

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

FABÍOLA FERNANDES BERSOT MAGALHÃES

**ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO
SUS: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS**

**VITÓRIA
2019**

FABÍOLA FERNANDES BERSOT MAGALHÃES

**ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO
SUS: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angélica C. Andrade
Coorientador: Prof. Dr. Thiago Dias Sarti

VITÓRIA
2019

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

M188a Magalhães, Fabíola, 1980-
Acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS: uma análise sob a ótica dos usuários. / Fabíola Magalhães. - 2019.
134 f. : il.

Orientadora: Maria Angélica Andrade.

Coorientador: Thiago Sarti.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Saúde Pública - Pesquisa. 3. Política de Saúde. 4. Medicina Integrativa. 5. Medicina Alternativa. I. Andrade, Maria Angélica. II. Sarti, Thiago. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

FABÍOLA FERNANDES BERSOT MAGALHÃES

**ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO
SUS: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 16 de maio de 2019.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Maria Angélica Carvalho Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof. Dr. Thiago Dias Sarti
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientador

Prof^a. Dra. Carolina Dutra Degli Esposti
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser
Universidade Federal do Santa Catarina
Membro Externo

Aos usuários das PICS e aos profissionais da saúde
promotores de um cuidado integral e potente.

RESUMO

É cada vez mais evidente o uso de medicina alternativa e complementar para tratamento de saúde no mundo. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como são conhecidas no Brasil, buscam estimular os mecanismos naturais de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. A implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no país, desde 2006, é considerada um avanço e um marco importante na introdução de práticas não convencionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, os problemas existentes que dificultam o desenvolvimento dessa política fazem com que a implementação permaneça na periferia do SUS, com pouca perspectiva de entrar no centro do sistema. O presente estudo tem por objetivo a análise do acesso a essas práticas, a partir da escuta dos usuários do sistema público de saúde do município de Vitória-ES. Entendendo que o acesso é um termo impreciso, complexo, com pouca clareza na sua relação com o uso dos serviços de saúde, a pesquisa discutirá essa perspectiva tomando como base o referencial teórico de Frenk, que propõe em uma análise ampliada sistematizar o fluxo dos acontecimentos entre o momento em que a necessidade de saúde é percebida até a efetivação do cuidado, além da determinação da demanda e entrada nos serviços de saúde e a continuidade desse cuidado. É um estudo qualitativo de caráter exploratório que se define no encontro com os usuários envolvidos em uma APS municipal. A amostragem se deu de forma aleatória, totalizando 29 usuários da USF. A coleta de dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas e da observação participante. Após a saturação dos dados, foi realizada a análise na perspectiva do acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e como determinado fenômeno se manifesta nos desejos, nas atividades, procedimentos e interações diárias. Verificou-se, ao alcançar as singularidades das terapêuticas observadas, que mesmo diante da proposta de um modelo de acesso ampliado, não é possível contemplar todas as peculiaridades do acesso às PICS. Foi possível compreender que esse acesso depende da organização do serviço e do tipo de oferta disponibilizada, relacionados ao grau de institucionalização das PICS na rede pública de saúde, e que a entrada do usuário no serviço vai depender, além das características sociais, de características individuais e de aspectos subjetivos.

Palavras-chave: Acesso; Terapias Complementares; Medicina Integrativa.

ABSTRACT

It is increasingly evident the use of alternative and complementary medicine for health treatment in the world. Integrative and Complementary Practices in Health (PICS), as they are known in Brazil, seek to stimulate natural mechanisms for health promotion, disease prevention and health recovery, with an emphasis on welcoming listening, developing the therapeutic link and integrating the being with the environment and society. The implementation of the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) in the country since 2006 is considered an advance and an important landmark in the introduction of unconventional practices in the Unified Health System (SUS). However, the existing problems that hinder the development of this policy mean that implementation remains at the periphery of SUS, with little prospect of entering the center of the system. The present study aims to analyze the access to these practices, based on listening to users of the public health system of the city of Vitória-ES. Understanding that access is an imprecise, complex term, with little clarity in its relation to the use of health services, the research will discuss this perspective based on Frenk's theoretical framework, which proposes, in an extended analysis, to systematize the flow of events between the moment when the health need is perceived until the effectiveness of the care, besides the determination of the demand and entrance in the health services and the continuity of this care. It is a qualitative study of exploratory character that is defined in the encounter with the users involved in a municipal APS. Sampling occurred randomly, totaling 29 USF users. Data were collected through semi-structured interviews and participant observation. After the saturation of the data, the analysis was carried out in the perspective of access to Integrative and Complementary Practices in Health and how a certain phenomenon manifests itself in the desires, activities, procedures and daily interactions. It was verified, when reaching the singularities of the therapeutics observed, that even with the proposal of an extended access model, it is not possible to contemplate all the peculiarities of the access to the PICS. It was possible to understand that this access depends on the organization of the service and the type of offer available, related to the degree of institutionalization of the PICS in the public health network, and that the user's access to the service will depend, in addition to the social characteristics, of individual characteristics and subjective aspects.

Keywords: Access; Complementary Therapies; Integrative Medicine.

AGRADECIMENTOS

Esse momento nos faz refletir sobre todas as pessoas e encontros que fizeram parte dessa trajetória. Registro aqui a minha imensa gratidão por esse tempo de aprendizado na Saúde Coletiva – UFES.

À orientadora, Maria Angélica, por ter demonstrado tanta sensibilidade na acolhida desse tema, ter respeitado meus limites e me ajudado a seguir. Por todo apoio, atenção e carinho. Meu muito obrigada!

Ao meu coorientador, Thiago. Sua presença na pesquisa foi fundamental e definidora de minha potência. Obrigada pela paciência, pela dedicação e cuidado.

À CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado, que viabilizou a dedicação exclusiva a esta pesquisa.

À Rede PICS de Vitória e sua Coordenação, obrigada por acreditar e incentivar esta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e à Escola Técnica do SUS, em especial a Scheila. Obrigada por viabilizarem o campo deste estudo e apoiarem às PICS.

À USF pesquisada, seus profissionais e usuários do SUS, por possibilitarem meu percurso e encontros que me modificaram e me fortaleceram. Eternamente agradecida.

Ao meu grupo de pesquisa – NUPGASC, pelas amizades que construí, pelas maravilhosas discussões e enriquecedores momentos.

Ao Rizoma, grupo de pesquisa do querido Professor Túlio, a quem devo muito de minha trajetória, agradeço toda força, todo apoio, todas as amizades e aprendizados para a vida.

À disciplina “Transdisciplinaridade: Um Encontro de Ideias e Sentidos”, responsável por tantas afecções transformadoras e potencializadoras para esta pesquisa.

A todos os professores do mestrado, em especial aos da área de política. Foi uma honra tê-los comigo e poder levá-los em minha história.

À turma de colegas do mestrado... e todos os momentos de cooperação, união, risadas e cafés!

Ao G8, grupo de estudos formado para o mestrado. Obrigada pela potência construída na paz, na cooperação e carinho. Ao G5, vocês foram peças-chave de minha conquista. Muito obrigada, RizoAmigos!

A Je (Jeanine), um presente que o mestrado trouxe, por todos os momentos que estive ao meu lado, por ser parceira e não medir esforços para estar junto... Minha trajetória não seria a mesma sem você.

Agradeço à amiga-irmã Paôla, maior incentivadora e responsável para o início dessa caminhada. Sempre presente, dando força, sempre cuidando... Suas palavras foram e são essenciais.

Àquelas amigas eternas, Lu e Karol, pela presença, paciência, apoio, carinho...

Ao meu primo Márcio (*in memoriam*), agradeço pelo exemplo de perseverança e dedicação aos estudos. Tenho certeza do quanto adoraria ler e discutir esta produção comigo.

A Marcelo, meu marido, parceiro e amor. Obrigada por compreender minhas ausências e respeitar minhas escolhas, por me apoiar e possibilitar mais essa conquista.

E finalmente, à minha mãe, pai (*in memoriam*) e irmãos, meus maiores exemplos de cuidado, dedicação e ensino! Fortaleza da minha vida.

“Tenho o desejo de realizar uma tarefa importante na vida. Mas meu primeiro dever está em realizar humildes coisas como se fossem grandes e nobres.”

Helen Keller

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Possíveis alcances do conceito de acessibilidade.	39
Figura 2	Disponibilidade de Práticas Integrativas e Complementares nas Unidades Básicas de Saúde de Vitória-ES, 2018.	61
Figura 3	O olhar da pesquisa sobre o acesso aos Sistemas Médicos Complexos.	77
Figura 4	O olhar da pesquisa sobre o acesso aos Recursos Terapêuticos.	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características dos sujeitos participantes da pesquisa	63
Quadro 2	Usuários dos Sistemas Médicos Complexos e a via de acesso	76
Quadro 3	Usuários dos Recursos Terapêuticos e via de acesso	85
Quadro 4	Algumas possíveis diferenças entre os modelos de cuidado	101

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CCS – Centro de Ciências e Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CME – Centro Municipal de Especialidades

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

ES – Espírito Santo

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MA – Medicina Alternativa

MAC – Medicina Alternativa e Complementar

MC – Medicina Complementar

MI – Medicina Integrativa

MS – Ministério da Saúde

MT – Medicina Tradicional

MTC – Medicina Tradicional e Complementar

MT/MCA – Medicina Tradicional/ Medicina Complementar e Alternativa

NCCAM – National Center for Complementary and Alternative Medicine

NCCIH – National Center for Complementary and Integrative Health

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEPICES – Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Espírito Santo

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

RM – Racionalidade Médica

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

SOE – Serviço de Orientação ao Exercício

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 DELINEAMENTO CONCEITUAL.....	18
1.2 O MOVIMENTO DAS PICS NO MUNDO.....	23
1.3 O MOVIMENTO DAS PICS NO BRASIL.....	29
2 A PERSPECTIVA DO ACESSO	36
3 OBJETIVOS	41
3.1 OBJETIVO GERAL.....	41
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
4 METODOLOGIA	42
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	42
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	43
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	44
4.4 PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	45
4.5 COLETA E PRODUÇÃO DE DADOS.....	46
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	48
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1 O PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS PICS EM VITÓRIA.....	50
5.2 O ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.....	62
5.2.1 Os Sistemas Médicos Complexos – Acupuntura e Homeopatia.....	67
5.2.2 Os Recursos Terapêuticos - Do-In, Xiang Gong, Dança Circular, Ioga, Projeto Respiração, Fitoterapia/Chás e Práticas Espirituais.....	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	121
ANEXOS	129

APRESENTAÇÃO

Foi durante meu percurso na prática da Fisioterapia, baseado numa formação mecanicista e médico-dependente, que me deparei com um cuidado em saúde fragmentador e insuficiente para responder a uma demanda complexa e integral. Havia uma distância, uma separação entre o conhecimento teórico adquirido em minha formação e uma aplicabilidade possível na prática.

Essa percepção provocou um “incômodo ético”, a ponto de rever minha prática de cuidado em saúde e assumir a decisão de “abandonar” por um tempo um “fazer” que em mim provocava adoecimento. Segui com estudos direcionados à área administrativa e no cuidado íntimo de familiares próximos e extremamente dependentes da fisioterapia e do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, a “saúde” faz parte de mim. Distanciar-me foi necessário para perceber o quanto estou implicada na afirmação de uma saúde como aposta vital.

Entendo que cuidar é arte, é criação em ato, é permitir encontros para criar possibilidades. Falo do cuidado com escuta, com importância, único, que te leva a profundas análises e aprendizados. Falo de permitir a fala, o desejo e o contato. A fisioterapia é contato. O tratar é baseado em movimentos e estímulos. Não precisa ser instrumentalizada, aparelhada, especializada. São nos elementos mais simples da natureza e do próprio corpo que estão muitos dos alívios e soluções para a produção de saúde.

Uma mudança na direção de minha atuação, que contemplasse a cogestão do cuidado pela via da interdisciplinaridade entre os vários saberes envolvidos e, principalmente, que considerasse/valorizasse o saber daquele que ocupa o lugar “do receptor de cuidado”, era preciso.

Meu reencontro com esse universo no qual a saúde vibra se deu com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como são conhecidas no Brasil. Numa linguagem um pouco diferente, mas em total sintonia com o que eu preconizo para mim e para o outro, a acupuntura, a fitoterapia, os chás e a ioga são, em essência, meus refúgios. O uso de recursos naturais para tratamento de saúde foi, quase sempre, a primeira opção em minha família. Minha avó faleceu aos 100 anos,

tomando chá e fazendo “garrafada” para alívio de suas dores. Lúcida, fez como desejava, segura do que a fazia bem. Minha mãe diz não ter a doença de Parkinson, e sim “estar com” a doença. Mesmo ciente de que a enfermidade é progressiva, vivencia a arte como terapia em suas pinturas, artesanatos e flores de papel, numa relação de potência e pulsão de vida que medicação alguma proporciona. Possui, com a fisioterapia e com os exercícios, o desenvolver da confiança para sua caminhada. Bolas e elásticos a fazem manter e ganhar força. Faz uso de chás que a acalmam e energizam. Massagens são para a melhora dos inchaços e para relaxar. É na saúde que foca(mos) o tratar. É na fé e em orações que ela encontra o conforto.

Hoje, o caminhar na Saúde Coletiva me contempla bons encontros, encontros potencializadores que transformam inquietações de vida em produção de conhecimentos. Minha implicação com um objeto de estudo (Práticas Integrativas e Complementares) ainda não muito explorado e, por vezes, desconhecido, aumenta minhas expectativas e interesses em poder contribuir para seu fortalecimento e institucionalização. Lourau (1993) definiu ao longo de sua obra que a implicação se refere ao nosso envolvimento sempre presente, até de natureza inconsciente, com tudo aquilo que fazemos. Portanto, não direi mais que “estou” implicada com meu objeto, direi que “sou” implicada com ele, há um bom tempo. E afirmo que empregar minha inquietude na pesquisa é a potência de minha própria saúde.

1 INTRODUÇÃO

A inserção de práticas complementares nos sistemas públicos de saúde tem sido muito debatida nacional e internacionalmente. A instituição de saberes “inovadores” tem contribuído significativamente para o desenvolvimento de atividades promotoras de saúde, com enfoque no indivíduo, na prevenção e no cuidado integral. Porém, a incorporação desses novos saberes e práticas ainda é um tema polêmico e encontra muitos desafios nos vários espaços organizacionais.

Desde a antiguidade, as práticas naturais de saúde são exercidas das mais diversas formas e finalidades, se diferenciam entre culturas e histórias e são intercambiáveis entre os povos. Produtos derivados de plantas e minerais são importantes fontes de insumos para tratamentos na área da saúde, sendo o uso da natureza para fins terapêuticos tão antigo quanto a civilização humana (BRASIL, 2012).

Cresce o uso de novas abordagens no que tange à questão do adoecimento e às formas de nele intervir. Juntamente a tais abordagens, tem-se observado uma crescente aceitação de terapias alternativas em nossa sociedade (MELO et al, 2013), sendo cada vez mais evidente, em todo o mundo, e em especial na sociedade ocidental, o uso de sistemas terapêuticos comumente chamados de “medicina alternativa” (LUZ, 2005). O aumento do interesse é por produtos, pelas práticas e por profissionais que se especializam e utilizam esses sistemas (WHO, 2013). Esse modelo alternativo de saúde inclui não apenas as medicinas tradicionais das culturas nacionais (ou mesmo regionais), como também as medicinas tradicionais provindas do Oriente e a medicina homeopática (LUZ, 2005).

Entretanto, o hegemônico no campo da saúde é um modelo biomédico onde a “doença” é o foco principal do tratamento, reproduzindo uma prática fragmentada e instrumentalizada que distancia o sujeito do seu processo de doença, à medida que a fragmentação técnica o cuidado e o desumaniza (TESSER, 2009). Segundo esse modelo, o centro da atenção do profissional é o indivíduo doente, e as ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde (MELO et al, 2013).

É de uma forma marginal que as práticas se diferenciam do modelo dominante e se inserem nesse campo (SOUSA et al, 2017). Essas práticas não convencionais utilizam recursos e sistemas terapêuticos que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde. São baseadas na escuta acolhedora e numa visão mais ampliada do processo saúde-doença, permitindo o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e sociedade. Com uma linguagem singular, própria, esse novo olhar se contrapõe ao modelo hegemônico, fazendo parte de um movimento que se identifica com novos modos de aprender e praticar a saúde, o que pode, inclusive, ser uma das contribuições para seu avanço (TELESI, 2016).

Segundo Luz (2005), mesmo diante do grande desenvolvimento tecnológico e científico do modelo biomédico, a medicina mostra-se incapaz de, sozinha, resolver os problemas e as crises de saúde no mundo, ratificando declarações da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizadas em 1978 durante a Conferência de Alma Ata (NASCIMENTO et al, 2013), o que explica o crescimento da busca por outras racionalidades médicas e o sucesso de sistemas terapêuticos não-biomédicos. Essa autora apresenta discussões aprofundadas sobre essa temática macroanalítica, de natureza político-institucional e socioeconômica, acerca do desenvolvimento desses modelos de “medicinas”.

A Racionalidade Médica (RM), categoria desenvolvida por Luz (1993) em seu grupo de pesquisa na década de 1990, é um assunto que veio inovar a temática das práticas tradicionais na saúde. Essa ferramenta teórica abriu um campo fecundo de conhecimento que permite estudar as relações entre distintos sistemas médicos e suas representações de corpo, saúde, doença e tratamento e a aplicabilidade das medicinas alternativas nos serviços públicos de saúde. Suas contribuições são importantes na medida em que aprofundam os estudos sobre os sistemas médicos complexos e as terapêuticas tradicionais e complementares (LUZ; BARROS, 2012).

Este estudo optou por seguir os conceitos e nomenclaturas recomendados pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS). Nesse documento (BRASIL, 2015), as PICS são categorizadas em Sistemas Médicos Complexos e Recursos Terapêuticos, fazendo referência às definições de Luz (2003) sobre esses termos.

1.1 DELINEAMENTO CONCEITUAL

O termo “Medicina Alternativa e Complementar” (MAC), assim conhecido internacionalmente, é compreendido como um conjunto genérico e heterogêneo que reúne sob uma mesma denominação diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são considerados parte da medicina convencional (TESSER, 2009). A amplitude desse termo, constituída por diferentes conteúdos, dificulta definir um único perfil que o delimite, sendo necessário um esforço no sentido de superar o uso impreciso ou indevido de conceitos fundamentais.

Com relação ao conceito do objeto deste estudo, ressalta-se que não há um consenso na literatura, e sim uma diversidade de termos, palavras e discussões de sentidos, podendo variar em relação ao país, ao momento histórico, ao tipo de tratamento, à intenção, etc. As pesquisas facultativamente elegem um nome para se referirem aos tratamentos não convencionais ou não biomédicos utilizados na saúde e justificam de acordo com suas implicações (SOUSA, 2013). Por conta disso, este estudo tenta trazer alguns dos diversos nomes e significados que se tem conhecimento na literatura atual sobre esses tipos de tratamentos não convencionais de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (2013, p. 15) utiliza em seus documentos mais recentes o termo **Medicina Tradicional e Complementar** (MTC), definindo-os separadamente:

- **Medicina Tradicional (MT)** é o conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não, usadas para manter a saúde e prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças físicas e mentais.
- **Medicina Complementar (MC)** é o conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da tradição ou da medicina convencional de um determinado país, nem são totalmente integradas ao sistema de saúde vigente.

Ressalta-se que em países ocidentais onde o sistema sanitário dominante é o alopático, o termo ‘medicina tradicional’ pode não se referir apenas à denominação designada pela OMS e ser classificado como medicina ‘complementar’, ‘alternativa’

ou ‘não-convencional’ (WHO, 2002), onde todos esses nomes significariam um mesmo tipo de medicina, a não-alopática.

Já o termo “**Medicina Alternativa**” (MA) foi utilizado pela primeira vez em 1962 pela OMS para designar o uso de práticas não-convencionais, tidas como “alternativas” à medicina contemporânea clássica, juntamente aos saberes médicos tradicionais existentes (LUZ, 2005). Isto é, para além dos saberes tradicionais baseados na cultura e crença de uma região, existiriam também saberes inovadores e distintos dos praticados hegemonicamente, sendo utilizados de forma conjunta e denominados de alternativos.

Nesse mesmo período, na década de 60, observou-se o surgimento de movimentos sociais urbanos de contracultura que buscaram, dentre outras coisas, atribuir outro significado ao termo ‘alternativo’. O movimento, que se desenvolveu nos EUA e em países europeus, atingindo os países latino-americanos só na década de 80, buscava instituir políticas alternativas de saúde com características adversas ao modelo biomédico hegemônico (SOUSA, 2013). O objetivo desse movimento na saúde era a utilização de práticas terapêuticas distintas e opostas à medicina científica (LUZ, 2005). Nesse caso, a “alternativa” era, de fato, a mudança da lógica do modelo de saúde, que deveria dar espaço a outros saberes e conhecimentos, com a disseminação de ideias relacionadas à lógica da alternância de tratamentos de saúde.

Segundo Otani e Barros (2008), essa lógica de se assumir ora um, ora outro modelo ou tratamento de saúde trouxe tensões adicionais para esse campo, pois a ideia de alternância implicava numa concepção de troca, substituição. Com isso, a necessidade de um termo mais harmônico, que possibilitasse a associação entre práticas de saúde, de forma que somasse e agregasse conhecimentos aos tratamentos, fez surgir a expressão “**Medicina Complementar**”, no final da década de 80, nos Estados Unidos da América (EUA) e Reino Unido.

Interessante destacar que, com a criação de um termo que complementa e agrega ao invés de dispensar, assumiu-se uma perspectiva mais inclusiva no campo da saúde, possibilitando o surgimento de um novo tipo de profissional que agregaria outras competências e formas de tratamentos e que atuaria ao mesmo tempo e no mesmo local dos profissionais exclusivamente biomédicos (BARROS; OTANI; LIMA, 2010).

