnilson S. **Desafios para a saúde coletiva no Século XXI.** Salvador: Ed. UFBA, 2006.

PASKULIN, Lisiane M.G.; VALER, Daiany B.; VIANNA, Lucila A.C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2935-2944, 2011.

PERUREMA, Fátima Cristina Vieira. Institucionalização de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde!? **História, Ciências, Saúde**, v.21, n.1, 2014.

PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube; MACHADO, Felipe Rangel S.; GOMES, Rafael da Silva. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. *In:* PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Orgs.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ/ABRASCO, 2010.

PINHEIRO, Roseni; GERHARDT, Tatiana E.; SILVA Jr, Aluísio G.; DI LEO, Pablo F.; PONCE, Ana Marta de A.; VENTURIELLO, Maria P. (Orgs.). **Cultura do Cuidado e o Cuidado na Cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no MERCOSUL**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2015.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Terezinha. **Modelos ideais x práticas eficazes: desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde**. Série Estudos em Saúde Coletiva, n.191. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1999.

PIRES, Álvaro. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. *In*: POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROULX, Lionel-H; LAPERRIÈRE, Anne; MAYER Robert; PIRES, Álvaro (Orgs.) **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis RJ: Vozes, 2008.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Porto Alegre, 2013.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Programação Anual De Saúde – PAS 2016**. Porto Alegre, 2015.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão 1º Quadrimestre – 2016**. Porto Alegre, 2016.

QUEIROZ, Marcos S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, n.16, v. 2, p.363-375, 2000.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

RODRIGUES, Angelo Giovani; PEREIRA, Antonia Maria; SIMONI, Carmem de; TRAJANO, Marcos Antônio; SANTOS, Paulo Morais; CAMPOS, Tiago Pires de; **Relatório de Gestão 2006/2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

ROESE, Adriana; GERHARDT, Tatiana Engel; SOUZA, Aline Corrêa de; LOPES, Marta Julia Marques. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. *Brazilian Journal of Nursing*, vol. 5, n.3, 2006.

ROESE, Adriana. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: os desafios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS**. 2014. (Relatório de pesquisa). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre.

SANTOS, Melissa Costa. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis/sc: implantação, cogestão e**

educação permanente em saúde. 2012. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SCHRAIBER, Lilia B., FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza; *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.5, p.961-970, 2010.

SCHRAIBER, Lilia B.; MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. Necessidades de saúde e atenção primária. *In:* SCHRAIBER, Lilia B.; NEMES, Maria I.B.; MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec, 1996.

SES-RS. Secretaria Estadual de Saúde. Rio Grande do Sul. Resolução nº 695 de 20 de dezembro de 2013. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares.

SIMONI, Carmen de. **A PNPIC, seu processo de construção e as práticas contempladas.** Curso de Formação em Práticas Integrativas e Complementares do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2014. 14min12seg. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=2Oq6SJZDFUE>>. Acesso em: 25 set 2015

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Estrutura (site). Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808>. Acesso em> 25 set. 2015.

SOUSA, Islândia M.C.; VIEIRA, Ana Luiza S. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, p.255-266, 2005.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. **Medicina Alternativa nos Serviços Públicos de Saúde: A Prática da Massagem na Área Programática 3.1 no Município do Rio de Janeiro.** 2004. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

TESSER, Charles Dalcanale. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. *In:* LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Felice de (Orgs.), **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalizacao social e medicina alternativa e complementar: pela pluralização terapêutica do SUS. *In:* TESSER, Charles Dalcanale. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde Soc.**, v.2, n.2, p.336-350, 2012.

THIAGO, Sônia de Castro; TESSER, Charles Dalcanale. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.2, p.249-57, 2011.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VARELA, Danielle Sousa Silva; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, v.12, n.2, p.273-290, 2014.

VENTURI, Ivonilce; ROSADO, Lina E.F.P.; COTTA, Rosangela M.M.; ROSADO, Gilberto Paixão; *et al.* Identificação da área de influência do serviço de atenção básica do sistema público de saúde à população idosa, município de Viçosa-MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1293-1304, 2008.

APÊNDICE A: Roteiro para Grupo Focal com Gestores das Gerências Distritais de Porto Alegre

Pesquisa - “Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do SUS do município de Porto Alegre, RS: desafios atuais”
Data da Entrevista: ____/____/____ Horário: Local:
Dados Pessoais
1) Nome:
2) Telefone de contato:
3) Idade:
4) Profissão/Cargo:
5) Tempo no cargo:
As PICs em Porto Alegre
6) Quais PICs você tem conhecimento que é ofertada no SUS de Porto Alegre ?
7) Na sua opinião, existe vantagens na implementação da PNPIC em Porto Alegre?
8) Desde quando o município está se organizando para a implementação da PNPIC?
9) De que forma o município vem trabalhando a implementação da PNPIC?
10) Quais são os fatores dificultadores da implementação da PNPIC em POA ?
11) A PNPIC, no que tange a sua implementação no município de POA, tem avançado ?
12) Quais as estratégias que estão sendo propostas visando suplantar os fatores dificultadores?
13) Quais as estratégias identificadas que poderiam ser propostas visando suplantar estes fatores dificultadores?