Pode-se verificar que, seguindo essa lógica adicional do cuidado, importantes ações foram acontecendo no mundo, aproveitando o destaque do termo “complementar”. Como exemplo, foi criada a *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) em 1998, uma importante agência do Governo Federal dos EUA para pesquisas científicas nessa área, que tornou o termo **Medicina Alternativa e Complementar (MAC)** internacionalmente conhecido. Recentemente (2016), seu nome foi alterado para Saúde Integrativa e Complementar – *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH) (NIH, 2017), substituindo o termo “medicina” por “saúde” em sua denominação, passando também a adotar a expressão “integrativa”.

Como o último adjetivo abordado neste estudo, mas ainda associado à palavra medicina, a **Medicina Integrativa (MI)** é um termo que surge nos anos 2000 como proposta de grupos profissionais norte-americanos e ingleses interessados no conceito de pluralismo terapêutico e em responder a agenda construída pela OMS para os estados-membros (BARROS; OTANI; LIMA, 2010).

Na literatura existem muitas definições de cuidados de saúde “integrativos”, e quase todas envolvem aproximar de forma coordenada as abordagens convencionais (biomédicas) e complementares (não-biomédicas) (NHI, 2017). Há entendimentos que essa noção de integratividade trouxe para a ciência moderna um novo paradigma que prevê a inserção de novas práticas, temas e profissionais nos protocolos convencionais de cuidado, contribuindo para uma proposta inclusiva que pretende valorizar os avanços da biomedicina juntamente com o reconhecimento e atuação de outros saberes de cuidado e cura (BARROS; OTANI; LIMA, 2010).

Sobre o tema da integralidade, Tesser e Luz (2008) discorrem que uma atenção à saúde de qualidade deve considerar as múltiplas dimensões e dar conta das várias complexidades dos problemas das pessoas e da saúde pública, com profissionais que possuam uma abordagem integral, ampla e pluridimensional da saúde individual e coletiva.

Numa revisão de literatura que buscou a definição de Medicina Integrativa, os autores afirmaram que a MI seria a combinação da medicina convencional (biomédica) com medicinas alternativas e complementares, desde que existam “evidências científicas”

que comprovem a eficácia dessas últimas. Essa aproximação estaria diretamente relacionada à efetividade dessas práticas, e teve como finalidade aumentar o leque de opções de tratamento aos pacientes. Seria, portanto, integrativo, aquele tratamento não-convencional que possui evidências científicas que atestam sua efetividade clínica e encontra-se atuante em parceria com a biomedicina (OTANI; BARROS, 2011).

Para aprofundamento nesse entendimento, vale ressaltar a importante influência de Stephen Straus, diretor fundador do NCCAM e um dos idealizadores do termo 'medicina integrativa' no final da década de 1990. Straus afirma e defende que a incorporação desse tipo de prática terapêutica seja baseada em eficácias comprovadas segundo o modelo biomédico científico. Para isso, deve-se utilizar exclusivamente de recursos da medicina alopática para validar a existência ou não dessas outras medicinas, ditas alternativas, e só assim aceitá-las como 'medicina integrativa'. Dessa forma, a incorporação de outras racionalidades ao modelo de saúde hegemônico acontece seguindo ideais dominantes, excludentes e seletivos (KIDD, 2013).

Segundo Feyerabend apud Kidd (2013), existe uma natureza 'oportunista' estabelecida pelo envolvimento biomédico nessa estrutura de atuação. Esse autor considera que a medicina integrativa, da maneira proposta para "aceitação" por Straus, não respeita a integridade de outras racionalidades médicas e, por isso, deve ser rejeitada como um ideal de progresso.

Diante dessa classificação e do que a ciência moderna entende como evidência científica, é interessante buscar compreender as explicações de Boaventura de Sousa Santos (2010) em "Um discurso sobre as Ciências", onde o autor discorre sobre o paradigma dominante em saúde como um modelo totalitário da ciência moderna, que possui como característica fundamental negar a racionalidade de outras formas de conhecimento, como o conhecimento do senso comum e das humanidades. Segundo o autor, esse paradigma afirma os dualismos "ciência/senso comum" e "homem/natureza" e assume a matemática como basilar, o que implica ideias de que conhecer é quantificar, dividir e classificar.

A ascendência da biomedicina na história, e consequente institucionalização da produção dos conhecimentos médicos, resultou em uma marginalização de "outras" formas de medicina. Diante disso, a biomedicina conseguiu estabelecer sua própria base de conhecimento como validado e cientificamente aceito, ganhando, assim, hegemonia, poder e legitimidade na esfera dos cuidados em saúde (SINGER; FISHER, 2007).

Assim sendo, é possível compreender os limites dos pressupostos da biomedicina, ao considerar o que dela escapa como sendo não científico ou não verdadeiro, e entender que não se deve considerar apenas a relação de hegemonia do paradigma dominante na saúde, quando existem outras lógicas, opostas à biomédica. Sabe-se que o paradigma biomédico é a versão hegemônica, predominante na biomedicina. Porém, dizer predominante significa dizer que essa não é a única versão de saúde atualmente existente no conjunto de discursos e práticas (LUZ, 2005).

Todos os conceitos de PICS por esse tópico abordado fazem referência a várias modalidades terapêuticas e filosofias que geralmente são consideradas fora da medicina convencional. Esse processo de evolução foi gradativo e não se limita aos termos escolhidos e conceituados aqui. Levou-se em consideração, nessas seleções, o grau de relevância em nível internacional.

No Brasil, o governo criou o termo Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) para designar os **Sistemas Médicos Complexos e Recursos Terapêuticos** que contemplem uma visão ampliada do processo saúde-doença, voltada à promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado, contribuindo, assim, para o aumento da resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Recentemente, um glossário temático foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) para auxiliar na normatização e descrição de terminologias utilizadas nesse setor da saúde e favorecer a construção de um vocabulário institucional. **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)** foi a terminologia especializada divulgada por esse glossário, e é a adotada por esse estudo (BRASIL, 2018).

Segundo esse glossário (BRASIL, 2018), os sistemas médicos complexos são conjuntos de conhecimentos acumulados sobre a saúde humana que compreendem seis dimensões essenciais: a existência de uma cosmologia, ou seja, uma forma de

apreender e representar a realidade; uma doutrina médica; uma morfologia do corpo humano; uma fisiologia ou dinâmica vital humana; um sistema de diagnósticos, e; um sistema de intervenções terapêuticas. Já os recursos terapêuticos contemplam meios, materiais ou procedimentos utilizados na promoção e na recuperação da saúde; são aqueles instrumentos utilizados pelos diferentes sistemas médicos complexos (BRASIL, 2015).

O conceito de sistemas médicos complexos, adotado pelo Ministério da Saúde, é, na verdade, a definição de **Racionalidade Médica**¹, atribuída por Luz (1993). As seis dimensões categorizadas por essa autora, que definem esse termo, permitem que estudos entre diferentes sistemas médicos, de culturas diversas, possam existir de forma comparativa, paralela e convergente (MOTTA; MARCHIORI, 2013). Para o Ministério da Saúde, a terminologia PICS engloba tanto as racionalidades médicas vitalistas² quanto as práticas terapêuticas ditas integrativas e complementares em saúde (NASCIMENTO et al, 2013).

1.2 O MOVIMENTO DAS PICS NO MUNDO

As estratégias de implantação das práticas de medicina tradicional, aquelas baseadas nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, nos sistemas nacionais de saúde, foram bastante desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), constituindo importante marco técnico e político à Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata (1978), onde criou-se o “Programa de Medicina Tradicional” (WHO, 2013; TELES, 2016) e foi dado início a uma série de incentivos aos estados-membros para a formulação de políticas em defesa dos conhecimentos tradicionais em saúde. A partir desse momento, pode-se afirmar que a Medicina Tradicional e a Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) e seus

¹ Racionalidades Médicas vem a ser um projeto que propôs a comparação das medicinas homeopática, tradicional chinesa, ayurvédica e biomedicina, e buscou demonstrar que distintas racionalidades médicas efetivamente coexistem na cultura atual. A categoria constatou a presença de traços ou dimensões fundamentais dos sistemas médicos estudados, estruturadas em termos teóricos, práticos e simbólicos. Considera-se apenas sistemas médicos complexos, aqueles estruturados segundo as seis dimensões traçadas pelo projeto (NASCIMENTO et al, 2013).

² O paradigma vitalista é aquele que valoriza a subjetividade individual, a prevenção e a promoção da saúde; é centrado na busca de harmonia da pessoa com seu meio ambiente natural e social, considerando como foco a saúde e a integralidade do cuidado (TESSER; LUZ, 2008).

produtos, principalmente plantas medicinais, tornaram-se objeto prioritário na agenda dos formuladores e implementadores de políticas públicas nacionais e internacionais (WHO, 2013).

Sobre o lema “Saúde para todos no ano 2000”, destaca-se nessa conferência internacional a fala do diretor geral da Organização Mundial de Saúde sobre a incapacidade de uma medicina tecnológica e especializante resolver os problemas de saúde de dois terços da população mundial, enfatizando e pedindo aos governos dos países que invistam no desenvolvimento de formas mais simplificadas de atenção à saúde, voltadas à população mais carente (LUZ, 2005).

Importante contextualizar que, nas últimas décadas do século XX, a construção da APS estava sendo debatida. Uma nova perspectiva da saúde internacional passava a ser admitida. Com sua origem inspirada na medicina social europeia e na Constituição da OMS, durante esse período, duas perspectivas de abordagem da saúde se confrontavam: uma que priorizava o uso de tecnologias modernas e ressaltava o papel de liderança dos médicos no controle de doenças endêmicas nos países pobres, e outra que defendia a necessidade de reformas sociais que reduzissem as disparidades sociais e confiava numa aliança interprofissional (incluindo os Agentes Comunitários de Saúde – ACS) (CUETO, 2015).

Além disso, vale ressaltar que a APS foi influenciada pelo Relatório Lalonde, de 1974, que introduz categorias e justificativas na discussão contemporânea sobre políticas de saúde (propunha 4 fatores determinantes da saúde para uma população: biologia, ambiente, estilos de vidas e serviços de saúde) e pelos médicos rurais pés descalços da China comunista, que combinavam a medicina ocidental com a medicina tradicional chinesa, em um momento em que a maioria dos médicos formados nas universidades dos países desenvolvidos considerava a medicina tradicional primitiva e ineficaz (CUETO, 2015).

Entretanto, um novo conceito de APS surgiu nesse contexto: a Atenção Primária à Saúde Seletiva³, que criticava o “Saúde para todos no ano 2000” como declaração

³ Esse conceito surge aproximadamente um ano após o evento mais importante para a promoção da APS, que foi a Conferência Internacional na cidade de Alma-Ata, organizada pela OMS e pelo Unicef (CUETO, 2015).

idealista, pouco realista e vaga, apontando para definições de estratégias de saúde mais delimitadas e menos abrangentes, de perspectiva tecnocrática (CUETO, 2015).

Outro importante marco histórico nesse processo é a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Otawa, Canadá, e, posteriormente, as outras conferências internacionais (Adelaide, Sundsvall, Jacarta, México e Bangkok). Duas grandes perspectivas são observadas em relação à promoção da saúde: ênfase na importância das mudanças de estilo de vida por parte dos indivíduos e melhoria nas condições de vida da sociedade por meio de políticas públicas (CUETO, 2015).

A recente Declaração de Astana, de 2018, outro marco muito importante que concentrou os esforços nos cuidados primários de saúde, afirma que o êxito da APS depende de utilizar conhecimentos, tanto científicos quanto tradicionais (ressalva no que se entende por científico!) (WHO, 2018).

Assim sendo, Giovanella (2008) afirma que há diferentes concepções de APS implementadas e condicionadas pelo modelo de proteção social à saúde de cada país, com o modelo seletivo de APS hegemônico para os países em desenvolvimento. Essa discussão traz grandes impactos para as implementações de políticas públicas pelo mundo, pois a tensão entre expandir cobertura apenas com cuidados básicos ou garantir serviços robustos, diversificados e resolutivos estará sempre presente na consolidação de sistemas universais e direcionadas por forças políticas em cada momento histórico.

A Organização Mundial da Saúde, em consonância com suas declarações, produziu documentos específicos para medicina alternativa e tradicionais, para que países membros conseguissem desenvolver tratamentos de saúde economicamente mais acessíveis, enfatizando a colaboração com pessoal não médico e a participação da comunidade (CUETO, 2015). O primeiro – Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional para 2002-2005 – definiu e apresentou uma revisão global do uso da medicina tradicional, contemplando seus diagnósticos, desafios e potencialidades, assim como o papel e os objetivos da OMS e seu plano estratégico. O segundo documento – Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023 – relata a evolução dessas práticas em nível mundial, define o rumo a se tomar para os próximos dez anos, bem como aborda questões relacionadas à avaliação, regulação e

integração das Medicinas Tradicionais e seu potencial de uso em benefício da saúde (WHO, 2013).

Nos últimos anos, os países estabeleceram ou desenvolveram políticas e regulamentações nacionais e regionais destinadas a promover o uso seguro e eficaz dessa Medicina Tradicional e Complementar (WHO, 2013), sendo importante destacar que esse é um movimento que se dá na direção contrária das agências internacionais de saúde. De acordo com Otani e Barros (2011), esse movimento de busca de um modelo mais alternativo em saúde foi mundialmente intensificado na década de 60, e contribuíram para ele fatores como a mudança do perfil de morbimortalidade, o aumento da expectativa de vida, críticas à relação assimétrica de poder entre médicos e pacientes, consciência de que a medicina convencional é deficiente para solucionar determinadas doenças, especialmente as crônicas, e a insatisfação com o funcionamento do sistema de saúde moderno.

Em muitos países existem formas tradicionais ou indígenas de tratamentos que fazem parte da cultura e da história local. Algumas formas de medicina tradicional, por exemplo a medicina tradicional chinesa e ayurveda, que são populares em nível nacional, também são praticadas em todo o mundo. Ao mesmo tempo, algumas formas de medicina complementar são amplamente utilizadas, a saber, medicina antroposófica, quiropraxia, homeopatia, naturopatia e osteopatia (WHO, 2013).

Segundo dados da OMS, poucos são os países onde a Medicina Alternativa e Complementar está completamente incorporada no sistema de saúde. A China e a Coreia são bons exemplos da integração e valorização dessas medicinas. Na China, 90% dos hospitais contam com serviços de atendimento de medicina tradicional e a medicina chinesa é praticada paralelamente com a medicina convencional, em todos os níveis de serviços de saúde. Sobre esse país, em especial, vale ressaltar que os cuidados à saúde sofreram fortes impactos devido às inúmeras transformações na sua forma de organização centralizada, preventiva, coletiva e universal, no período de Mao Tsé-Tung. Na China de Jiang Zemin observou-se que a saúde alcançou um alto nível de deterioração em relação ao acesso, cobertura e financiamento, e somente na gestão de Hu Jintao houve a tentativa de retomar alguns dos princípios maoístas à saúde como universalidade, promoção da saúde pública e prevenção de doenças importantes (ILHA, 2018).

Na República da Coreia, os médicos que praticam a medicina tradicional coreana podem exercê-la em hospitais e serviços públicos ou privados. O país possui um programa nacional de seguro médico que inclui serviços de medicina tradicional coreana desde 1987 (WHO, 2013).

Ainda segundo a WHO (2013), na maioria dos países essas práticas estão parcialmente integradas ao sistema nacional de saúde. A Suíça foi o primeiro país da Europa a realizar essa integração. Um quinto dos europeus usa regularmente algum tipo de tratamento complementar, e uma proporção similar prefere cuidados de saúde que incluem essas práticas. Mais de 100 milhões de europeus atualmente as utilizam, porém, o número de usuários de práticas complementares na saúde é muito maior na África, Ásia, Austrália e América do Norte.

Nos países asiáticos, a Malásia utiliza amplamente as formas tradicionais de medicina malaia, chinesa e indiana. No Japão, cerca de 60-70% dos médicos alopatas prescrevem a medicina de ervas japonesa. No Reino Unido, 40% dos médicos oferecem algum tratamento alternativo, e na Austrália, a taxa de utilização é de 46%. Já nos países latino-americanos, 71% da população do Chile e 40% da população da Colômbia utilizam a MT/MAC (WHO, 2002).

Com relação aos gastos com essas práticas terapêuticas, em países como Estados Unidos da América, Austrália, Canadá e Reino Unido, eles têm sido expressos em milhões de dólares. Um aumento expressivo de dinheiro investido numa medicina contra-hegemônica pode justificar o fato de essas práticas passarem a ser uma relevante questão da saúde pública mundialmente discutida, com o reconhecimento e interesses de governos, agências internacionais e entidades sanitárias (ANDRADE; COSTA, 2010).

Em 2012, os EUA gastaram US\$ 30,2 bilhões (US\$28.3 bilhões com adultos, e US\$1.9 com crianças) em tratamento com práticas de saúde complementares, tais como fitoterapia, meditação, quiropraxia e ioga. Esse dado é resultado de uma análise realizada pelo *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM).

Em muitos países desenvolvidos, o crescente uso dessas medicinas está relacionado à existência de múltiplos fatores, além da tradição e do baixo custo. As preocupações com os efeitos adversos das drogas químicas, maior acesso público à informação de

saúde e mudanças nos valores culturais são algumas delas. Ao mesmo tempo, uma maior expectativa de vida traz consigo um risco maior de desenvolver doenças crônicas e debilitantes, com tratamentos e tecnologias pouco eficazes na medicina convencional, com muitos efeitos colaterais e pouca solução satisfatória (WHO, 2002).

Existe uma insatisfação popular crescente no mundo contra a imperante medicina mecanizada, altamente especializada e fragmentadora do cuidado (OTANI; BARROS, 2011). Essa insatisfação se deve, para Tesser (2009), a basicamente três tipos de características da abordagem biomédica: os limites diagnósticos, os limites terapêuticos e as iatrogenias. Como consequência desse desencantamento com a medicina convencional, aumentam-se as procuras por formas mais alternativas de tratamento.

Vale ressaltar que, na última década, houve um aumento de registros sobre o autocuidado na saúde. Foi notado um maior interesse do sujeito sobre acontecimentos referentes à própria saúde e a adoção de tratamentos mais naturais, por serem considerados mais seguros (WHO, 2013). Ao contrário do modelo biomédico, a adoção de medicina integrativa e complementar, com ênfase na autogestão e no autocuidado, faz com que pacientes adquiram maior responsabilidade no controle da saúde, podendo ser uma estratégia de suporte governamental, particularmente para pacientes portadores de doenças crônicas (SHEPPARD, 2015).

Porém, há muitos fatores que possibilitam uma reduzida confiança nesse tipo de terapêutica. A forma de surgimento dessas práticas é uma delas. Sofrem forte influência das condições culturais e históricas, além de possuírem suas bases comuns numa abordagem holística da vida, num equilíbrio entre a mente, o corpo e seu meio ambiente. Bem distinta da biomedicina, essa singularidade contribui para a descrença. Como consequência, a falta de apoio às pesquisas nessa área resulta na falta de dados científicos e na ausência do desenvolvimento de uma metodologia que avalie segurança, eficácia e qualidade (WHO, 2002a).

Ainda com relação à credibilidade na saúde, Tesser (2009) esclarece que existe uma dificuldade epistemológica e política, pois esses tipos de práticas e racionalidades sofrem restrições e subvalorizações na saúde, que podem ser atribuídas ao monopólio do saber pela ciência, detentora de verdades e de poder para desprezar ou não

considerar outras verdades que não as dela. Dessa forma, a biociência e a biomedicina dominam a área da saúde através das instituições e corporações com grande força política, sendo essa última responsável por reduzir algumas das técnicas desse tipo de medicina integrativa e complementar “a procedimentos e terapias isoladas, absorvendo-as aos pedaços e transformando-as” (TESSER, 2009, p. 1740).

1.3 O MOVIMENTO DAS PICS NO BRASIL

As discussões sobre as PICS no Brasil começaram a despontar no final da década de 70, impulsionadas pelas recomendações da OMS, que incentivava, por meio de comunicados e resoluções, os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas de saúde para o uso racional e integrado das práticas de saúde tradicionais dos países (BRASIL, 2015).

Os debates sobre esse tema no país coincidiram com o período de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o acontecimento da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que em seu relatório final propôs “a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida” (NASCIMENTO et al, 2013). Importante ressaltar que essa conferência foi um marco que legitimou e deu visibilidade às demandas da população por uma nova cultura que questionasse o modelo biomédico hegemônico, excludente de outras formas de produção de cuidado e práticas de saberes (BRASIL, 2018a).

O contexto histórico do final da década de 70, quando o mundo ingressou num movimento de globalização conceituado como pós-modernidade, possibilitou o aparecimento da homeopatia nas discussões de saúde e contribuiu para o seu fortalecimento por toda a década de 80, quando uma nova ordem social fomentou a aquisição de novos valores e mudanças, inclusive na saúde, abrindo espaço na abordagem da integralidade na atenção à saúde (FIGUEIREDO; MACHADO, 2011).

A consolidação da homeopatia no Brasil se dá nessa época, através da Resolução n.º 1.000/1980, com a inclusão dessa racionalidade no rol de especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). A partir daí, alguns

municípios brasileiros iniciaram a oferta dessa terapêutica aos usuários dos seus serviços de saúde. O advento do SUS nesse período pode ser considerado decisivo, ao impulsionar a ampliação da oferta de atendimento homeopático em todo o país, passando a ser uma possibilidade terapêutica cada vez mais em expansão (FIGUEIREDO; MACHADO, 2011).

Além da construção da política ter sido norteadada pelas recomendações da OMS e por manifestos das Conferências Nacionais de Saúde, desde 1988, ela foi motivada por uma crescente demanda popular e necessidade de efetiva incorporação ao SUS (BRASIL, 2015).

Em conjunto com gestores de saúde, entidades de classe, conselhos, academia e usuários do SUS, o Governo Federal realizou debates, com a formação de grupos de trabalho, sobre a elaboração de uma política pública permanente que abordasse uma visão ampliada do processo saúde-doença, a promoção global do cuidado humano, além de mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde (BRASIL, 2018a).

Nesse período, o Ministério da Saúde produziu um diagnóstico nacional da oferta dessas práticas no SUS. Em 2004, um questionário foi enviado para os gestores municipais e estaduais de saúde do Brasil com o objetivo de investigar a situação das PICS na rede de saúde do país. Essa pesquisa está descrita na PNPIC, e seu resultado contribuiu para a elaboração da própria política e outras definições posteriores. Destacam-se como resultados (BARROS; SIEGEL; SIMONI, 2007):

- ❖ As PICS mais frequentes realizadas pelo SUS eram Reiki, Xiang Gong (Treinamento Perfumado), Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura;
- ❖ A oferta das PICS estava preferencialmente na Atenção Básica;
- ❖ A capacitação dos profissionais era realizada normalmente no próprio serviço;
- ❖ Apenas 9,6% dos medicamentos homeopáticos e 35,5% dos fitoterápicos são distribuídos por farmácias públicas;
- ❖ Apenas 6% do total de municípios e estados possuíam Lei ou Ato Institucional criando serviços de PICS.

Em 2006, o Ministério da Saúde edita a Portaria n.º 971 e aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que insere a Medicina

Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Homeopática, Medicina Antroposófica, Fitoterapia e Termalismo no SUS, visando contribuir para o fortalecimento dos princípios fundamentais desse Sistema, permitindo a continuidade do seu processo de implantação, além de estimular estados e municípios a formularem suas políticas de PICS e recomendar a implementação de ações e serviços relativos a esse tema (BRASIL, 2006a). O documento da PNPIC apresenta sua segunda edição, desde 2015, com o nome de “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso” (BRASIL, 2015).

A construção desse novo documento de 2015 atendeu, sobretudo, à necessidade de se conhecer e incorporar experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, mas que, devido à falta de diretrizes específicas, se davam de modo desigual, descontinuado, sem o devido registro e avaliação (BRASIL, 2015). Sua publicação é considerada um avanço e um marco importante na introdução de práticas não convencionais no SUS, permitindo que saíssem da marginalidade e entrassem na periferia do sistema (SOUSA et al, 2017). Entretanto, para esses autores, a política possui mais de uma década de formulação e o problema da implementação segue fazendo com que ela permaneça na periferia do SUS, com pouca perspectiva de entrar no centro do sistema. O problema do subfinanciamento persiste, ratificando o fato de nunca ter existido recursos pré-definidos. O importante movimento de potencializar a institucionalização das PICS no centro do SUS é também muito importante para a integralidade da saúde e universalidade do acesso.

Em relação aos objetivos da PNPIC para o SUS, ressaltam-se: (i) a incorporação e implementação das PICS no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; (ii) a contribuição ao aumento da resolubilidade e a ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; (iii) a promoção da racionalização das ações de saúde; (iv) o estímulo das ações de controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2015).

No que diz respeito às diretrizes da PNPIC, foram nomeadas 11 principais, com o fim de definir estratégias de inserção, gestão e avaliação das práticas complementares no SUS, quais sejam: 1. estruturação e fortalecimento da atenção; 2. desenvolvimento de qualificação para profissionais; 3. divulgação e informação de evidências para profissionais, gestores e usuários; 4. estímulo às ações intersetoriais; 5. fortalecimento da participação social; 6. acesso a medicamentos; 7. acesso a insumos; 8. incentivo à pesquisa sobre eficiência, eficácia, efetividade e segurança; 9. desenvolvimento de acompanhamento e avaliação; 10. cooperação nacional e internacional; 11. monitoramento da qualidade (BARROS; SIEGEL; SIMONI, 2007).

Além das responsabilidades institucionais para as três esferas de governo, a política também preconiza, como diretriz específica, a atuação multiprofissional e participação popular em todas as etapas de implementação (BRASIL, 2011).

Recentemente, duas outras portarias foram editadas para incluir novos sistemas e recursos terapêuticos no SUS. A Portaria n.º 849, de 27 de março de 2017, incluiu Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e loga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2017). Em 2018, nova Portaria, de n.º 702, acrescenta Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Medicina Antroposófica/Antroposofia aplicada à saúde, Ozonioterapia, Terapia de Florais e Termalismo Social/crenoterapia (BRASIL, 2018b).

Segundo dados do Ministério da Saúde, as PICS estão presentes em quase 56% dos municípios brasileiros, distribuídas pelos 27 estados e Distrito Federal e em todas as capitais do país, principalmente nas regiões Sul e Nordeste. A oferta dessas práticas encontra-se em 9.350 estabelecimentos públicos de saúde, sendo 78% dessa oferta localizada na APS, sobretudo na Estratégia Saúde de Família (ESF) e nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), cerca de 18% estão na média complexidade (clínicas especializadas e policlínicas), e 4% no cuidado hospitalar e de alta complexidade (BRASIL, 2019).

Ainda segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), ocorrem mais de 2 milhões de atendimentos de PICS em UBS pelo país, onde mais de 1 milhão são voltados para a Medicina Tradicional Chinesa, 85 mil são realizados com fitoterapia, 13 mil atendimentos são de homeopantias, e 926 mil são de outras práticas integrativas que não possuíam código próprio para registro.

É importante salientar que há um aumento gradual de diferentes PICS de abordagem corporal ou psicocorporal, tais como tai chi chuan, liangong, liankun, xiang gong, do-in, tui-na, ioga, reiki, meditação, terapia comunitária, biodança e osteopatia. Algumas utilizam a arte como parte constitutiva de seus procedimentos: música, teatro, artes plásticas, dança e preenchem lacunas do sistema biomédico quanto à resolutividade terapêutica de seus serviços (NASCIMENTO et al, 2013).

Numa lógica em que promover saúde é possibilitar o tratamento e a cura de doenças, muito se fala na importância da integração das PICS à APS, com vistas a potencializar o aspecto da promoção, uma vez que essas práticas envolvem, além da promoção de saúde, o cuidado e a prevenção de adoecimentos (LIMA; SILVA; TESSER, 2014). Assim, é possível considerar a inserção das PICS na APS uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde da população (SANTOS; TESSER, 2012).

Todavia, apesar dos importantes e crescentes progressos relacionados às PICS nos últimos anos, existem muitos problemas que dificultam a manutenção do seu desenvolvimento e a devida instituição de sua política nos sistemas públicos de saúde, sendo a incorporação dessas práticas nos cuidados primários (APS), no contexto nacional, um grande desafio para a efetivação da integralidade nesse campo, assim como a qualificação de seus profissionais, a eficácia e efetividade das técnicas aplicadas e a segurança ofertada pelos seus produtos e serviços (WHO, 2013).

Para Santos e colaboradores (2011), o desenvolvimento da política conta com a participação de poucos atores, e isso dificulta o fortalecimento institucional e a continuidade de todo o processo de implantação. Já Otani e Barros (2011) vão elencar como barreiras para a implantação das PICS no SUS os seguintes elementos: o tempo das consultas; o número de profissionais e o fluxo de pacientes; a falta de evidências científicas; as disputas organizacionais; a mudança na abordagem pessoal; o maior

tempo para se observarem os efeitos das técnicas não convencionais, e; o pequeno investimento em pesquisas.

Sousa e Tesser (2017) verificaram a presença de uma lacuna nas políticas dos municípios quanto ao papel dessas práticas na rede de saúde, e também a ausência de uma agenda institucional e de financiamento que garanta maior sustentabilidade, por exemplo, dotação orçamentária específica.

A PNPIC, ao enfatizar a APS como nível prioritário de inserção das PICS, visa contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e fomentar o cuidado continuado, humanizado e integral (BRASIL, 2006a). Contudo, sabe-se muito pouco sobre as formas de organizar, adaptar e incluir as PICS no SUS, tanto na APS quanto em outros serviços de apoio matricial e/ou de referência (atenção secundária, serviços especializados), seja em decorrência da insuficiência de dados de produção e de pesquisas, seja por conta das limitações no controle dessas práticas, entre outras (LIMA; SILVA; TESSER, 2014). Isso contribui para dificultar as iniciativas e esforços relacionados à implantação das PICS na rede pública de saúde, considerado um desafio aos gestores públicos, tornando lento o processo de expansão das PICS no Brasil (SANTOS; TESSER, 2012).

A análise das PICS têm sido cada vez mais valorizadas ao longo do processo de aprimoramento do sistema de saúde brasileiro, tornando-se gradativamente reconhecidas como uma atividade essencial para o redirecionamento de políticas de saúde. Embora avaliações do Ministério da Saúde indiquem avanços na institucionalização das experiências com as PICS no SUS, há lacunas com relação à análise do processo de implementação da PNPIC, em especial na perspectiva dos usuários dos sistemas, que é imprescindível para o aprimoramento das políticas de saúde direcionadas à garantia dos princípios constitucionais da universalidade de acesso e integralidade do cuidado.

Ressalta-se que nas pesquisas nacionais sobre as PICS ainda prevalecem análises específicas sobre o uso pela população (MARQUES et al, 2011), sendo poucos os estudos sobre o acesso em sua forma mais ampla, correspondendo à sistematização do fluxo dos acontecimentos entre o reconhecimento da necessidade de saúde,

considerando a busca pelo serviço até a efetivação (início e continuidade) dos cuidados necessários.

Nesse cenário, a análise do acesso às práticas integrativas e complementares, com foco nos fatores que influenciam a entrada dos usuários nos serviços de saúde e, por consequência, a utilização destes, poderá demonstrar nuances sobre as potencialidades e fragilidades da regionalização da atenção, tal como proposta pela PNPIC no SUS.

Importante ressaltar que questões de qualidade do serviço surgem somente quando são rompidas suas barreiras do acesso, ou seja, quando um número expressivo de usuários tem acesso aos serviços de saúde e atinge o que Teixeira (2005) denomina “virtual acessibilidade universal”. Segundo esse autor, até atingir esse limiar, o foco do tensionamento encontra-se predominantemente sobre a quantidade de serviços ofertados. Nesse sentido, entende-se que esta análise traz para o centro do debate a melhoria do acesso às práticas integrativas e complementares, a efetivação da integralidade e a procura pela diminuição das barreiras ao acesso.

2 A PERSPECTIVA DO ACESSO

O acesso é um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de saúde (MENDES, 2010), considerado por Thiede e McIntyre (2008) como a liberdade para usar esses serviços, já que depende do grau de informação do usuário como determinante na escolha do serviço. Pode ser apontado como a primeira fase a ser superada pelo usuário na busca do atendimento à saúde, como destacam Andersen e Newman (1973), sendo a acessibilidade o elemento estrutural para que as pessoas cheguem a esses serviços e obtenham o primeiro contato com a atenção (STARFIELD, 2002).

A análise do acesso aos serviços de saúde apresenta diferentes abordagens e exige a definição do que seja o acesso, juntamente com a busca de um modelo explicativo que possa mensurá-lo (ASSIS; JESUS, 2012). Para Frenk (1992), acesso é o conjunto de características de uma população que permite a busca e a obtenção de determinado serviço, sendo a acessibilidade a representação do grau de ajuste entre as características da população e as relativas aos serviços de saúde (THIEDE; McINTYRE, 2008; ESPOSTI, 2015).

Existem diversos conceitos na literatura (TOLEDO, 2014), e sua terminologia varia entre acesso e acessibilidade, podendo ser empregadas das duas formas entre os estudiosos, muitas vezes de forma ambígua. Para esta pesquisa foi definida a utilização do termo “acesso”, já que a maioria dos autores atribuem um domínio mais amplo ao conceito de acesso, incluindo análise tanto dos recursos quanto da população que os utiliza (FRENK, 1992).

Ressalta-se que é um termo impreciso, complexo em sua definição e com pouca clareza na sua relação com o uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). A evolução do conceito tem focalizado em aspectos relacionados ao sistema de saúde e à população que o utiliza (SANCHEZ; CICONELLI, 2012), se consubstanciando no arranjo entre estes três fatores: serviço, indivíduo e comunidade (ESPOSTI et al, 2015; ASSIS; JESUS, 2012).

Numa importante conceituação, o acesso é entendido como multidimensional, onde cada dimensão reflete um conjunto de atributos da oferta, que interfere na capacidade

dos usuários de utilizarem os serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). A compreensão multidimensional engloba características sociais e políticas, presentes nas formulações e execuções de políticas de saúde (THIEDE; McINTYRE, 2008), visto que a acessibilidade aos serviços extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, cultural e funcional, relacionados às condições de vida da população (UNGLERT, 1990).

Para Andersen e Newman (1973), na análise do uso dos serviços de saúde como expressão positiva do acesso, os fatores individuais são de extrema importância, pois influenciam o uso desses serviços e, portanto, o acesso. Esses autores esclarecem que o acesso é mediado por três fatores individuais: fatores predisponentes (variáveis sociodemográficas), capacitantes (meios disponíveis para acesso) e determinantes (necessidade de saúde do indivíduo). Numa outra fase dos estudos, Andersen e Newman (2008) avançam nos conceitos e destacam que para se analisar a utilização dos serviços de saúde deve-se levar em consideração, além dos determinantes individuais, também os determinantes contextuais, tais como a organização dos serviços de saúde e o processo do cuidado médico, incluindo aí a relação profissional-usuário.

Numa perspectiva de categorização, Thiede, Akewengo e McIntyre (2014) definem que o acesso é formado por três dimensões interrelacionadas: a disponibilidade, a capacidade de pagar e a aceitabilidade. Além disso, a dimensão da informação atravessaria todas as outras dimensões, constituindo-se como facilitadora ou como barreira na utilização dos serviços de saúde. Destaca-se que a dimensão da informação é considerada o grau de assimetria entre o que o usuário tem como conhecimento e o que o profissional de saúde acredita conhecer. A informação é essencial para que um potencial acesso transforme-se em uso de serviços (THIEDE; KEWENGO; McINTYRE, 2014; SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Segundo Sanchez e Ciconelli (2012), a disponibilidade traduz a entrada no sistema de saúde, com a possibilidade de análise da efetividade dos serviços de saúde. Essa dimensão relaciona-se à existência (ou não) do serviço de saúde, no momento em que é demandado e no local apropriado, englobando a relação geográfica dos usuários e os serviços de saúde, o horário para realização de consultas, os sistemas de marcação e a oferta de serviços relacionada às necessidades da população

(ESPOSTI et al, 2015; THIEDE; AKEWENGO; MCINTYRE, 2014; SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A capacidade de pagamento expressa a relação entre o custo e a capacidade dos usuários em custear, direta ou indiretamente, a utilização dos serviços de saúde. Inclui o custo com medicamentos, despesas com exames, consultas, custo de transporte, alimentação e, também, os custos indiretos, como a diminuição do rendimento do usuário em virtude da espera pelo atendimento (ESPOSTI et al, 2015; THIEDE; AKEWENGO; MCINTYRE, 2014; SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Já a aceitabilidade abrange o subjetivo e relaciona-se aos fatores culturais e sociais, compreendendo o modo como os serviços prestados são percebidos pelos usuários e população que os utiliza. Essa dimensão é definida pela relação entre os profissionais e a expectativa dos usuários, pela influência de fatores como idade, sexo, etnia e condições socioeconômicas (ESPOSTI et al, 2015; THIEDE; AKEWENGO; MCINTYRE, 2014; SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Ainda segundo os modelos teóricos que discutem o conceito de acesso aos serviços de saúde, o modelo descrito por Frenk (1992) sugere como possibilidade de análise sistematizar o fluxo dos acontecimentos do acesso de três formas, categorizadas nas seguintes dimensões: restrita, intermediária e ampliada. Para esse autor, partindo da necessidade de saúde do indivíduo, a dimensão ampliada do acesso considera a influência do desejo na busca e utilização do cuidado até a continuidade desse cuidado, como uma das sugestões de análise de acesso.

Assim sendo, Frenk atribui à acessibilidade (termo utilizado por esse autor) três dimensões possíveis de análise. Descreve a busca pelos serviços de saúde – demanda –, e a conseqüente utilização destes, como representação do domínio restrito. No domínio intermediário, acrescenta a continuidade do cuidado ao processo de busca e utilização. Já no domínio ampliado, o desejo de cuidado será determinante de todos os outros acontecimentos. (FIGURA 1)

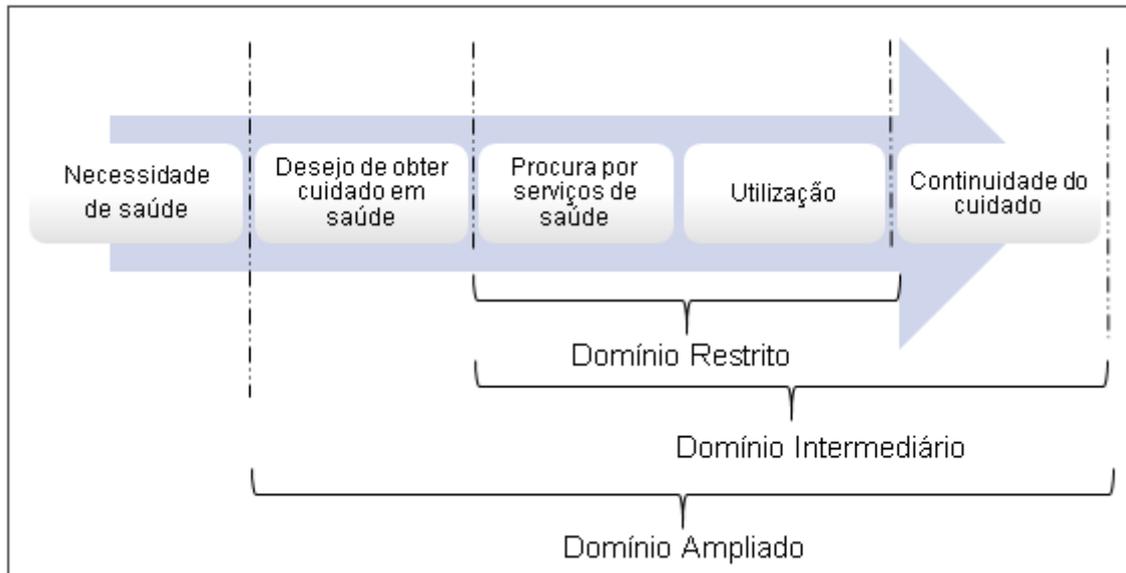


FIGURA 1: Possíveis alcances do conceito de acessibilidade

Fonte: Adaptado de Frenk (1992).

Nesse contexto, ainda é importante ressaltar que as barreiras de acesso representam particularidades das ofertas de serviços, facilitando ou dificultando a capacidade dos usuários de utilizarem a atenção à saúde. Segundo Travassos e Castro (2012), podem ser definidos como barreiras de acesso aos serviços de saúde fatores geográficos, financeiros e organizacionais. Essa categorização é semelhante à utilizada por Frenk (1992), em que as resistências (obstáculos) são classificadas em ecológicas (geográficas), financeiras e organizacionais, podendo este último obstáculo ser subdividido em barreiras organizacionais no ponto de entrada e barreiras dentro da instituição de saúde.

O nível de informação em geral está relacionado com o nível educacional dos indivíduos e é determinante do acesso individual aos recursos sociais e, portanto, aos cuidados com a saúde. Com relação às barreiras de informação, elas podem “determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 263). De acordo com Travassos e Castro (2012), elas impactam tanto na percepção de saúde dos usuários quanto em seu acesso, resultando em desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde.

Essas desigualdades também devem ser consideradas quando se tratam de barreiras financeiras ao acesso, pois os gastos, tanto diretos quanto indiretos, para o usuário

acessar um determinado serviço são desfavoráveis aos mais pobres, aumentando essa desigualdade. A universalização do acesso pode ser uma forma de redução dessas barreiras financeiras (ESPOSTI et al, 2015). Assis e Jesus (2012) acreditam que as desigualdades sociais em saúde são um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme estabelecem seus princípios e diretrizes.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no serviço público de saúde do Município de Vitória-ES, na perspectiva dos usuários.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Descrever o processo de organização da oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no município de Vitória-ES;
- 3.2.2 Compreender as necessidades e os desejos de cuidado dos usuários que os possibilitem a procurar e obter experiências com as práticas integrativas e complementares no sistema público de saúde do município de Vitória-ES;
- 3.2.3 Conhecer o processo de busca e utilização das práticas integrativas e complementares, sob a ótica dos usuários, numa unidade básica de saúde no município de Vitória-ES;
- 3.2.4 Identificar os facilitadores e as barreiras de acesso às práticas integrativas e complementares, sob a ótica dos usuários, no município de Vitória-ES.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este trabalho é um estudo com abordagem qualitativa de caráter exploratório, que se define no encontro com os usuários da APS municipal, a fim de analisar a perspectiva do acesso às Práticas Integrativas e Complementares.

Inscrive-se em um conjunto de elaborações teóricas e metodológicas em torno dos fatores relacionados ao acesso, segundo os domínios de Frenk (1992), por meio dos seguintes pontos ajustados para analisar o acesso às PICS numa Unidade Básica de Saúde: (1) Contexto da porta de entrada no serviço (desejo de cuidado e demanda/busca pelas práticas integrativas e complementares); (2) Utilização das práticas integrativas e complementares (oferta, sistema de atendimento, critérios de marcação e desmarcação de consultas) e dinâmica interrelacional entre equipe e usuário; (3) Continuidade do cuidado e encaminhamentos para outros serviços, e; (4) Facilidades e barreiras de acesso às práticas integrativas e complementares.

O interesse do pesquisador na abordagem qualitativa está em verificar como determinado fenômeno se manifesta nas atividades, procedimentos e interações diárias. O ambiente e as pessoas nele inseridas não são reduzidos a variáveis, mas observados como um todo (GODOY, 1995). O reconhecimento e a análise de diferentes perspectivas e as reflexões dos pesquisadores a respeito de suas pesquisas como parte do processo de produção de conhecimento são aspectos essenciais de uma pesquisa qualitativa (FLICK, 2009).