APÊNDICE B: Roteiro para Entrevista com profissionais de saúde

Pesquisa - “Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do SUS do município de Porto Alegre, RS: desafios atuais”
Data da Entrevista: ____/____/____
Horário:
Local:
Dados Pessoais
1) Nome:
2) Telefone de contato:
3) Idade:
4) Profissão/Cargo:
5) Tempo no serviço:
As PICs em Porto Alegre
6) Com qual PIC trabalha ou tem formação? Quando e como conheceu ?
7) Acontece dentro da Unidade ou em outro local?
8) Quem e como acessam o serviço?
9) Porquê utiliza as PICs?
10) Quais PICs você tem conhecimento que é ofertada no SUS de Porto Alegre ?
11) Conhece as políticas Nacional, Estadual e Municipal de PICs?
12) Sabe de que forma o município vem trabalhando a implementação da PNPIC?
13) O que dificulta a implementação da PNPIC no município ?
14) O que faz com uma PIC deixe de ser oferecida?
15) O que facilita que as PICs sejam oferecidas ?
16) Alguma sugestão para sua efetiva implementação?

APÊNDICE C: Diário de Campo

Pesquisa – “Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do SUS do município de Porto Alegre, RS: desafios atuais”	
Nome do(s) participante(s):	
Início: Término:	
Data: ____/____/____ Local: _____	
Notas de campo	Reflexões

APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente que estou dando o meu consentimento para participar do estudo realizado pela Mestranda **Tatiana Leite Müller**, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. **Tatiana Engel Gerhardt**. O estudo desenvolvido é intitulado **“Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do SUS do município de Porto Alegre, RS: desafios atuais”** cujo objetivo é analisar o processo de institucionalização e implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Estou ciente que a coleta de dados ocorrerá com gestores da Atenção Básica do município de Porto Alegre, por meio de grupo focal e diário de campo e que esta pesquisa dará origem a uma dissertação que será apresentada a Instituição de Ensino supracitada. Também estou ciente que o grupo focal será gravado e posteriormente transcrito e também registrado em um diário de campo.

Fui informado que, mesmo após o início do grupo focal, posso a qualquer momento, recusar-me a responder a qualquer pergunta ou encerrá-lo, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação. Também fui informado da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados a essa investigação. Declaro que me foi assegurado o anonimato das informações, por mim fornecidas, bem como, a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa. Fui informado de que esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, não apresentando danos físicos e considerando os riscos relacionados apenas a um possível desconforto ao participar do grupo focal. No entanto, me foi garantido respeito à ocorrência destes possíveis desconfortos e diálogo para que a pesquisa ocorra nos momentos mais confortáveis e seguros para mim.

Também fui informado que os benefícios desta pesquisa aos participantes são indiretos, e que a obtenção de informações sobre os serviços já ofertados

em Práticas Integrativas e Complementares possibilitará maior compreensão de seus fluxos, facilidades e dificuldades na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares contribuindo com os avanços na área da saúde.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado, poderei contatar a pesquisadora responsável Tatiana Gerhardt, no endereço que segue : Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fones: (51) 33165481 (horário comercial) / (51) 99979248 ou se desejar entrar em contato com a pesquisadora Tatiana Leite Müller (51) 81833266.

O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Considerando-me esclarecido em relação à proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

_____, ____/____/____.

Assinatura da pesquisadora

Msda Tatiana Leite Müller

Assinatura do participante ou representante legal

Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS

Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317

Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060

Telefone: (51) 3308-3738

APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente que estou dando o meu consentimento para participar do estudo realizado pela Mestranda **Tatiana Leite Müller**, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. **Tatiana Engel Gerhardt**. O estudo desenvolvido é intitulado **“Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do SUS do município de Porto Alegre, RS: desafios atuais”** cujo objetivo é analisar o processo de institucionalização e implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Estou ciente que a coleta de dados ocorrerá com profissionais da Atenção Básica do município de Porto Alegre, que utilizem ou tenham conhecimento em PICS, por meio de entrevista e diário de campo, e que esta pesquisa dará origem a uma dissertação que será apresentada a Instituição de Ensino supracitada. Também estou ciente que a entrevista será gravada e posteriormente transcrita e também registrada em um diário de campo.

Fui informado que mesmo após o início da entrevista, posso a qualquer momento, recusar-me a responder a qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação. Também fui informado da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados a essa investigação. Declaro que me foi assegurado o anonimato das informações, por mim fornecidas, bem como, a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa. Fui informado de que esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, não apresentando danos físicos e considerando os riscos relacionados apenas a um possível desconforto para responder a entrevista. No entanto, me foi garantido respeito à ocorrência destes possíveis desconfortos e diálogo para que a pesquisa ocorra nos momentos mais confortáveis e seguros para mim.

Também fui informado que os benefícios desta pesquisa aos participantes são indiretos, e que a obtenção de informações sobre os serviços já ofertados em Práticas Integrativas e Complementares possibilitará maior compreensão de seus fluxos, facilidades e dificuldades na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares contribuindo com os avanços na área da saúde.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado, poderei contatar a pesquisadora responsável Tatiana Gerhardt, no endereço que segue : Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fones: (51) 33165481 (horário comercial) / (51) 99979248 ou se desejar entrar em contato com a pesquisadora Tatiana Leite Müller (51) 81833266.

O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Considerando-me esclarecido em relação à proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

_____, ____/____/____.

Assinatura da pesquisadora

Msda Tatiana Leite Müller

Assinatura do participante ou representante legal

Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS

Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317

Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060

Telefone: (51) 3308-3738