Para Fontanella, Ricas e Turato (2008), a abordagem qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os seres humanos fazem de como vivem, sentem e pensam. Além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Dessa forma, a pesquisa qualitativa proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo (MINAYO, 2007).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no âmbito da rede de ações e serviços públicos que compõem a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Vitória, capital do estado do Espírito Santo (ES).

O Estado do Espírito Santo (ES) possui uma população estimada, para o ano de 2018, de 3.972.388 habitantes (IBGE) e uma extensão territorial de 46.089,390 km², compreendendo duas regiões naturais distintas: o litoral e o planalto (ESPÍRITO SANTO, 2018). Vitória é constituída por uma ilha principal, juntamente com outras 34 ilhas e uma porção continental, localizando-se na maior região urbanizada do ES. Apresenta uma população de 358.267 habitantes, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2018, e densidade demográfica de 3.338,30 habitantes por quilômetro quadrado (VITÓRIA, 2017).

Vitória apresenta um crescimento populacional concentrado em área urbana e, de acordo com a última análise situacional do Plano Municipal de Saúde (2017), o município vem apresentando um novo padrão sociodemográfico. Esse padrão tem como característica a redução da taxa de crescimento populacional e grandes mudanças em sua estrutura etária, com uma significativa redução proporcional de sua população mais jovem e aumento do contingente de idosos, acarretando mudanças no perfil de morbimortalidade da população e impactos nas políticas públicas.

Vitória compreende um dos 20 municípios da Região Metropolitana de Saúde do estado do Espírito Santo. A organização da atenção à saúde no município abrange seis (06) regiões, a saber, Região 1: Santo Antônio, Região 2: Maruípe, Região 3: São Pedro, Região 4: Forte São João, Região 5: Continental, Região 6: Centro, e vinte e nove Territórios de Saúde adscritos a suas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Também fazem parte dessa estrutura 15 Módulos de Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), localizados em orlas, praças, parques e outros espaços públicos da cidade, e dois Centros Municipais de Especialidades: o de Vitória e o de São Pedro. Outros equipamentos de saúde também fazem parte da rede de serviços municipais, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial e diversos Centros de Referências e atenção especializada (VITÓRIA, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) está presente em 22 das 29 UBS disponíveis no município, totalizando 78 equipes de ESF em exercício, com uma cobertura populacional de aproximadamente 80% e cobertura de equipes de atenção básica em torno de 88% (agosto de 2017), tomando como base a população estimada para 2016. Vitória possui ainda oito (08) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo I, implantados de forma a integrar a Rede de Atenção à Saúde e apoiar a equipe de Saúde da Família (VITÓRIA, 2017).

A escolha da Unidade de Saúde pesquisada foi definida na entrevista com um ator-chave no processo de implementação da política no município (APÊNDICE B). A USF escolhida é, baseado na entrevista, a mais desenvolvida em oferta de práticas corporais no município, com profissionais efetivos (servidores concursados) e devidamente capacitados e engajados no desenvolvimento da política de PICS. Localiza-se na Região 6 – Centro, que administrativamente possui a menor área e população, sendo a segunda com maior densidade demográfica (9.464 hab/km²), com uma população de 19.611 habitantes e renda média per capita de R\$ 1. 425,82, segundo dados de 2010 do IBGE (PMV, 2019). Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (2019a), a região conta com três (3) UBSs, um (1) SOE (módulo de serviço e orientação ao exercício), um (1) Centro de Referência DST/AIDS, uma (1) Farmácia Cidadã e uma (1) Farmácia Popular.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A análise do acesso às Práticas Integrativas e Complementares se deu a partir das perspectivas, olhares e experiências de usuários, maiores de 18 anos, de uma Unidade de Saúde da Família (USF).

A escolha de uma USF para a realização do trabalho de campo justificou-se por ser o primeiro contato e a porta de entrada do usuário para a rede de atenção à saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a), e por esse nível de atenção ser um objetivo enfatizado pela PNPIC para inserção das PICS no SUS (BRASIL, 2015).

Desse mapeamento, e considerando o critério de maior produção e diversificação de ações envolvendo PICS em APS do município, foi eleita a USF que melhor possibilitou

diversidade de abordagens e recursos terapêuticos disponíveis aos usuários. Pretendeu-se, com a USF escolhida, conhecer sua organização e funcionamento, bem como identificar os profissionais envolvidos com as PICS e os usuários desse serviço. Essa interação visou a somente um maior contato da pesquisadora com seu campo de investigação, contribuindo para a elaboração do diário de campo.

4.4 PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Os participantes da pesquisa foram identificados intencionalmente, configurando-se uma amostragem não-probabilística. Nobre e colaboradores (2016) entendem que determinados fenômenos sociais só podem ser investigados com uma coleta de amostra não-probabilística, pois um campo onde coexistem variados modos de acesso e definição da realidade, como é o caso deste estudo, tem como característica ser um campo multiparadigmático, existindo diferentes possibilidades metodológicas de investigação, o que explica a dificuldade de se definir o conjunto de sujeitos.

Logo, a identificação dos participantes da pesquisa (amostragem) deu-se de três formas: a partir de conversas informais feitas pela pesquisadora durante imersão no cenário de estudo; a partir de contatos telefônicos feitos pela pesquisadora, e; por meio dos grupos de usuários de PICS existentes no campo, identificados via profissionais da USF do estudo. Dessa forma, não só o encontro com os usuários, como também o contato com os profissionais do serviço possibilitou identificar os participantes. Os critérios de inclusão, portanto, foram os sujeitos serem usuários do SUS, maiores de 18 anos e sem comprometimento cognitivo que impossibilitasse a entrevista.

Um total de 29 usuários fizeram parte da pesquisa, sendo que um mesmo usuário poderia realizar mais de uma ou nenhuma PICS. A amostra foi assim organizada:

1. **Usuários de Sistemas Médicos Complexos**, que compreendem a Acupuntura e a Homeopatia – n=17 usuários.
2. **Usuários dos Recursos Terapêuticos**, que compreendem as Práticas Corporais, a Fitoterapia/Chás e Prática Espiritual – n=22 usuários.
3. **Usuários da Unidade de Saúde da Família (USF)**, nunca realizaram PICS –

n=3 usuários.

O fechamento da amostra deu-se por saturação teórica, compreendido quando “nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado” (NASCIMENTO et al, 2018, p. 243), e será devidamente justificado quanto ao motivo de sua interrupção e do não recrutamento de novos participantes (FONTANELLA et al, 2011). “Fechar” a amostra significa definir o conjunto que subsidiará a análise e interpretação dos dados. Como não há um número previamente calculado de dados a serem coletados numa pesquisa qualitativa, faz-se necessário justificar clara e explicitamente seu encerramento (NOBRE et al, 2016). Pretendeu-se transparência quanto à técnica de amostragem utilizada, para que se evidencie o rigor empregado na investigação científica, como preconiza a dimensão ética (FONTANELLA et al, 2011).

4.5 COLETA E PRODUÇÃO DE DADOS

O estudo envolveu dois procedimentos de coleta e produção de dados: a observação participante e a entrevista semiestruturada.

No intuito de proporcionar uma maior aproximação da pesquisadora com o campo de pesquisa e de seus agentes institucionais e sociais, a observação participante e a entrevista foram opções de produção de dados utilizadas nesse desenho de estudo, pois permitiram que a pesquisadora vivenciasse o cotidiano social, num contexto de uma unidade de saúde municipal, e tentasse compreender a dinâmica das relações nele envolvidas, o espaço ocupado por cada ator, os locais e as estruturas utilizadas, a condução e a organização do trabalho com as PICS, as intenções, as percepções, os ditos e os não-ditos que se manifestassem ou atravessassem o campo. A participação, nesse caso, contemplou os grupos de práticas corporais, a farmácia de dispensação de fitoterápicos, os encontros das equipes de saúde para discutir PICS, a rotina da USF, dentre outros que surgiram no período de vivência nesse espaço, de setembro a outubro de 2018.

Entende-se que a imersão da pesquisadora nesse campo facilitou o entendimento de uma variedade de situações, às quais não se teriam acesso somente por meio de

perguntas, já que existia um ambiente pouco explorado em relação ao objeto da pesquisa.

Durante seus dois meses de trajeto empírico, a pesquisadora elaborou um Diário de Campo sobre as vivências nos cenários naturais, produzindo questões que enriqueceram os demais instrumentos de pesquisa.

A necessidade de estreitar as relações com os sujeitos da pesquisa, entendendo isso como essencial para o processo de produção das práticas e saberes que constituiriam o produto da pesquisa, foi preocupação da pesquisadora, que buscou por meio de técnicas de pesquisas qualitativas e flexíveis um maior acesso à realidade social e uma melhor compreensão dos microprocessos (MARTINS, 2004).

Minayo (1993) fala dessa intimidade entre sujeito e objeto, e do quanto essa aproximação é fundamental. Partindo do princípio que ambos são de mesma natureza, a autora esclarece que a partir dos projetos e intenções dos atores as ações e as relações estabelecidas tornam-se significativas.

Apoiada num modo de investigação que buscou compreender os eventos a partir dos significados atribuídos pelos participantes, o uso da técnica de entrevista do tipo semiestruturada como roteiro (APÊNDICE C) para a produção de dados veio complementar e aprofundar a produção de informações.

Ao se estudar um objeto pouco discutido e conhecido no contexto biomédico hegemônico, estamos diante de um universo social específico, em que conflitos e contradições não estão bem delimitados. Portanto, a realização de uma espécie de mergulho em profundidade pela pesquisadora, por meio da técnica da entrevista, propiciou levantar informações sobre percepções e significados atribuídos por cada um dos sujeitos à sua realidade, permitindo compreender a lógica que preside as relações estabelecidas no interior dos grupos estudados.

O uso da entrevista fundamentou-se ainda pelo desejo da pesquisadora em mapear o uso e conhecimento das PICS num serviço de saúde, dando voz aos usuários e a um ator-chave envolvido com o processo da política de PICS no município.

A abordagem dos usuários se deu de três maneiras. Durante a realização das práticas corporais, a pesquisadora era apresentada ao grupo da vivência e ficava à disposição para realizar entrevistas a quem tivesse interesse em participar da pesquisa, podendo ser logo após a realização das práticas ou com marcação para um outro dia. Outra forma de abordagem foi via telefone. A recepção da USF disponibilizou uma listagem de usuários que estavam em tratamento de acupuntura e homeopatia no momento (encaminhados pela USF), possibilitando que a pesquisadora entrasse em contato e marcasse dia e hora para aquele usuário que tivesse interesse. Além dessas formas, alguns usuários foram abordados aleatoriamente durante o trajeto da pesquisadora pela USF, o que possibilitou contato com usuários que nunca realizaram nenhuma PICS.

A maioria das entrevistas era realizada no auditório da USF. O local era livre de ruídos e bem reservado. Outras entrevistas foram realizadas no próprio local da abordagem do usuário (USF ou parque da cidade), desde que o ambiente estivesse tranquilo e agradável para o entrevistado, facilitando a conversa.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados deste estudo baseou-se na Análise de Conteúdo Temática. Segundo Minayo (2007), esse tipo de análise desdobra-se nas etapas de pré-análise, exploração do material, ou codificação, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Como um método flexível de análise, e útil para trabalhar dentro do paradigma da pesquisa participativa, a análise temática permite interpretações sociais dos dados, além de ser um importante método utilizado na produção de análises qualitativas adequadas para informar o desenvolvimento de políticas (BRAUN; CLARKE, 2006).

A escolha desse método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). Caminha-se por trás do conteúdo exposto, vai para além do que foi dito, permitindo compreender os significados das falas e a realização de interpretações mais profundas. É através dessa forma de

imersão em análise que se atingem dimensões que ultrapassam a simples mensagem numa comunicação (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

A pesquisa trabalhou com sujeitos com diferentes posicionamentos e informações em relação ao objeto estudado. Essa diversidade interna de conteúdo, adquirida para análise, possibilitou o enriquecimento da mesma (PIRES, 2008 apud NOBRE et al, 2016). A partir dos temas já estabelecidos (categorias do acesso), foram definidas as questões-guias e as regras para tratamento das entrevistas.

Ao se trabalhar com dados verbais, obtidos através de entrevistas gravadas e transcritas na íntegra, e dados observacionais, a pesquisadora iniciou o processo interpretativo de familiarização com os dados e produção de significados já na fase de transcrição. Foi nessa etapa de pré-análise que as entrevistas foram organizadas individualmente e identificadas pela data e ordem de ocorrência. Foi realizada a leitura flutuante das entrevistas, “(...) em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema” (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014, p. 16).

Na fase de exploração das entrevistas, as falas foram categorizadas, consistindo num processo de redução do texto a palavras e expressões significativas. A partir daí, as inferências e interpretações foram realizadas, se inter-relacionando com o quadro teórico desenhado inicialmente, podendo outras dimensões surgirem provenientes da leitura do material (MINAYO, 2007).

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo com o parecer nº 2.918.898 (ANEXO A). Também foi aprovado pelas instâncias cabíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“A realidade social é a cena e o seio do dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante.” (MINAYO, 1995)

Esse tipo de estudo preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, e, por isso, optou-se por expor os resultados e ao mesmo tempo discuti-los, entendendo que a teoria e a prática são indissociáveis para a compreensão desta pesquisa.

Após a leitura exaustiva do conteúdo das respostas fornecidas pelos entrevistados e dos recortes que apresentavam potencial para contribuir e responder aos objetivos do estudo, os resultados foram analisados a partir das seguintes dimensões temáticas: “O Processo de Organização e Implementação das PICS em Vitória” e “Acesso às PICS em Vitória”, as quais são detalhadas e discutidas de acordo com os documentos relacionados à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, com o Diário de Campo produzido e com o Referencial Teórico adotado. Ressalta-se que outros referenciais de acesso foram utilizados para discussão de dados surgidos com o campo.

5.1 O PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS PICS EM VITÓRIA

A construção da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde “visa a reorganização e consolidação de novas perspectivas para ampliação do cuidado integral à saúde” (SACRAMENTO, 2015). Sua implementação segue orientações da Política Nacional de PICS (BRASIL, 2015), com o desenvolvimento de ações nos territórios, a realização de diagnósticos situacionais, a promoção de Fóruns para divulgação e trocas de conhecimentos, além da construção de redes com a comunidade, profissionais e universidades, caracterizando ações intersetoriais e parcerias que propiciam o desenvolvimento integral das ações, assim como definindo as diretrizes nacionais.

A entrevista com um ator-chave do processo possibilitou um maior entendimento sobre a implementação dessas práticas no município, assim como facilitou a definição de particularidades do campo.

Para esse ator-chave, a partir da constituição legal da Política Municipal de PICS, o crescimento e as ações de PICS no município tiveram mais respaldo e facilidade para ocorrerem. Como dispositivos facilitadores da implementação da política, cita também o Plano Municipal de Saúde, o Plano de Metas, as Portarias do MS e os códigos de registros (prontuários eletrônicos) na ETSUS – Escola Técnica do SUS, a própria Política Nacional de PICS e o PMAQ – Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica, quando em 2013 objetivou saber sobre a presença de PICS na atenção básica.

O município tem a prática de realizar fóruns anuais sobre PICS, envolvendo todos os atores da política municipal de saúde, bem como parcerias com outras secretarias da gestão local e sujeitos de outros níveis federativos e interessados em geral na discussão. Verificou-se que esses espaços constituem um importante movimento para fomento das PICS no município, ao mesmo tempo que contribuem para o processo de institucionalização da política. Esse tipo de atividade passa a ser contemplada pela comunicação social do SUS, assim como preconiza a PNPICS. Entretanto, mesmo com um movimento político em fortalecimento no município, como relata o entrevistado, a criação de uma lei que institucionalizasse as PICS em Vitória só foi aprovada dez anos após a criação da política nacional (Lei nº 9.058/2016).

Em 2013, foi oficialmente criada a ocupação da Referência Técnica Municipal em PICS pela Gerência de Atenção à Saúde de Vitória, manifestando, dessa forma, apoio a essa coordenação na prefeitura e fortalecendo a iniciativa de implementação da política municipal de PICS, segundo relatos do entrevistado. Porém, não foi identificado pela pesquisa uma lei que instituisse o cargo em questão ou um documento que o regulasse. Isso pode indicar uma lacuna no processo de implantação das PICS, verificado não só na esfera municipal, como na estadual e nacional.

Sacramento (2015) atribui que a falta de apoio do MS para efetivação institucional influencia na captação e distribuição de recursos orçamentários específicos, por exemplo, fazendo com que gestores apostem em recursos locais, em sua maioria

escassos, para seguir com ações necessárias para a política. Importante destacar aqui que o estabelecimento de mecanismos de financiamento é diretriz da PNPICS, mas não verifica-se ocorrência na prática.

Verificou-se a presença de uma reduzida equipe responsável pela implementação da política de PICS municipal. Como um dos objetivos da PNPICS é “estimular o envolvimento responsável e continuado dos usuários, de gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação da política” (BRASIL, 2015, p.28), é provável que a falta de mais atores comprometidos com o processo de implantação da política de PICS implique diretamente na efetividade dos resultados. Segundo o ator-chave:

Então, só dois estão no nível central para dar conta das PICS que são desenvolvidas em 40 equipamentos de saúde. Porque nós temos Centro de Especialidades, Centro de Referência e Unidades de Saúde da Família. Em todos esses equipamentos tem alguém praticando, e alguma PICS está sendo realizada.

Um dos motivos dessa equipe reduzida foi justificado pela diminuição salarial àqueles profissionais que assumem cargos de gestão, conforme continua explicando o ator-chave entrevistado:

[...] o profissional da saúde recebe aditivo salarial quando atua em unidade de saúde. [...] muitos profissionais não conseguem ficar, por conta de perder o aditivo que existe para quando se está na ponta.

A dificuldade de se conhecer, de fiscalizar e controlar o que acontece nas unidades de saúde, assim como produzir relatórios detalhados das demandas e registros de procedimento realizados pelos profissionais nos serviços de saúde, foi relatada na entrevista e justificada também pela falta de tempo e de pessoal para atuar, corroborando com o entendimento acima.

Mas não tem tempo pra isso. Não tem tempo mesmo. A gente faz isso uma vez a cada 6 meses, ou quando tem que responder ao relatório quadrimestral. (ator-chave)

Vitória iniciou a implementação de PICS com a Fitoterapia⁵. Durante a implantação, e para iniciar esse movimento, foi feito um diagnóstico situacional no município com relação ao uso e interesse da fitoterapia no sistema de saúde pública, e em 1996 foi

⁵ “Terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (BRASIL, 2015).

possível a construção de um laboratório de fitoterapia com recursos incluídos no Plano Municipal de Saúde.

Esse laboratório, de certa forma, impulsionou o projeto de implementação da fitoterapia, pois “ao longo dos anos, ocorreu um aumento significativo do número de prescritores e observou-se ampliação da adesão, bons resultados e boa aceitação por parte dos pacientes tratados” (SACRAMENTO, 2015, p. 35), além de possibilitar o avanço das PICS em relação aos outros municípios brasileiros e mostrar que a fitoterapia era viável para o SUS. Vitória tornou-se um dos municípios de referência na prática, pois detinha um programa que se articulava com a comunidade, com os atores do SUS, sendo responsável pela construção da Política de Farmácia Viva nesse mesmo ano. Porém, em 2006, essa farmácia de manipulação de fitoterápicos foi desativada, e a prefeitura passou a adquirir os medicamentos industrializados, padronizados de acordo com as normas e resoluções do MS (SACRAMENTO, 2015).

A gente começou a trabalhar com a fitoterapia, fez todo o diagnóstico aqui no município sobre quem tinha interesse em estudar a fitoterapia. Tudo isso foi justificado inclusive para implantar o laboratório de fitoterápicos. Em 96, houve então o grande “boom”, que foi o laboratório que foi construído com recursos incluídos no Plano Municipal de Saúde. (ator-chave)

Isso que garantiu a gente ter os medicamentos com recursos do SUS, como institucionalizá-lo, vamos dizer... a lei que institucionalizou as farmácias vivas em Vitória, foi em 96, né, a lei 4352. Aí, mais pra frente, a gente foi discutindo as PICS, antes da Política Nacional de PICS, e a gente conseguiu ter também os outros profissionais envolvidos. (ator-chave)

Naquela época, no primeiro concurso que a prefeitura fez pra construir o SUS, Vitória saiu na frente do Brasil. (ator-chave)

A fitoterapia é um recurso terapêutico presente em todas as farmácias populares anexas às unidades básicas de saúde municipais. As medicações fitoterápicas adquiridas pela prefeitura são industrializadas e padronizadas e possuem seu financiamento de certa forma organizado e estabelecido, já que está vinculado aos recursos municipais da farmácia popular. Anualmente, cerca de 25 mil usuários no município são tratados pela fitoterapia, possuindo aproximadamente 130 prescritores desse tipo de medicação pela rede pública de saúde (SACRAMENTO, 2015).

A presença das medicações nos estabelecimentos de saúde das APS municipais confirma o desenvolvimento e a implantação da política de PICS no município, em especial, da prática de fitoterapia. Uma diretriz da PNPICS (BRASIL, 2015, p. 49), que define que medidas sejam tomadas para o “provimento do acesso a plantas

medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS”, encontra-se contemplada nesse processo de implementação de fitoterápicos. Contudo, esta pesquisa pode identificar que a presença da medicação nas farmácias populares não é garantia de acesso para a população, já que essa prescrição fica na dependência da sensibilização do profissional.

Os medicamentos fitoterápicos estão na relação municipal de medicamentos. O médico, mesmo aquele que não fez o curso, ele tem a lista dos fitoterápicos que são ofertados na farmácia. Os médicos que prescrevem mais são aqueles que fizeram o curso. Enfermeiro também prescreve, porque o Conselho de Enfermagem permite que exerçam a fitoterapia. (ator-chave)

As hortas e projetos de alimentação saudável e orgânica são desenvolvidas desde 2015, quando a área técnica passou também a coordenar um projeto pioneiro do governo municipal e, desde então, seis (6) hortas urbanas e comunitárias foram construídas em quatro (4) regiões da cidade.

Os Jardins Terapêuticos são prioridades da política de PICS municipal e estão localizados em 12 serviços do município, incluindo UBS e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), oferecendo oficinas de cultivo, de produção de mudas, de preparo de sais aromáticos, chás e xaropes, etc (SACRAMENTO, 2015). Essas práticas podem indicar alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades, conforme objetiva a PNPICS quando estimula promover a racionalização das ações de saúde e o fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social. (BRASIL, 2015). Em relação à fitoterapia e aos jardins terapêuticos, Vitória desenvolve articulação e apoio a experiências de educação popular e informação e comunicação, exatamente como prevê a política.

O jardim é uma forma de oferecer a planta *in natura*. Corta e leva pra casa. Eles lá fazem oficinas de produção de mudas, de xarope. O jardim se desdobra em outros projetos pro grupo de pacientes e comunidade. Quem faz as oficinas são as pessoas que já fizeram o curso. Cada projeto tem a sua história. Se faz todo o estímulo e uma co-responsabilização. Todo o trabalho é feito com uso dos pacientes e profissionais. (ator-chave)

Em relação às práticas corporais, há no município experiências que incorporam Reiki, Ioga, Xiang Gong, Do-In, Dança Circular, Meditação e Auriculoterapia. A maioria das unidades de saúde de Vitória não ofertam essas práticas corporais ou ofertam apenas uma delas, por exemplo, ioga ou auriculoterapia. Entretanto, a USF escolhida para o

estudo concentra cinco dessas práticas há alguns anos, sendo, nesses casos, um dos motivos para escolha desse cenário para o estudo, conforme apontado nos métodos.

Diante disso, identificou-se que a presença das práticas corporais nas unidades de saúde ocorre muitas vezes sem um projeto prévio que direcione a implantação, podendo ainda existir sem o conhecimento da equipe técnica responsável, sendo, nestes casos, a iniciativa profissional o disparador do processo. Essa lacuna no acompanhamento gerencial pode indicar falhas na comunicação e articulação da gestão com outros profissionais e/ou setores e influenciar na organização e implementação das PICS na rede. A evidência de uma equipe técnica reduzida, como já exposto, é também um dificultador dessa articulação.

A ioga é a prática corporal mais ofertada pelo município, devido a uma formação oferecida pela PMV em 2009. O curso foi disponibilizado para os profissionais de educação física, na época, locados nos SOE – Serviço de Orientação ao Exercício, hoje chamado de Academia da Saúde. O ator-chave relata que a prefeitura teve um custo alto para realizar essa formação, e não foi permitido que outros profissionais participassem, além de que, a distribuição desses profissionais foi feita de forma indiscriminada, existindo uma quantidade mínima de profissionais atuantes. Ao mesmo tempo, esclarece que os cursos de formação são essenciais e estão diretamente relacionados ao acesso de usuários às PICS. Outro curso já ofertado para profissionais da saúde foi o de auriculoterapia, promovido pelo Ministério da Saúde.

Então, os cursos de formação são essenciais. Esse é o principal problema do investimento nas PICS. Porque você só garante acesso se houver profissionais qualificados e capacitados pra ofertar. Isso é um ponto crucial. (ator-chave)

Assim sendo, diante da oferta desses cursos pelo Ministério da Saúde e pela prefeitura de Vitória, é possível identificar uma presença diminuta e superficial de apoio técnico ao desenvolvimento de programas de formação. Vale ressaltar que é diretriz da PNPICS o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICS para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para a educação permanente (BRASIL, 2015). O problema do financiamento e apoio para a realização e manutenção dessas qualificações é um dos maiores desafios para toda gestão de PICS.

De acordo com o ator-chave, diretrizes para implantação de auriculoterapia e reiki nos territórios estão sendo elaboradas, com objetivo de construir protocolos para execução dessas PICS nas unidades. A elaboração de normas técnicas e operacionais para a implantação e o desenvolvimento dessas abordagens no SUS é uma diretriz da política nacional (BRASIL, 2015). Porém, o município de Vitória só apresenta essas normas técnicas e operacionais elaboradas para a fitoterapia e plantas medicinais (hortas/jardins terapêuticos). Atribui-se a isso um maior tempo de implantação dessas práticas e/ou a trajetória profissional da referência técnica⁶ envolvida com essa política.

Existem profissionais atuando com auriculoterapia em algumas unidades de saúde de Vitória. Entretanto, o serviço é realizado de forma referenciada, com “marcação em agenda”, e o atendimento é realizado na forma de consulta, indo de encontro ao que se pretende, segundo o ator-chave:

“Se quer que utilizem integrado com outros profissionais, junto com projetos estruturantes, pra que as PICS não sejam apenas mais uma forma de ofertar consulta. [...] quer que estejam dentro dos grupos de hipertensão, de dor crônica, de idosos, diabetes, trabalhando junto com outros profissionais, enfermeiro, médicos [...]”.

A política nacional não se posiciona quanto à forma de oferta das PICS na atenção básica, sendo sua discrepância um dos muitos desafios na implementação.

Em 2009, Vitória realizou concurso para as especialidades de Musicoterapia e Arteterapia, no mesmo ano em que o primeiro Centro de Assistência Psicossocial de Vitória (CAPS) foi criado. Essas práticas se desenvolvem até hoje, e exclusivamente nos CAPS do município, considerados de atenção especializada, e sem pretensões de serem expandidas para as unidades de saúde. Isso pode ser considerado um obstáculo na implementação e na ampliação do acesso, conforme preconiza a PNPICS.

A presença, no governo, de gestores que contemplassem as PICS no SUS e possibilitassem a abertura de concursos municipais para fitoterapeuta, agrônomo, médico e farmacêutico homeopatas e médico acupunturista, foram definidores no

⁶ Médica com especialização em homeopatia. Iniciou no SUS como médica generalista no interior do estado do Espírito Santo, onde desenvolveu seus conhecimentos com a fitoterapia, implantando o serviço de hortas medicinais ainda na década de 1980. (Diário de campo, 2019)

projeto de implementação das PICS em Vitória, mesmo antes de existir a política nacional.

Entretanto, vale ressaltar que a prefeitura de Vitória, até hoje, não segue a cartilha da PNPICS, que incentiva o “desenvolvimento do caráter multiprofissional” (BRASIL, 2015, p. 29) para tratamentos de acupuntura, pois exclui algumas categorias profissionais, devidamente regulamentadas, para assumirem esse cargo, ao realizar concursos públicos exclusivos para profissionais médicos. A PNPICS faz referência, em todo o seu documento, à inserção de profissionais de saúde com regulamentação, esclarecendo apenas que, para “toda inserção de profissionais que exerçam a acupuntura no SUS, será necessário o título de especialista” (BRASIL, 2015, p. 33).

Inicialmente, a atuação dos médicos acupunturistas e homeopatas ocorreu de forma regionalizada nas APS. Em 2012, esses tratamentos foram deslocados para a atenção secundária do município, permanecendo até hoje no Centro Municipal de Especialidades de Vitória (CME), que, segundo Sacramento (2015), realiza uma média de atendimento anual de 6 mil consultas para acupuntura e 4 mil para homeopatia. Assim, para tratamentos de acupuntura, os usuários do município de Vitória seguirão o sistema de fluxo de encaminhamento dos profissionais das unidades de saúde da rede de Atenção Básica de Vitória, e as consultas serão liberadas pelo Sistema de Regulação. Por mês, aproximadamente 620 atendimentos são realizados no CME, e em todo o ano de 2017 foram realizados 7.440 procedimentos e consultas em acupuntura. O local oferece uma média de 160 vagas semanalmente, com seis profissionais médicos especialistas atendendo aos usuários encaminhados pelas unidades de saúde da capital para tratamento de diversos tipos de doenças (VITÓRIA, 2019b).

Eles começaram na atenção primária. Essa proposta foi da equipe, deles estarem na AP, proposta toda justificada. Porém, o secretário, numa perspectiva de aumentar o número de profissionais lá naquele Centro de Especialidades, já que tinha um andar que não sabiam o que colocar lá, tinha um monte de consultório, e resolveram colocar eles lá. (ator-chave)

A homeopatia conta atualmente com cinco (5) profissionais em atendimento no CME. Para as consultas com os homeopatas, os encaminhamentos também devem partir das unidades de saúde municipais e seguem os mesmos protocolos de regulação de vagas. Porém, o usuário pode realizar o agendamento diretamente na recepção das UBS, caracterizando uma livre demanda, nesse caso. Isso é ratificado

pela PNPCS, ao orientar que o atendimento homeopático, tanto na atenção básica quanto na especializada, deve ser de acordo com a demanda. Porém, no caso do município, há necessidade de o usuário ser referenciado por uma USF, o que pode caracterizar um dificultador no acesso.

A Política Nacional de PICS (BRASIL, 2015), em suas diretrizes específicas para a homeopatia, esclarece sobre a necessidade de se priorizar a inserção dessas PICS dentro da lógica de apoio, participação e corresponsabilização com a ESF. Entretanto, o documento também propõe o estabelecimento de critérios técnicos de organização e funcionamento da atenção homeopática em todos os níveis de complexidade, como o apoio e fortalecimento à atenção especializada.

A oferta da medicação homeopática é feita desde 2012, por convênio da prefeitura com farmácias de manipulação, com custo para o município de um valor aproximado de R\$ 61.333,80 por ano (SACRAMENTO, 2015). Dessa forma, verifica-se que a homeopatia está incluída na política de assistência farmacêutica, segundo preconiza a PNPCS (BRASIL, 2015). Ainda segundo a política nacional, deve existir incentivo à implantação e/ou adequação de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, com possibilidade de ampliação para fitoterápicos. Porém, de acordo com o Ministério da Saúde, apenas 9,6% dos municípios brasileiros que informaram ofertar serviços de homeopatia possuem farmácia pública de manipulação (BRASIL, 2004).

Identificou-se que o processo de centralização da acupuntura e da homeopatia num centro especializado de atendimento biomédico vai de encontro ao que preconiza a PNPCS em suas diretrizes específicas para ambas as práticas, pois, apesar de incentivar a inserção dessas racionalidades em todos os níveis de complexidade, a política enfatiza que a atenção primária à saúde deve ser prioridade (BRASIL, 2015).

Essa organização, além de ferir o princípio da integralidade na atenção, pode representar mais uma barreira no acesso às PICS para a comunidade, pois o usuário poderá enfrentar as dificuldades de agendamentos e marcações de consultas, da espera de disponibilidade de vagas, ter seu contato com essas práticas limitado e, conseqüentemente, o conhecimento e a continuidade do uso afetados. O baixo número de profissionais atuantes no município com essas especialidades pode também ser um agravante. Vale ressaltar ainda que o CME está localizado numa

região bem próxima à unidade de saúde onde essa pesquisa foi realizada, mas afastado da maioria das USF do município, o que implica em provável impacto no acesso geográfico à maior parte da população.

Na compreensão do ator-chave entrevistado, foi um erro a retirada dessas especialidades da APS, diminuindo a visibilidade a elas, interferindo no acesso, dificultando a articulação com outras especialidades e profissionais e atrapalhando o próprio desenvolvimento da política municipal.

Eu acho que teria um sucesso tão grande se estivesse na AP, que mais profissionais iam se interessar em fazer curso dessa área de especialização, os pacientes iam querer mais profissionais, iam pedir vagas, enfim, ia dar uma visibilidade muito maior. (ator-chave)

Segundo Sacramento (2015), em sua pesquisa com os profissionais do município de Vitória, para o entendimento dos médicos acupunturistas de Vitória, os usuários têm acesso tardio ao tratamento, pois são encaminhados com doenças crônicas ou em avançado estágio de desenvolvimento, sendo que a acupuntura é uma possibilidade terapêutica que deve ser usada no início do adoecimento, objetivando a redução de complicações. Para esses profissionais, há necessidade de ampliação do número de oferta de consultas de acupuntura no município. Já para os médicos homeopatas, a homeopatia é complementar e resolutive na atenção básica, reduzindo o agravamento de doenças e contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Enquanto a PNPICS incentiva o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICS para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para a educação permanente, um dos maiores desafios verificados pela pesquisa refere-se à formação dos profissionais e à falta de financiamento pelo Ministério da Saúde (MS). Mesmo sendo diretriz da PNPICS a estruturação e fortalecimento da atenção em PICS no SUS, com estabelecimentos de mecanismos de financiamentos, as PICS são subfinanciadas quando se trata de Atenção Básica. Isto está presente no seguinte relato:

[...] eles possuem o desejo de fazer a formação, mas eles não consideram que vão fazer por conta deles, porque não tem dinheiro pra pagar curso por fora. [...] Então, o município precisa que o MS financie, porque as PICS são subfinanciadas. Tudo o que se gasta com as PICS no município de Vitória, a única coisa que é repassada são as consultas das especialidades acupuntura e homeopatia. (ator-chave)

Houve relatos sobre os custos com a política destinados apenas à compra de fitoterápicos e manutenção das especialidades localizadas na atenção secundária. Outra evidência foi a falta de diálogo do Ministério da Saúde com o município e com o estado, contribuindo para o fato de as duas coordenações de PICS não se encontrarem “dentro da atenção básica”, um desafio institucional que favorece a invisibilidade das PICS, segundo o ator-chave entrevistado.

De acordo com o que se produz nas unidades de saúde e na atenção secundária, o ator-chave relata sobre a dificuldade em quantificar e qualificar os resultados de tratamentos com PICS. Segundo o entrevistado, há a necessidade e a possibilidade de se quantificar os ganhos referentes ao uso de PICS no SUS, através de projetos realizados pelos próprios profissionais em serviço. Entretanto, a PNPI (BRASIL, 2015) esclarece que é atribuição de gestores municipais o estabelecimento de instrumentos de gestão e a criação de indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da política.

Quanto deixamos de consumir de anti-inflamatório usando acupuntura? O número de benzodiazepínicos diminuiu porque os usuários estão fazendo práticas corporais? Pede-se muito aos profissionais para desenvolverem seus próprios mecanismos dentro do serviço, pactuando com gestores, pra terem tempo de fazer projeto de avaliação, avaliar as tecnologias em saúde e colocar as PICS também em avaliação. (ator-chave)

Sobre o panorama atual das PICS no município, o entrevistado considera que essas práticas estão num bom momento de institucionalização na rede pública de saúde de Vitória. Confere isso ao bom relacionamento entre gestores das unidades de saúde e profissionais, à mudança na aceitação desse tipo de prática, ao respeito entre os trabalhadores, à inclusão do assunto em pautas, reuniões, eventos e nos próprios sistemas de informação desenvolvidos.

Visando promover a divulgação de informações sobre PICS, a Política Nacional incentiva que sejam elaborados materiais, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, e sejam produzidas ações inovadoras de informação e divulgação em diferentes linguagens culturais. Em Vitória, esse tema apresenta-se muito trabalhado em cartilhas, vídeos e ações com relação à fitoterapia e plantas medicinais. Entretanto, não foi evidenciado esse mesmo vulto de trabalho informativo para as demais PICS inseridas nessa rede, o que demonstra uma lacuna a ser desenvolvida e considerada na implementação da política municipal, justificada, dentre outras, pela falta de verbas

e apoio direcionados à construção da política. A PNPICS também traz essa temática como uma diretriz, e considera a importância de se divulgar e informar conhecimentos básicos das PICS para profissionais de Saúde, gestores e usuários do SUS, com uso de metodologias participativas e do saber popular e tradicional (BRASIL, 2015).

A partir dos resultados desse processo de organização das PICS no município de Vitória e de um contato feito pela pesquisadora por telefone com as UBS municipais, objetivando a confirmação dos dados obtidos na entrevista, foi possível a construção do seguinte organograma:

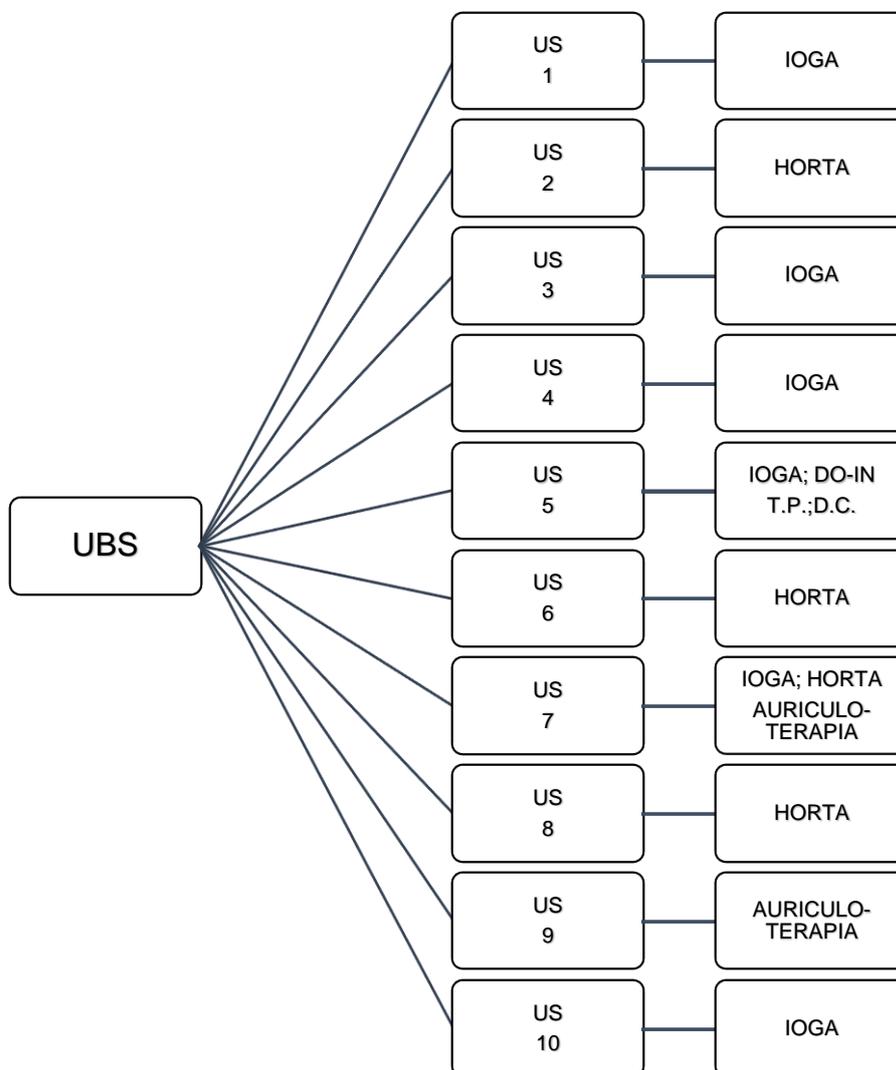


Figura 2 – Disponibilidade de Práticas Integrativas e Complementares nas Unidades Básicas de Saúde de Vitória-ES, 2018.

Fonte: Própria autora (2019)

5.2 O ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

*“A universalidade dos novos tempos é diversa e mestiça.
Apostemos nela!”
Madel Luz, 2015*

Os resultados deste estudo apresentaram características singulares de acesso, de acordo com o tipo de PICS realizadas pelos usuários entrevistados. Como as necessidades de saúde são individuais, a proposição de protocolos assistenciais, por vezes, não dá conta das especificidades de cada uma (CECÍLIO, 2009), nesse caso, principalmente, porque verificou-se que o contato com as PICS, muitas vezes, independe do acesso ao serviço de saúde da USF, nos moldes e protocolos pré-definidos e instituídos.

A imersão no campo da pesquisa possibilitou o mapeamento das PICS ofertadas pela USF, sua categorização e a abordagem de usuários do serviço para participarem das entrevistas. Foi possível identificar as principais formas de acesso, bem como suas características, particularidades e barreiras aos serviços de saúde: geográficas, financeiras e organizacionais.

Para entender como se dá o acesso às PICS no município, segundo os usuários entrevistados, era necessário inicialmente compreender como a oferta de PICS pela USF estava organizada. A realização desse mapeamento foi propiciada pela observação participante, e facilitou a aproximação da pesquisadora com o campo, com os profissionais da unidade de saúde e com os usuários. Verificou-se não existir uma programação ou agenda sobre PICS disponível na recepção da USF, assim como observou-se uma falha na comunicação organizacional quanto às informações sobre dias e horários das ofertas de algumas PICS.

Dessa forma, era a profissional responsável pela maioria das PICS implementadas nessa USF quem detinha as informações e conhecimentos necessários para o mapeamento das ofertas e, também, para esclarecer aos usuários sobre as práticas ofertadas e disponíveis. Observa-se que a barreira da informação encontra-se presente, influenciando na entrada do usuário ao serviço de PICS.

Nesse ponto, destaca-se que o desligamento dessa profissional do serviço poderá ter consequências relacionadas à não oferta dessas PICS pela rede municipal de saúde,

já que a profissional é a única detentora dos saberes relativos a essas PICS no serviço.

Portanto, as PICS encontradas pela pesquisa e mapeadas na USF do estudo foram assim categorizadas:

1) Os Sistemas Médicos Complexos: Acupuntura e Homeopatia

2) Os Recursos Terapêuticos: Do-In, Xiang Gong, Dança Circular, Ioga, Grupo Respiração, Fitoterapia/Chás e Práticas Espirituais.

Assim sendo, optou-se por discorrer sobre os resultados e discussões das entrevistas com os usuários dessas PICS seguindo essa categorização. Entretanto, é relevante que seja feita uma breve abordagem sobre os usuários entrevistados e o campo da pesquisa, antes de adentrar no assunto discutido.

Considerados protagonistas de todo o processo revelado por este estudo, esses usuários representam falas definidoras e fundamentais para elucidações de temas não ditos e pouco vistos, generosos ao ponto de permitirem que seus discursos e saberes fossem responsáveis pela construção conjunta desse projeto.

Usuário	Cor	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Local do encontro	PICS
1	Branca	83	F	2º grau	Do lar	Grupo Práticas Corporais	Do-In Xiang Gong
							Dança Circular
							Homeopatia
							Acupuntura
							Projeto Respiração
2	Branca	77	F	1º grau	Do lar	Grupo Práticas Corporais	Do-In; Xiang Gong
							Dança Circular
							Acupuntura
							Projeto Respiração
3	Parda	63	F	Superior	Aposentada	Grupo Práticas Corporais	Do-In
							Xiang Gong
							Dança Circular
							Ioga
							Projeto Respiração

4	Branca	64	F	2º grau	Do lar	Via Telefone	Fitoterapia
5	Pardo	87	M	2º grau	Aposentado	Projeto Respiração	Projeto Respiração
6	Parda	87	F	2º grau	Do lar	Projeto Respiração	Projeto Respiração
7	Parda	50	F	Superior	Advogada	Projeto Respiração	Projeto Respiração
8	Branca	27	F	Superior Incompleto	Do lar	USF	Homeopatia
9	Parda	67	F	2º grau	Do lar	USF	Homeopatia Acupuntura Fitoterapia
10	Branca	67	F	2º grau	Do lar	USF	Acupuntura
11	Branca	56	F	2º grau	Manicure	Telefone	Acupuntura Homeopatia
							Fitoterapia
12	Negro	94	M	Analfabeto	Aposentado	USF/casa	Fitoterapia Homeopatia
							Prática Espiritual
13	Parda	59	F	1º grau	Costureira	Casa	Fitoterapia Homeopatia
							Prática Espiritual
14	Parda	42	F	2º grau incompleto	Do lar	Casa	Fitoterapia Homeopatia
							Prática Espiritual
15	Branco	21	M	Fundamental	Não possui	USF	-----
16	Branca	60	F	1º grau	Do lar	USF	Homeopatia
17	Branca	52	F	1º grau incomp.	Do lar	Grupo Práticas Corporais	Do-In
							Acupuntura
18	Parda	56	F	1º grau incomp.	Do lar	Grupo Práticas Corporais	Do-In
19	Negro	26	M	Superior	Téc. Enfermagem	USF	-----
20	Pardo	26	M	2º grau	Não possui	USF	Homeopatia
21	Pardo	71	M	2º grau	Aposentado	Grupo Práticas Corporais	Do-In
							loga
							Dança Circular
							Xiang Gong
							Projeto Respiração
22	Parda	25	F	2º grau	Estudante	USF	Homeopatia
23	Parda	37	F	Superior	Professora	USF	Dança Circular Homeopatia
24	Morena	79	F	Analfabeta	Aposentada	Grupo Práticas Corporais	loga
							Dança Circular

25	Pardo	71	M	Superior	Aposentado	Grupo Práticas Corporais	-----
26	Branca	60	F	2º grau	Costureira	Grupo Práticas Corporais	Do-In
							Dança Circular
							Xiang Gong
							loga
							Acupuntura Homeopatia
27	Negra	52	F	Superior	Pedagoga	Grupo Práticas Corporais	loga
							Acupuntura
28	Branca	49	F	Superior	Artes Visuais	Grupo Práticas Corporais	loga
							Homeopatia Fitoterapia
29	Parda	65	F	1º grau incomp.	Aposentada	Grupo Práticas Corporais	loga

QUADRO 1: Características dos sujeitos participantes da pesquisa.

Fonte: Própria autora (2019)

No período de dois meses, foram entrevistados um total de 29 (vinte e nove) usuários do serviço de saúde de Vitória, dentre os quais 26 já haviam praticado alguma PICS e apenas 03 (três) nunca haviam realizado nenhuma PICS. Os usuários das PICS ofertadas pela USF do estudo foram classificados de acordo com o tipo de prática que realizavam no momento da entrevista ou que já haviam realizado em um outro momento, desde que não tivesse se passado mais de um (1) ano do contato com esse serviço. A partir daí, duas categorias de usuários surgiram para serem analisadas, e foram definidas de acordo com a classificação das PICS em campo.

- Usuários de Sistemas Médicos Complexos – Acupuntura e Homeopatia
- Usuários dos Recursos Terapêuticos – Práticas Corporais, Fitoterapia/Chás e Práticas Espirituais.

O contato com os usuários de acupuntura e homeopatia foi feito mediante listagem de telefones (usuários em tratamento) disponibilizada pela recepção da USF, ou abordados pela pesquisadora enquanto percorria a USF.

As Práticas Corporais⁷ ofertadas pela USF eram Do-in, Xiang Gong (treinamento perfumado), Dança Circular, Ioga e Projeto Respiração⁸. O encontro com esses usuários era feito no mesmo dia em que aconteciam as vivências. A pesquisadora participava da prática e era apresentada ao grupo pelo profissional responsável. Os usuários interessados eram entrevistados ao final, ou marcava-se em um outro momento. As entrevistas aconteciam individualmente, em uma sala reservada dentro da USF ou no Parque Moscoso (parque comunitário ao ar livre, próximo à USF, onde a maioria dos grupos aconteciam), desde que num local apropriado e tranquilo para que a conversa fosse possível.

Usuários de Fitoterapia foram convidados a participar por telefone. O profissional farmacêutico da USF disponibilizou alguns números para contato com usuários desse tipo de medicação. Porém, a maioria dos encontros aconteceu aleatoriamente, na própria unidade de saúde, no caso de usuários que participavam do estudo por fazer uso de uma outra PICS. O uso dos chás feitos a partir de plantas medicinais aflorou com o campo, durante as entrevistas, e esteve presente nas falas da maioria dos usuários. Assim como os chás, a prática de tratamentos espirituais na saúde também emergiu durante o campo de estudo, na única entrevista realizada na casa de um usuário, a pedido dele.

A maioria dos usuários entrevistados eram frequentadores antigos da unidade de saúde. A negativa para a participação no estudo foi rara. Não foi verificado tumulto ou lotação dos espaços onde os usuários foram abordados na unidade de saúde, o que facilitou a interação com eles. A presença da pesquisadora pela USF possibilitou constatar que a unidade possui um serviço de saúde com excelente estrutura física, com profissionais de saúde muito elogiados nas entrevistas e solícitos com a pesquisadora.

⁷ As práticas corporais ofertadas eram, em sua maioria, aplicadas por uma única profissional. A servidora efetiva da equipe NASF realizou, ao longo de sua carreira, as formações com custos próprios, em instituições devidamente registradas e reconhecidas. Uma outra profissional, educadora física de formação, é responsável pela yoga, através do SOE – Serviço de Orientação ao Exercício, atuando conjuntamente no desenvolvimento das PICS na APS. (Fonte: Diário de campo).

⁸ Projeto aberto formado pelas duas profissionais de PICS, juntamente com a psicóloga e uma médica de família e comunidade da USF, voltado para a promoção de saúde, que utiliza como ferramentas, num trabalho coletivo e em grupo, todas as práticas corporais, além de diversas práticas lúdicas, artísticas e culturais. (Fonte: Diário de campo).

De acordo com o Diário de Campo produzido durante a pesquisa, foram identificadas mudanças no clima organizacional da equipe do NASF dessa USF, profissionais com os quais a pesquisadora teve maior contato. Nos primeiros encontros com esses profissionais, o clima organizacional aparentava ser de descontentamento e individualismo. Com o desenrolar da pesquisa, surgiu um ambiente mais propício de diálogo sobre as PICS e sobre o tipo de cuidado ali realizado, sendo verificado uma maior proximidade entre os profissionais e um maior interesse no desenvolvimento e divulgação das PICS na USF. Além disso, também foi constatado um discreto apoio da direção atual da USF no desenvolvimento das PICS naquele estabelecimento.

Isso posto, é possível o início do caminho percorrido pela pesquisa em cada seleção de PICS que fez parte desse campo.

5.2.1 Os Sistemas Médicos Complexos – Acupuntura e Homeopatia

“Preenchem lacunas do sistema biomédico quanto à resolutividade terapêutica de seus serviços; ao lado disto, sustentam sentidos, significados e valores sociais diante do sofrimento, do adoecimento, como também do tratamento e da cura de doenças, distintos dos dominantes. Estes valores tendem a favorecer a autonomia das pessoas na busca de uma vida mais harmoniosa, isto é, equilibrada mental e fisicamente, menos competitiva ou agressiva, e mais solidária no plano familiar e social.” (LUZ et al, 2012)

A acupuntura e a homeopatia estão inseridas na atenção secundária do serviço público de saúde municipal, localizado no Centro Municipal de Especialidades de Vitória, o que demonstra a inserção dessas PICS no sistema, de acordo com o modelo biomédico, situando-as no plano do cuidado especializado. A maior parte da demanda para essas PICS será definida pela seleção dos profissionais médicos generalistas ou especializados (SOUSA; TESSER, 2017). Por isso, a oferta dessas PICS acontece de forma semelhante ao da oferta de todas as especialidades médicas também lá disponíveis, sendo somente acessadas a partir do encaminhamento via USF.

A exclusividade do primeiro contato do usuário com o médico generalista é que vai determinar o acesso a esses serviços, com exceção da homeopatia, cujo encaminhamento pode ser direto, via recepção, de qualquer unidade de saúde. Os profissionais especializados em acupuntura e homeopatia são todos médicos e concursados efetivos pela Prefeitura de Vitória. Logo, o acesso se dá de duas

maneiras: por encaminhamento de outro profissional e/ou por demanda espontânea direta, no caso da homeopatia. Mas todos os encaminhamentos seguem o fluxo via USF.

Faço homeopatia há 5 anos...lá no especialidades. Foi um pedido meu na unidade. Não foi indicado por médico, porque como eu já fazia homeopatia no passado... Acupuntura eu fiz muito...aí foi o médico da época que me mandou...tinha muita dor na coluna, muito enjoo...e foi maravilhoso tratar. (26)

Assim, para ambas as especialidades, o usuário precisa primeiramente acessar o serviço de saúde para, só assim, ser possível o acesso a essas PICS. Dessa forma, o usuário entrará no sistema de informação do serviço, e todo o seu trajeto será monitorado. Identificou-se um perfil de demanda para esses serviços similar ao dos atendimentos da USF, originando longas filas e demora para o início do atendimento, em função da oferta insuficiente desses serviços, do reduzido número desses profissionais, o que pode se constituir numa barreira organizacional.

Com relação à marcação de consultas para essas PICS, via USF, também foram relatadas dificuldades. O serviço de saúde apresenta como norma a marcação de consulta com o médico da USF, para que ele determine o encaminhamento para a acupuntura. Usuários de acupuntura revelam que essa exigência do serviço acontece a cada dez sessões finalizadas, e é um contratempo e dificultador do acesso e, principalmente, da continuidade do tratamento. Com a homeopatia, essa exigência não existe, mas poucos sabem que a marcação pode ser feita diretamente na recepção da USF.

Quando eu estou com dor, eu vou na unidade, tenho que marcar com médico de família. Ele encaminha e eu vou pra lá, pra acupuntura. Só acho assim. Por que não passa direto? Porque tenho que passar pro médico de família primeiro. Uma burocracia. Quero ir pra acupuntura...deveria ser direto. Pro psiquiatra...direto. (27)

Aday e Andersen (1974) conceituaram o acesso aos serviços de saúde tomando por base as características da população e a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde. No que tange à organização dos serviços, considera-se que o tempo de viagem e o tempo de espera médio para o agendamento de consultas, e também para o atendimento, afetam a entrada do usuário no sistema de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Para essas autoras, a utilização e a satisfação dos usuários, com relação à organização/disponibilidade dos serviços de saúde, são

considerados indicadores de resultados e refletem os produtos finais das políticas de saúde em relação ao acesso.

Existe uma proximidade geográfica dessa USF e de sua comunidade com o Centro de Especialidades (CME). A facilidade de encontrar esses usuários nesta pesquisa foi, em parte, atribuída a essa geografia no acesso. Entretanto, houve relatos de usuários que se referiram ao contratempo de terem que sair da USF e irem a um outro local para serem atendidos por essas PICS, bem como usuários que disseram que a realização seria mais facilitada caso o serviço fosse ofertado na própria USF.

A acessibilidade geográfica refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços (DONABEDIAN, 1973). Mas Sanchez e Ciconelli (2012) relacionam a acessibilidade geográfica à disponibilidade dos serviços, indicando como condicionantes tanto a distância e opções de transporte quanto a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. Com relação ao fato de os serviços de acupuntura e homeopatia do município não estarem localizados na APS, verificaram-se esses relatos relacionados às dificuldades de acesso direto a essas PICS na USF, assim como de deslocamento do usuário até o local onde estão disponíveis para tratamento (CME). A distância a ser percorrida para adquirir a medicação homeopática (farmácia de manipulação) também foi um dificultador geográfico encontrado.

Nessa questão do acesso à farmácia de manipulação homeopática conveniada da prefeitura, as dificuldades apareceram de duas formas: uma por conta da distância a ser percorrida até a única farmácia conveniada da prefeitura, localizada numa região mais nobre da cidade, outra, pela não gratuidade desses medicamentos em alguma época do ano, fazendo com que usuários precisassem pagar para adquiri-los. O motivo revelado por alguns, além do desconhecimento da gratuidade, foi o cancelamento do convênio por uns meses, numa possível troca de contrato pela PMV. Houve relatos de abandono do tratamento por não conseguir adquirir a medicação.

Se a homeopatia fosse aqui na unidade, seria muito melhor. Já usei medicamento natural de farmácia... mas comprei. Acho que todos os médicos deveriam dar essa orientação sobre o uso de tratamentos mais naturais. (23)

No início, os remédios da homeopatia era até de graça, ela passava pra uma farmacinha que tinha convênio da prefeitura...tem tempo que eu estou comprando, porque o convênio tinha acabado...tem tempo já que eu estou comprando. (26)

Com relação ao custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos, essa é uma relação que engloba conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde, indicada como “poder de pagamento”, quando se fala em acesso (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; ADAY E ANDERSEN, 1974; THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014). Constatações referentes à gratuidade da oferta, que deixou de existir em alguns momentos no serviço, possivelmente pode impactar na descontinuidade do tratamento.

Eu fiz uns 2 meses, depois eu parei. Eu sou cheia de atividades, e tem que, não tem como pegar um ônibus e ir direto lá, tem que pegar um taxi, e às vezes é uma coisa que puxa pra trás. (1)

A homeopatia é tranquila, um pouco distante, mas me atendeu super bem. Pra pegar a medicação, é mais complicado, porque eu tenho que levar a receita lá na farmácia, depois tenho que buscar...é complicado, é longe, só tem convênio com essa rede de farmácia. Se tivesse uma farmácia aqui perto seria mais fácil. (8)

Uso homeopatia sim...uso ali naquela unidade de saúde em frente ao Tancredão, um prédio grande. Eu parei por falta de dinheiro pra comprar o remédio. Tipo agora...nunca mais comprei...não sei se o SUS me dá não. Me ajuda muito. É um tratamento maravilhoso. Me dá mais atenção para saber o que a pessoa está dizendo, para ler. Fui pra tratar a dislexia, que tenho problema...mas minha dislexia é crônica. (20)

Essa forma de organização do trabalho, com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, produz uma assistência centrada no ato prescritivo, na qual esse saber é hegemônico e produtor de procedimentos (FRANCO; MERHY, 2013). Foi seguindo esse modelo tecnoassistencial para a saúde que as PICS saíram da APS e foram parar na atenção secundária à saúde, no município de Vitória. Porém, afastar as PICS da APS e fragmentá-las na atenção especializada é ir na contramão de se pensar um cuidado humanizado e integral (SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012). Cunha (2005), por exemplo, defende que a homeopatia e a acupuntura devem ser incorporadas como ferramentas terapêuticas pelos profissionais da atenção básica do SUS, local onde o agir na produção de cuidado alinha-se à lógica do cuidado das PICS e opera, segundo Merhy (2007), na tecnologia dos encontros, baseados em relações subjetivas, como acolhimento, escuta, elaboração de projeto terapêutico singular, entre outros.

Corroboram com esse entendimento Sousa e Tesser (2017), quando esclarecem que essas práticas, enquanto inseridas na APS, possibilitam a interação de seus profissionais de forma cotidiana no serviço, o que possibilita maior aproximação com

o universo cultural e psicossocial dos usuários, em relação aos que atendem em unidades especializadas.

Pode-se observar uma captura pelo sistema biomédico dominante de práticas pertencentes a uma outra lógica de cuidado. De acordo com os resultados, quando deveriam atuar de forma integrativa na atenção primária, conforme recomendações da Organização Mundial de Saúde (2013), atuam afastadas da comunidade, seguem protocolos rígidos de acesso e são exercidas exclusivamente por profissionais médicos.

Com isso, a maioria dos usuários atribuem a necessidade de realizar acupuntura e homeopatia a uma doença específica, fazendo com que os relatos sobre esses tratamentos estejam diretamente relacionados aos processos de doenças e tratamentos de enfermidades. Houve presença de relatos referentes a doenças crônicas, osteomusculares, respiratórias e dores em gerais associadas a essas PICS. Sousa e Tesser (2017) vão falar de uma demanda semelhante aos atendimentos da ESF, com um grande número de casos inespecíficos, adoecimentos iniciais, quadros mal enquadráveis e problemas psicossociais ou de saúde mental, osteomusculares, dores em geral e doenças crônicas, quando se referem ao perfil de demanda para as PICS.

Assim sendo, a referência que os usuários acabam por atribuir a esses tratamentos é a de um serviço médico especializado, curativo e substitutivo do serviço médico convencional. Ainda para Sousa e Tesser (2017), um dos problemas é que, nesse modelo referenciado de oferta das PICS, os usuários em geral chegam tardiamente ao cuidado, com menos chances de obterem benefícios do que se estivessem em situações menos graves, além de ser um tipo de inserção limitado e se distanciar da atenção primária à saúde. No entanto, para esses autores, a presença das PICS em unidades especializadas vem crescendo, em especial para os tratamentos de doenças crônicas. Dessa forma, acreditam ser importante e necessário discutir o seu papel nos serviços especializados e hospitalares.

Já a opção por tratamentos mais “naturais” e menos agressivos aparece em todos os relatos. A maioria deles relata bons resultados quanto ao uso e, alguns, a resolutividade por completo do problema. Houve usuários que não evoluíram bem e

abandonaram o tratamento. Mas, no geral, revelam uma abordagem diferenciada no encontro e acolhimento dos médicos especialistas, apontam ganhos com a desmedicalização e diminuição dos efeitos adversos da biomedicina, assim como ganhos com um tratamento mais sistêmico, envolvendo o físico, o mental e o emocional.

Nossa, me senti bem. As pessoas acolhem a gente bem, entendeu? Acho que junto com as agulhas tem o acolhimento. (1)

Eu consultei com homeopata. Foi o médico da família que me indicou e encaminhou. Fiz todo o tratamento pra minha sinusite. Resolveu, foi muito bom. (28)

Já fiz acupuntura. Problema que fiz foi pro calorão da menopausa. Mas não resolveu. (10)

Faço ainda acupuntura pra tratar uma dor ciática. Sempre que me dá a dor, eu vou. A gente ouve lá na unidade de saúde, e fica sabendo pelos outros que tem. Foi assim. Eu sempre faço porque acho que tem um alívio na minha dor que irradia. Muitas vezes o Dr X trabalha também a questão emocional. (28)

Então, menina, eu não sei te explicar porque ele era tão especial [...] Ele fazia um tratamento comigo assim, igual como se fosse assim uma criança. Eu me sentia assim, entendeu? Quando eu estava com ele, conversando, e ele conversava comigo, parece que eu saía de mim e virava outra pessoa...eu sentia carinho, sentia como é que é assim, apoio, cuidado. (16)

Segundo Tesser e Barros (2008, p. 915), “[...] a medicalização está ligada às formas legitimadas, oficializadas e profissionalizadas de cuidado e tratamento na modernidade, lideradas pela biomedicina”, e, ao citarem Illich (1981), afirmam que a ação medicalizante biomédica promove efeito nocivo ao indivíduo, ao diminuir o “potencial cultural” de autonomia frente a situações de enfermidades e sofrimentos.

Eu tomava anti-inflamatório todos os dias, parecia um vício. Às vezes, eu ia sair, não estava nem sentindo, mas eu sempre tinha aquelas cartelas, de diclofenaco e não sei mais o quê [...] menina, com sinceridade, depois disso aqui, nunca mais tomei nada não, parei com os anti-inflamatórios há muito tempo[...] a mente, então, ajuda muito. Porque senão você fica com aquele negócio de que tem que tomar remédio. (2)

Entretanto, para Tesser e Barros (2008), as PICS possuem um relevante potencial desmedicalizador em seus tratamentos, corroborando com os relatos dos usuários desta pesquisa. Esse fator desmedicalizante pode ser evidenciado no desenvolvimento de um ‘fluxo simbólico’ entre seus profissionais e os usuários, fluxo este que facilita a ressignificação emocional e possibilita maior apoio para as mudanças e aprendizados advindos da experiência do adoecimento. Ratificam ainda

que o uso das PICS parece menos iatrogênico e mais enriquecedor para a cultura de saúde-doença dos usuários do SUS, possibilitando o aumento da responsabilidade do sujeito sobre o seu processo de saúde-doença e, conseqüentemente, sua autonomia.

Com esses tratamentos, eu consigo dormir sem medicamento. Eu associei que eu podia ficar sem medicamento porque ele não me fazia bem, eu queria fazer as coisas e não conseguia. Eu nunca ficava normal, como estou aqui. (27)

Tem efeitos colaterais, entendeu? Ataca o estômago. Tem vários efeitos colaterais, atrapalha outras coisas, por isso que eu procuro fazer o tratamento mais natural. (11)

Todo o tratamento alternativo faz muito bem pro corpo humano, todo tratamento alternativo ainda é melhor que o alopata, porque o alopata te traz dependência, e o alternativo, a homeopatia, a acupuntura, o tratamento à base de ervas não te faz dependência, te ajuda, porque ele cura de dentro pra fora, e não de fora pra dentro. (9)

A acupuntura está me fazendo muito bem. Faria quantas vezes fosse necessário, pra tirar minha dor e pra evitar de tomar remédio. Prefiro natural. (11)

A forma de acolhimento pelos profissionais de PICS, o maior contato que o tratamento permite com os profissionais, os aprendizados relacionados ao autocuidado, a possibilidade de realizar tratamentos mais naturais e menos agressivos, a resolutividade desses tratamentos, o conhecimento prévio da prática, a crença e a gratuidade são importantes fatores relacionados ao uso e à continuidade desses serviços, identificados com a pesquisa. A essas constatações pode se relacionar o atributo da aceitabilidade, usado na conceituação ampliada de acesso, e que diz respeito à relação entre a oferta dos serviços e os seus usuários (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A aceitabilidade está ligada a fatores subjetivos, culturais e sociais que influenciam a avaliação dos indivíduos sobre os serviços de saúde, bem como às expectativas dos usuários sobre a organização desses serviços e da aceitação quanto ao tipo de cuidado recebido, sobre a qualidade da escuta às suas queixas, a compreensão das explicações de seu estado de saúde, incluindo a possibilidade de discussão das alternativas de cuidado a eles referentes (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014).

Interessante ressaltar que, diferente do referencial de Frenk (1992), a aceitabilidade está intimamente relacionada ao desejo de produção vital que se incorpora ao cuidado. É quando o usuário revela que deseja tratamentos menos agressivos e com

menos efeitos colaterais, por exemplo, que realizar acupuntura trouxe tantos benefícios que transcendeu o propósito biomédico. Isso também estará inteiramente relacionado à manutenção e continuidade dos tratamentos com PICS.

Entretanto, o desconhecimento (falta de informação) com relação à forma de tratamento (uso de agulhas, medicação manipulada) foi um possível dificultador do acesso, que pode interferir na aceitabilidade dessas práticas pelos usuários. Esses tratamentos não estão claros para muitos usuários, que relatam não usar por medo do desconhecido. Assim, é possível verificar a barreira da informação atravessando e prejudicando o acesso às PICS.

Não...sei o que é não...nunca vi. (24)

Deus me livre!! Aí que lascou mesmo, é ruim enfiar agulha em mim. Eu nunca passei por nada disso. Foi esse remédio diferente que eu tomei que me melhorou. Era de colher que eu tomava. Eu fiz tratamento com ele 1 ano e 2 meses, foi onde minha dor de cabeça melhorou mesmo. Era um vidrinho que tinha uma agulha, não era comprimido, mas não sei o que era direito. Eu sei que ele falava: 'minha filha, você não pode parar!' Eu fazia todo dia, na mesma horinha, fiz do jeitinho que ele mandou. (16)

[...] porque até mesmo esses remédios homeopáticos eu não gosto não, porque tem muito álcool e geralmente ele aumenta a pressão. Pra quem tem problema com pressão alta não é bom, porque a composição dele é com álcool. (13)

A aceitabilidade também compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades, e não é fácil de ser detectada, conforme asseveram Sanchez e Ciconelli (2012). Dentre os indicadores do processo de acesso sugerido por Aday e Andersen (1974), alguns podem ser classificados como indicadores de aceitabilidade, como as variáveis que influenciam as mudanças nas decisões relativas às políticas de saúde, ou fatores de predisposição para os usuários, como crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado com a saúde. Pode-se citar ainda as variáveis imutáveis, como sexo, idade, estado civil, comportamento de saúde anterior, educação, etnia, tamanho e composição da família, religião e mobilidade residencial, que guardam relação com a aceitabilidade, segundo esses autores. Quando da abordagem do elemento aceitabilidade, Travasso (2008) indicou a confiança no sistema de saúde como um elemento essencial para a equidade no acesso.

Sem embargo, mais um importante obstáculo do acesso tratado pelo estudo e enfrentado pelos usuários de todas as PICS ofertadas por essa USF é a informação.

A falta de informação sobre a existência dessas especialidades no SUS e próximas dessa USF, bem como sobre a técnica de tratamento em si, foi característica marcante do estudo.

Tem acupuntura no SUS também? Eu não sabia! Gente, é muita coisa que tem. Não tenho dificuldade pra ir não. (19)

Sabe que tem acupuntura também?? É...já ouvi falar. É lá no Tancredão também... Mas é um monte de agulha, né?? É dolorido... (22)

Eu já fiz acupuntura. Aqui mesmo na unidade...que tinha, e eu acho que foi um grande erro jogar pra lá. (17)

Usuários relatam não saberem que as PICS são um direito e que devem ser oferecidas pelo sistema público de saúde. Os usuários do serviço que não utilizam PICS desconhecem a existência de ofertas no SUS, e principalmente na USF que frequentam. Em alguns casos, a pessoa realiza algum tratamento de PICS e desconhece a existência de outros. Claramente se identifica a influência da falta de informação como dificultador do acesso.

Muitas pessoas gostariam de estar fazendo e praticando, mas não fazem porque não sabem. (25)

Não sabia que tinha nada disso aqui. Tem que pedir pro chefão informar mais, hein? Os de cima, colocar plaquinha pendurada, tipo, tem gente que não procura porque não sabe. Tem gente que não sabe porque não tem lugar pra se informar e ela não vai perguntar. Tipo, eu moro aqui há muito tempo e nunca soube de nada disso. Desde quando tem isso tudo? (15)

Há usuários da USF que nunca foram encaminhados ou avisados da possibilidade de realizarem esses tratamentos. Muitos se mostram surpresos e desconfortáveis ao saberem, durante a entrevista, sobre os serviços ofertados, mas não divulgados nem indicados pelos médicos.

Hoje eu marquei homeopatia pra minha filha. Mas o médico não me encaminhou não...foi dica de uma amiga daqui. (23)

Isso tinha que ser mais divulgado ao invés de ficar dando esses medicamentos fortes. Tinha que divulgar mais. Às vezes eu vejo um papel ali, mas nunca fui não....e vejo umas coisas acontecendo lá no parque também, nunca participei não...mas não sei o que é e precisava ser mais divulgado. Tudo isso eu fiquei sabendo da boca dos outros...médico nenhum nunca falou nada. (22)

De acordo com Sanchez e Ciconelli (2012, p. 263), “estar bem informado é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo”, estando na base do acesso à saúde a informação. Esses autores atribuem como indicadores de

informação a escolaridade, o conhecimento e as fontes de informação, além de afirmarem que o empoderamento e letramento do sujeito são conceitos diretamente associados à informação para a tomada de decisão em saúde. Sobre falta de empoderamento, Thiede e McIntyre (2008) vão dizer que está presente quando o conhecimento precário ou ausente impede o indivíduo de realizar as escolhas mais adequadas para a sua necessidade, sendo a desigualdade na distribuição de informação entre os atores do sistema de saúde uma das formas pelas quais os sistemas de saúde podem ser analisados e melhorados.

O QUADRO 2 representa os usuários dos Sistemas Médicos Complexos, a(s) PICS realizadas por eles e a via de acesso.

	Usuários de Sistemas Médicos Complexos	PICS	Via de ACESSO para Homeopatia	Via de ACESSO para Acupuntura
1	USUÁRIO 1	Homeopatia e Acupuntura	Médico USF	Médico USF
2	USUÁRIO 2	Homeopatia e Acupuntura	Médico USF	Médico USF
3	USUÁRIO 8	Homeopatia	Médico USF	-----
4	USUÁRIO 9	Homeopatia e Acupuntura	Médico USF	Médico USF
5	USUÁRIO 10	Acupuntura	-----	Médico USF
6	USUÁRIO 11	Homeopatia e Acupuntura	USF para o CRE	Médico USF
7	USUÁRIO 12	Homeopatia	Próprio/CRE	-----
8	USUÁRIO 13	Homeopatia	Próprio/ CRE	-----
9	USUÁRIO 14	Homeopatia	Próprio/CRE	-----
10	USUÁRIO 16	Homeopatia	Médico USF	-----
11	USUÁRIO 17	Acupuntura	-----	Boca a boca
12	USUÁRIO 20	Homeopatia	Não lembra	-----
13	USUÁRIO 22	Homeopatia	Boca a boca	-----
14	USUÁRIO 23	Homeopatia	Boca a boca	
15	USUÁRIO 26	Acupuntura e Homeopatia	Próprio	Médico USF
16	USUÁRIO 27	Acupuntura	-----	Boca a boca
17	USUÁRIO 28	Homeopatia	Médico USF	-----

QUADRO 2: Usuários dos Sistemas Médicos Complexos e a via de acesso.

Fonte: Própria autora (2019)

*CRE – Centro de Referência Estadual

Na tentativa de realizar uma representação gráfica do acesso aos Sistemas Médicos Complexos desta pesquisa, a FIGURA 3 demonstra o processo de forma linear e hierárquica, nos moldes da FIGURA 1 (feita, de forma adaptada, com base nos

direcionamentos do referencial teórico de Frenk). O acesso do usuário a essas PICS depende da organização dos fluxos dos serviços de saúde e, portanto, da forma que elas estão inseridas na rede municipal (atenção especializada/via USF). Neste estudo foi possível perceber uma possível captura pelo modelo biomédico dessas racionalidades, quando se trata da forma de acesso a elas, bem como foi possível identificar diferenças em relação à continuidade do tratamento e à presença de ressignificação do cuidado no processo saúde-doença.

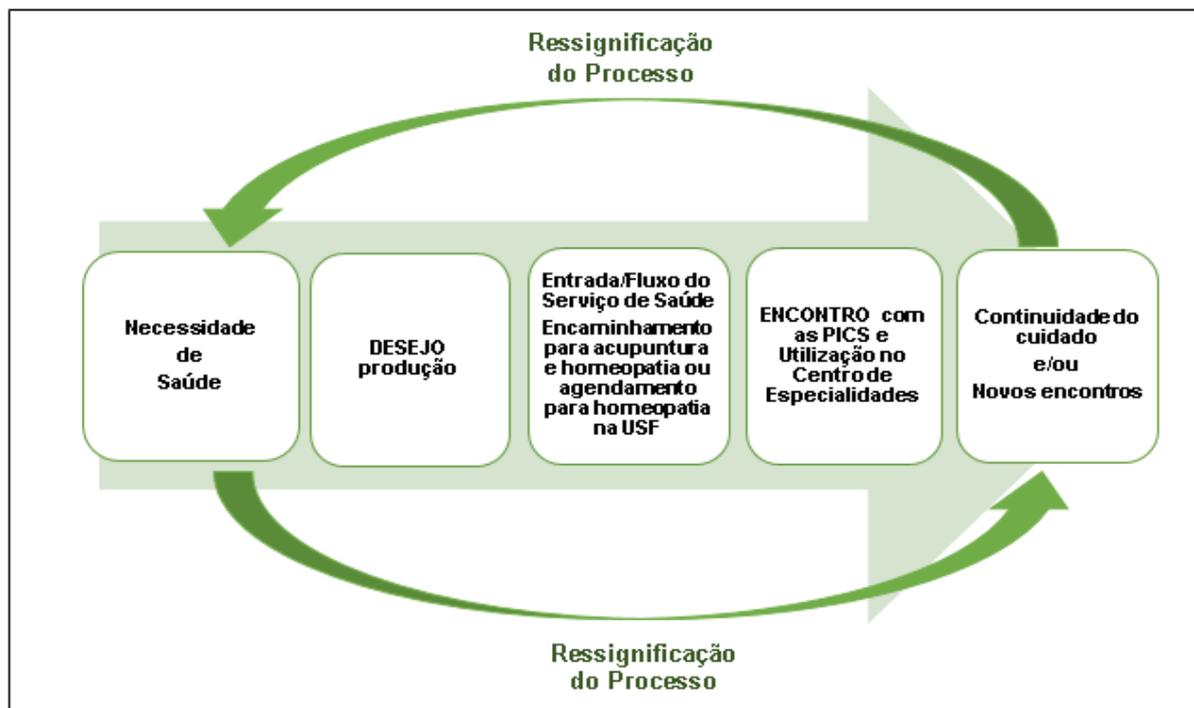


FIGURA 3: O olhar da pesquisa sobre o acesso aos Sistemas Médicos Complexos.
 FONTE: Própria autora (2019)

5.2.2 Os Recursos Terapêuticos – Do-In, Xiang Gong, Dança Circular, Ioga, Grupo Respiração, Fitoterapia/Chás e Práticas Espirituais.

“A estes sistemas centrados, os autores opõem sistemas acentrados, redes de autômatos finitos, nos quais a comunicação se faz de um vizinho a um vizinho qualquer, onde as hastas ou canais não preexistem, nos quais os indivíduos são todos intercambiáveis, se definem somente por um estado a tal momento, de tal maneira que as operações locais se coordenam e o resultado final global se sincroniza independente de uma instância central.”
 Deleuze e Guattari em *Mil Platôs* (1995)

As práticas corporais nas PICS referem-se a um conceito em construção, que abarca a perspectiva do cuidado ampliado ao integrar às abordagens do corpo suas

dimensões culturais, sociais, lúdicas, de autoconhecimento e de crítica, aos modos de vida contemporâneos, acrescentando a perspectiva da unicidade corpo-mente (GALVANESE; BARROS; D'OLIVEIRA, 2017).

A oferta dessas práticas corporais que trabalham a vitalidade, como denomina Luz (2015), se dá por profissionais exclusivos que atuam em equipes de apoio, como o NASF e SOE. A maioria delas é executada por um único profissional de saúde, sendo desse profissional também várias iniciativas isoladas de implementação e divulgação dessas práticas. São práticas corporais coletivas de acesso direto ou por encaminhamento de profissionais da USF.

Para Sousa e Tesser (2017), esse tipo de inserção de PICS via equipes de apoio tem sido uma diretriz federal comumente seguida na atuação dos núcleos de apoio à ESF. Porém, segundo esses autores, esse modo de ofertar PICS normalmente funciona como um serviço referenciado (e não diluído nos atendimentos na APS), o que implicaria precariedade de acesso ao cuidado individual realizado pelos profissionais envolvidos com essas práticas, já que eles acabam investindo sua maior carga horária na prática de atividades coletivas e de promoção de saúde. Foi observado nesta pesquisa que os profissionais dessas práticas mantêm suas agendas com os atendimentos convencionais, individualizados, mas não foi verificada a relação com a carga horária de serviço. Contudo, vale ressaltar que a realização das práticas coletivas não isenta o cuidado singular, por exemplo, no Projeto Respiração, no qual as facilitadoras proporcionam o compartilhamento de afecções múltiplas dos usuários.

Destaca-se que a existência desses grupos surgiu a partir de iniciativas de uma única profissional. São vivências que acontecem paralelamente ao serviço, como referência de promoção à saúde, mas que carecem de apoio e reconhecimento do sistema. Diante disso, é possível colocar em discussão a questão ético-política dos serviços, uma vez que não há o reconhecimento de uma lógica de cuidado que escapa ao padrão hegemônico oferecido, e, quando acontece, é invisibilizada por outros profissionais. Ressalta-se que não é usado o termo “invisível”, visto que elas existem e apresentam grande adesão da comunidade. Ao afirmar que o profissional dessa prática funciona como retaguarda especializada e matriciadora, Sousa e Tesser (2017) relatam que isso faz com que a integração com a atenção primária seja parcial. Talvez isso explique a fraca relação encontrada pela pesquisa.

Apenas uma das práticas ofertadas – o do-in – é realizada no auditório da própria USF. Todas as outras são vivenciadas num parque comunitário municipal, localizado bem próximo à unidade e bastante usado por aquela comunidade. Dessa forma, a busca por esses recursos terapêuticos não necessariamente terá relação com o serviço médico ou com a unidade de saúde. Essa característica permitiu verificar que seus usuários se diferenciam ao se distanciarem da estrutura física da unidade básica, pois são usuários em busca de qualidade de vida e protagonistas do seu próprio cuidado, que desejam um cuidado além do oferecido pelo sistema biomédico.

Dos usuários entrevistados nesses grupos, poucos são os que se referem à doença prévia quando indagados sobre a motivação da busca e a opção por esse tipo de prática, pois eles interagem com uma outra lógica de cuidado, que parte de um conceito ampliado de necessidade de saúde. A maioria relatou participar desses encontros devido ao bem-estar proporcionado através da socialização e das amizades construídas, do trabalho de movimento executado com o corpo, de serem momentos tranquilizantes para a mente, de possuir o contato com a natureza e aprenderem sobre o autocuidado e autoconhecimento. Outros relataram já realizarem certas práticas sem ter conhecimento delas, o que indica a influência de outros saberes (tradicionais, culturais, coletivos, etc) que não advêm do conhecimento científico.

Eu não sabia o que era ioga não...mas eu quis entrar nessa..curiosidade mesmo. Eu senti que isso foi muito bom pra mim. Falo pras meninas lá em cima, 'procura a ioga'.... porque fazendo tudo isso aqui você chega em casa leve, mente leve, corpo, tudo...chego mais disposta, tomo banho, como alguma coisa e já vou cuidar da casa, subo e desço escada... (29)

O do-in é maravilhoso, descobri que a gente faz sem saber que faz...achei fantástico. Apreendi muito. (26)

Evidenciou-se, inclusive, um movimento terapêutico desenvolvido pelos profissionais responsáveis por essas vivências, que se diferencia em sua execução, no acesso e objetivos e, na prática, se mostra bastante distante da clínica convencional e até da própria USF. Luz (1996) já vislumbrou esse movimento como um sincretismo terapêutico entre profissionais e usuários dessas práticas, e denominou de microambientes complementares dentro dos serviços de saúde. São usuários desses meios terapêuticos mais simples e livres de tecnologias duras, que se apresentam com mais autonomia e conhecimento de si, que se interessam e possuem saberes naturais e tradicionais e são capazes de demonstrar a eficácia dessas PICS numa produção desejante para além dos saberes da instituição biomédica, atribuindo a elas

a capacidade de atuar em prol de qualidade de vida e socialização e, em muitos casos, de ressignificação de problemas.

Eu comecei há muito tempo atrás...mais de 10 anos ...lendo alguns livros sobre essas práticas de corpo. Meu interesse com a ioga é antigo. (...) Tinha uma curiosidade...aí teve uma motivação maior... eu estava com uma série de questões importantes, tipo assim, estava com síndrome do pânico. (28)

Para Tesser e Barros (2008, p. 918), a partir do exercício de práticas alternativas e complementares, é possível a construção de novas estruturas de poder e de relações, com novas disposições e motivações, tanto para os profissionais quanto para usuários. Para esses autores, as PICS têm obtido importante reconhecimento num “movimento de reconstrução de símbolos coletivos que transcendem a simples disputa das formas de cuidado e cura no campo da saúde”. Isso foi claramente identificado pela pesquisa.

(...) quando eu chego...e acaba...eu penso: ‘meu Deus! quase que eu não vinha....o que eu ia perder!’ Poxa, eu não posso perder...incrível.. É bom demais, tá? (...) Isso aqui pra mente é maravilhoso. E você está ali junto da natureza, as amizades que a gente faz, nossa, descontraí demais. É tudo de bom. (2)

Nascimento e colaboradores (2013) afirmam que os Recursos Terapêuticos sustentam sentidos, significados e valores sociais diante do sofrimento, tratamento e cura de doenças distintos dos dominantes, além de preencherem lacunas do sistema biomédico quanto à resolutividade terapêutica. Dessa forma, foi possível evidenciar com esses usuários que o motivo-doença deixou de existir ou foi ressignificado com a continuidade e frequência do uso desses recursos. A relação com doença e a necessidade consciente de tratar problemas de saúde com o uso dessas práticas foi encontrado apenas nos usuários de ioga e do-in, mesmo assim, numa outra formatação que não à ideia de doença-tratamento-cura. Nos relatos desses usuários, identificam-se valores que tendem a favorecer a autonomia do sujeito em busca de uma vida mais harmoniosa.

Então, tem hora dessas que dá uma angústia, eu moro sozinha, venho aqui no do-in, vou nas aula do parque. Eu vim mesmo para assistir a aula. (1)

[...] passei por momentos psíquicos mesmo, de depressão, que você não sabe administrar, como uma explosão. Nessa explosão, eu passei a conhecer a importância da ioga e da respiração. Fui fazendo e vi que é muito bom pra saúde, tem muito resultado, entendeu? Porque a ioga trabalha corpo, e a respiração é que te acalma.” (27)

[...] estava claro pra mim o que era e tinha que aprender a lidar com isso... então, quando eu comecei a prática de ioga, eu vi o quanto fui soltando as tensões, e mudou tudo pra melhor, mudou sono, mudou tudo. O pânico sumiu, isso tem uns 6 anos. (28)

Nessa discussão, é possível interrogar por que essas PICS não acontecem dentro da USF. Dentro da lógica de Foucault (2004), as relações humanas são mediadas por relações de poder, entre o novo e o que que já está posto (instituído). O instituído busca aprisionar e capturar outras formas e ofertas de cuidado, reduzindo-as à prática biomédica ou excluindo-a.

Essa diferença no olhar para o processo saúde-doença pode ter sido um dificultador ao tentar aproximar o acesso às PICS do referencial teórico proposto neste estudo. Não foi possível identificar, na maioria dos casos, relatos de necessidades de “saúde” referentes à “falta de doença” quando em contato com usuários dessas práticas corporais. Quando os usuários eram interrogados sobre quais “necessidades de saúde” (doença) os levaram a procurar as PICS, a maioria não sabia responder. Provavelmente, porque para esses usuários a necessidade de saúde não está atrelada à doença, e sim a uma concepção mais abrangente e relacionada à promoção de saúde. Para esse usuário, o assunto “doença” surgia com mais clareza quando se interrogava sobre o uso e acesso exclusivo e direto à USF.

A diabetes, a hipertensão, a gente faz o acompanhamento com os médicos de família, né. A gente trata tudo aqui, sempre. Moro aqui nessa comunidade, moro aqui no parque moscovo. (10)

De acordo com os relatos das entrevistas, é possível afirmar que a comunidade, ao se referir à unidade de saúde, reconhece o local como lugar de tratamento de doença. Já as PICS deslocam esse olhar para a promoção de saúde. Por esse motivo, a identificação de necessidade de saúde só aparecia quando atrelada ao atendimento médico na USF, sendo que foi identificado que a maioria dos usuários recorria à unidade de saúde para uso regular do serviço de controle e check-up, ou, ainda, consultas para aquisição de exames e medicamentos.

Para Travassos e Castro (2012), o principal determinante do uso dos serviços de saúde é a necessidade de saúde. Entretanto, ela não é homogênea entre os grupos sociais, e a disponibilidade de tais serviços vai influenciar diretamente na transformação das demandas de saúde em utilização desses serviços.

Andersen (1995) vai falar em necessidade de saúde percebida e avaliada, e dizer que ela faz parte do conjunto de fatores relacionados ao uso de serviços de saúde pelos indivíduos. Esposti (2015a), em sua fase mais atual, vai destacar a importância de se analisar a utilização dos serviços de saúde focando nos determinantes contextuais e individuais, incluindo fatores tais como a organização dos serviços de saúde, fatores demográficos, sociais e de crenças sobre a saúde da comunidade.

O acesso aos recursos terapêuticos, portanto, não apareceu neste estudo via encaminhamento médico/USF. Por vezes, foi a visibilidade proporcionada pela realização dessas práticas coletivas num ambiente público que facilitou o acesso direto, levando conhecimento, despertando curiosidade e aproximando o contato com a comunidade. O acesso também se deu através do convite entre usuários conhecidos que já praticavam, como vizinhos e amigos. Outros buscaram saber sobre a realização desses serviços na recepção da unidade ou no site da prefeitura de Vitória. Verificou-se que a falta de informação é uma grande barreira ao acesso a essas práticas. Constatou-se a utilização desses serviços por uma demanda com características singulares, de base comunitária, que surge, principalmente, a partir da oferta (disponibilidade dos serviços).

Parece que tem essas coisas aqui no Parque Moscoso. Eu fiquei sabendo quando eu estava indo pra hidroginástica e vi o pessoal lá fazendo. Depois pedi o menino aqui da recepção pra me dá um papelzinho com as atividades que tinham. (10)

Morava em Belo Horizonte e antes de mudar pra cá, eu pesquisei na internet e caí na página do SOE, vi que tinha ioga pela prefeitura, de graça, no SOE. Fiquei muito feliz e surpresa. (28)

Já um grande facilitador para o acesso a essas PICS é a localização da USF estudada. A proximidade com um dos principais parques da cidade, possibilitando espaço agradável, arejado, amplo e em contato com a natureza, reflete no uso e na possibilidade de oferta das práticas corporais, além de dar visibilidade às PICS. A comunidade deste estudo apresenta um contexto bem diferente da maioria, pois se encontra numa localização privilegiada para acesso às ofertas de PICS no município. Pode-se constatar aqui uma característica facilitadora geográfica do acesso às PICS, assim como facilitadora em relação à disponibilidade desses serviços para esse grupo populacional.

Prefiro muito mais os tratamentos alternativos e recomendo. (22)

Eu moro aqui pertinho. Moro na porta. Venho andando e trago uma senhorinha que não anda sozinha mais, que precisa de companhia, eu trago porque ela se deu muito bem, ela gosta. (1)

Depois que aposentei, aí fui procurar o que a municipalidade tinha pra oferecer, né? Eu batendo papo aqui no parque, fiquei sabendo das práticas esportivas do parque e depois conheci a “usuária 2”, que me falou que tinha lá no centro de saúde o Do-in. (3)

O perfil desses usuários de recursos terapêuticos é um indicador do poder de utilização desses serviços e, portanto, também reflete facilitação do acesso (FRENK, 1992). O que significa dizer que realizam essas práticas principalmente pessoas com tempo livre no horário das ofertas. Contudo, o acesso e a continuidade do uso dessas práticas corporais é dependente de outros fatores, por exemplo, a idade, o tempo disponível, o objetivo, a crença e o estilo de vida desses usuários. No caso do estudo, a maioria dos usuários é do sexo feminino, aposentada e do lar. Por isso, a periodicidade das ofertas dessas práticas corporais aparece como um limitador de acesso, visto que são ofertados apenas um horário para cada prática, um dia por semana. Ao mesmo tempo, isso indica que existe uma demanda por esses serviços.

Aqui, já fizemos pedido, mandamos cartinha pra aumentar a ioga de uma pra duas vezes por semana, porque precisa, é o mínimo que tinha que ser. Quando chove ou tem feriado, a gente fica sem. (28)

Achei bacana, pela questão de participar, conhecer outras pessoas. Adoraria continuar, mas o horário pra mim não dá. (23)

Muito desse acesso se deve à forma acolhedora e lúdica de divulgação dessas práticas realizada pela profissional responsável pela maioria das vivências nessa USF. Como forma de dispositivo para abordagem do usuário, que contribui para o acesso, essa profissional promove a distribuição de chás para profissionais e usuários na unidade.

Só fiquei sabendo porque conversei muito. Eu estava ali sentada na farmacinha quando essa moça passou com a garrafinha dela oferecendo chá. (17)

Acho que tem uns cinco anos que eu tô nesses grupos. Mas é incrível, a ‘profissional’ tava sempre chamando, chamando e eu adiando. Aqui mesmo na unidade, às vezes eu estava lá numa consulta e, entre uma coisa e outra, ela estava lá me chamando. (2)

Tem mais de um ano que eu venho aqui, não tem época certa não, então isso está sendo ótimo. Foi uma amiga minha que falou ‘Joana, eu fui na aula de do-in, é muito bom, vai lá’. Aí eu vim e trouxe mais duas pessoas. (1)

A fitoterapia é a única PICS diluída no atendimento convencional da unidade de saúde. Seu financiamento faz parte do serviço farmacêutico do município, e sua oferta se dá juntamente com as medicações alopáticas das farmácias localizadas em todas as UBS/USF de Vitória. No entanto, a oferta de medicação fitoterápica é dependente da competência prévia dos profissionais ou da formação dos mesmos em serviço, assim, como dependente de iniciativas individuais desses profissionais, é muito pouco disseminada no serviço avaliado. O acesso é feito somente a partir do receituário feito por profissionais habilitados, que, no caso do município de Vitória, são médicos e enfermeiros que realizaram curso de capacitação oferecido pela prefeitura.

O uso efetivo desse tipo de tratamento mostra-se, em geral, por vontade própria do usuário, partindo deles a opção de medicação à base de plantas e o pedido ao médico para a diminuição ou substituição do consumo de medicação alopática. Observou-se com a pesquisa que os relatos dos usuários demonstram a existência de uma cultura ou estilo de vida mais natural, com plantas medicinais, muitas vezes com um uso de cunho tradicional e familiar.

A evidência do uso de plantas medicinais para tratamento de saúde se mostrou muitas vezes como primeira opção, atrelada ao autocuidado, no cultivo da planta em casa e na produção de chás. Muitos dos usuários relataram serem adeptos de chás provenientes dessas plantas, devido ao costume adquirido com a tradição familiar.

Já usei xarope que médica mandou e Almeida Prado pro intestino. Castanha da Índia também a doutora me mandou...preciso só da receita médica. (26)

No começo eu precisei tomar medicação, porque eu saí fora de mim, mas os remédios não me faziam ficar melhor, eu só ficava ou dopada ou dormindo, então eu mesmo falei que ia tirar isso e viver com a ioga e trabalhar a minha mente. (27)

Eu tenho planta, gosto de plantar. Eu faço lá chá de hortelã, chá de alecrim. Eu tenho costume disso. Sou da roça, minha mãe criou a gente com isso. (2)

Porque os medicamentos de hoje em dia são muito fortes, aí você toma, resolve na hora e depois, quando você fica mais velha, te traz enfermidade, porque deixa marca no seu corpo. [...] minha avó usa remédio de planta e fez um com monte de mato pro meu filho, e eu dei. Quando ele ficava muito ruim. (22)

Todo tratamento alternativo ainda é melhor que o alopata. Eu hoje estou fazendo tratamento de ervas e mudando a alimentação. Eu só uso o alopata quando não tem jeito. (9)

O quadro abaixo mostra os usuários entrevistados, as PICS que realizavam e a forma de obtenção de acesso.

	Usuários de Recursos Terapêuticos	PICS	Via de ACESSO
1	USUÁRIO 1	Doln XiangGong DCirc. Proj.Resp	Boca a boca
2	USUÁRIO 2	Doln XiangGong DCirc. Proj.Resp	Profissional das PICS
3	USUÁRIO 3	Doln XiangGong DCirc. Proj.Resp loga	Boca a boca
4	USUÁRIO 4	Fitoterapia/ chás	Boca a Boca/próprio
5	USUÁRIO 5	Projeto Respiração	Boca a boca
6	USUÁRIO 6	Projeto Respiração	Boca a boca
7	USUÁRIO 7	Projeto Respiração	Profissional particular
8	USUÁRIO 9	Fitoterapia	Médico USF
9	USUÁRIO 11	Fitoterapia	Máximo USF
10	USUÁRIO 12	Prática Espiritual/Fitoterapia	Tradição familiar
11	USUÁRIO 13	Prática Espiritual/Fitoterapia	Tradição familiar
12	USUÁRIO 14	Prática Espiritual/Fitoterapia	Tradição familiar
13	USUÁRIO 17	Doln	Boca a boca
14	USUÁRIO 18	Doln	Boca a boca
15	USUÁRIO 20	Chá	Próprio
16	USUÁRIO 21	Doln XiangGong DCirc Proj. Resp loga	Boca a boca
17	USUÁRIO 23	Dança Circular	Profissional das PICS
18	USUÁRIO 24	Dança Circular loga/ Chá	Profissional SOE/Próprio
19	USUÁRIO 26	Doln XiangGong DCirc loga/Chá	Boca a boca/Próprio
20	USUÁRIO 27	loga/Chá	Boca a boca/Próprio
21	USUÁRIO 28	loga/ Fitoterapia	Próprio/Médico USF
22	USUÁRIO 29	loga/Chá	Próprio/Próprio

QUADRO 3: Usuários dos Recursos Terapêuticos e via de acesso.

Fonte: Própria autora (2019)

A FIGURA 4 representa o acesso do usuário aos Recursos Terapêuticos, um movimento baseado na transversalidade, não linear, onde os processos não se apresentam de forma subsequente ou hierárquico, pois, como foi visto, a entrada do usuário pode acontecer por várias vias de acesso. Importante destacar para a presença do usuário no centro de um sistema cíclico que o reconhece como

protagonista do cuidado e detentor do desejo-potência. Numa tentativa de representar o campo de forças onde as PICS e seus usuários se inserem, estão as possíveis barreiras e facilitadores de todo o processo do acesso.

Interessante ressaltar que há presenças de fluxos comunicantes entre os processos do acesso às PICS (FIGURA 3 e FIGURA 4), já que existem usuários que transitam entre ambas as formas de tratamentos. A própria ressignificação é uma característica que permite evidenciar isso.

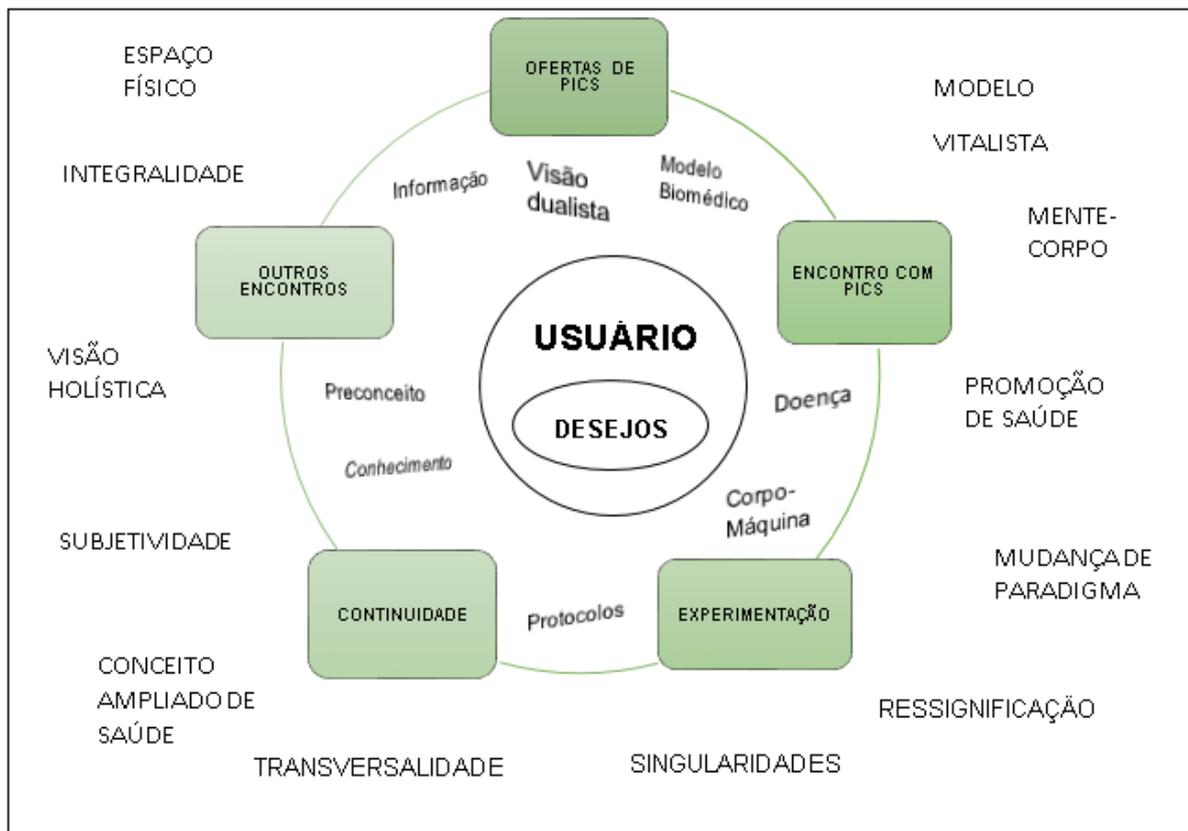


FIGURA 4: O olhar da pesquisa sobre o acesso aos Recursos Terapêuticos
 FONTE: Própria autora (2019)

O caminho do acesso para pesquisas em PICS

“[...]é importante contar com profissionais que dominem os conhecimentos estruturados de cada área, mas também capazes de articulá-los com contexto e singularidade. E aqui as questões fundamentais são construção de conexão, continuidade e acesso oportuno (FEUERWERKER, 2011).”

Frenk (1992), referencial teórico que a pesquisa utilizou para falar de acesso, desenvolve o conceito de acessibilidade fundamentando-se no entendimento de

Donabedian (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) e entende que a acessibilidade representa o grau de ajuste entre as características da população e as relativas aos serviços de saúde (ESPOSTI, 2015). Dessa forma, reconhece essa categoria em três possíveis dimensões: restrita, intermediária e ampliada, que serão discutidas a seguir e que podem ser visualizadas na FIGURA 1. Para o referencial teórico, a dimensão restrita é a mais apropriada para análise do acesso. Entretanto, é importante destacar que a literatura traz também o termo acesso (e não acessibilidade) para se referir ao domínio mais amplo, colocando em análise tanto as características dos recursos para a saúde quanto as características da população que os utiliza. Frenk (1992) indica que Aday e Andersen (1974) entendem que o acesso é melhor compreendido mediante a análise do comportamento das pessoas, ou seja, do uso real que elas fazem dos serviços. Esses mesmos autores já definiam o acesso como uma ideia mais política do que operacional (ADAY; ANDERSEN, 1974). Portanto, por entender que a dimensão ampliada abarcaria uma abordagem mais qualitativa para a análise do acesso às PICS, este estudo optou por tentar segui-la.

De acordo com a dimensão restrita de acessibilidade, com a qual coaduna, Frenk (1992) presume que exista certa necessidade de atenção médica e de desejo de cuidado, e isso faz com que o sujeito busque e utilize os serviços de saúde. Porém, a análise desse conceito restrito de acesso deve basear-se nos obstáculos e facilitadores que atravessarão esse acontecimento específico. Esses obstáculos, os quais chamou de resistência, são classificados como ecológicos (geográficos), financeiros e organizacionais (FRENK, 1992). Ressalta-se que a presença da continuidade do cuidado no domínio restrito classifica o acesso em sua dimensão intermediária, pouco abordada por este autor.

Corroborando com esse entendimento, Ricketts e Goldsmith (2005), quando analisaram os principais conhecimentos teóricos e estruturais que existem na literatura sobre acesso, afirmam que Frenk (1992) compreende o acesso como a capacidade do usuário em utilizar os cuidados de saúde, dada a necessidade e/ou o desejo de obtê-lo. A partir do entendimento desses autores, é possível ratificar que, para Frenk (1992), a análise do acesso deve basear-se no domínio restrito de acessibilidade. Porém, o referencial entende que a necessidade e o desejo são determinantes para a busca pelo cuidado em saúde.

Baseado na proposta de Penchansky e Thomas (1981) de ampliação da abrangência do conceito de acesso, Frenk (1992) esclarece que, nesse domínio ampliado, deve-se levar em conta os determinantes da categoria desejo. Assim, Frenk atribui que as crenças relativas à saúde, a confiança no sistema de atenção médica e a tolerância à dor ou à incapacidade são determinantes do desejo de busca pelo cuidado. Portanto, segundo esse autor, existe a alternativa de uma conceituação mais ampliada, onde a categoria “desejo” seria o propulsor da busca do acesso pelo usuário e estaria diretamente relacionado a uma necessidade de saúde prévia, existente e essencial para desencadear todo o processo da acessibilidade. Travassos e Castro (2012) definem necessidade de saúde como o principal determinante para o uso dos serviços de saúde.

Segundo Travassos e Martins (2004, p. 193), Frenk sistematiza o fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados necessários em saúde, e a formulação de seu entendimento sobre acesso “não aponta para um modelo organizacional único, mas sim para várias composições de oferta de serviços organizadas de acordo com o poder de utilização dos diferentes grupos populacionais (sociais).” Entende-se como poder de utilização pela população a capacidade dos indivíduos de superarem as resistências (obstáculos) de acesso aos serviços. Nessa abordagem, essas autoras afirmam que é a relação entre esses dois componentes – resistência e poder de utilização da população – que define o grau de acessibilidade.

Contudo, ao entender o caminho do usuário dentro do sistema de saúde para acesso às PICS e tentar relacioná-lo a essa sistematização linear, verticalizada e hierarquizada, proposta pela dimensão ampliada (e restrita), algumas barreiras e desafios foram identificados pela pesquisa. O principal deles foi compreender os conceitos de necessidades de saúde e desejo, já que foram apresentados pelo referencial como determinantes do acesso.

Portanto, baseados num raciocínio cartesiano, biomédico e lógico de cuidado, a pesquisa entende que a categoria “desejo” foi compreendida pela literatura adotada

segundo os princípios freudianos⁹, apoiada na perspectiva da falta. Assim, o usuário busca aquilo que lhe falta ou lhe é necessário, no caso, a saúde.

Porém, os resultados deste estudo caminharam em sentidos mais amplos e complexos. O acesso às PICS mostrou não seguir somente a lógica dos paradigmas biomédicos dominantes do sistema de saúde, não se relacionando apenas ao desejo de cura atrelado à doença e a falta de saúde, mas apresentando singularidades suscetíveis de outros entendimentos. Corroborando com isso, Travassos e Martins (2004, p. 197) vão dizer que “saúde é entendida como um fenômeno bem mais amplo que a doença e não se explica unicamente pelo uso de serviços de saúde”.

Portanto, necessidades de saúde não devem ser entendidas apenas como necessidades médicas oriundas de problemas de saúde, como doenças, sofrimentos ou riscos, mas que dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades (HINO, 2009), além de poderem ser necessidades que se relacionam a uma concepção de saúde integrada ao bem-estar físico, mental, social e espiritual (TESSER; BARROS, 2008), direcionadas à produção de saúde. Nesse sentido, ao ampliar a concepção de saúde e doença, as práticas promotoras de saúde visam romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento, promovendo o cuidado integral.

Os usuários de práticas que privilegiam técnicas mais naturais, menos invasivas e estimulantes do potencial de reequilíbrio do próprio corpo (BARROS, 2000) apresentam e compartilham subjetividades e saberes sobre si e sobre a vida, de uma forma mais vital e potente. Com soluções positivas para o cuidado, essas práticas fomentam a participação do sujeito no seu processo de saúde, permitindo que exista a convicção de que suas concepções são verídicas e de que suas diretrizes são corretas. Assim, desenvolve-se uma percepção social de efetividade, ao associar saúde integrada ao bem-estar físico, estimular a autonomia no processo saúde-doença e valorizar fatores emocionais, espirituais e sociais. É dessa forma que as

⁹ Temos aqui uma concepção do desejo como um movimento psíquico em direção à identidade entre o que é percebido em certa atualidade e a vivência de satisfação de uma necessidade orgânica. Nesse sentido, o desejo é compreendido como apoiado na busca, que seria intrínseca ao organismo, de manter-se livre de excitações. Nesse sentido, a grande força motriz da ação de um sujeito, em Freud, é a busca de *retorno* a esse momento de satisfação plena (FREUD apud SANCHEZ, 2010).

PICS ratificam a tendência em contribuir no desenvolvimento de símbolos coletivos no campo da saúde (TESSER; BARROS, 2008).

Assim sendo, o desejo de cuidado poderá não ter relação com falta de saúde ou existência de doença, para que exista o acesso às práticas integrativas e complementares, conforme sugere o referencial. Mas, foi possível identificar através da pesquisa que o acesso às PICS também pode ser realizado e impulsionado pela via do desejo, compreendido como potência.

De uma forma revolucionária, e contrapondo o que diz a psicanálise, Deleuze e Guattari (1972) vão dizer que o desejo é energia produtiva e, portanto, propulsora da construção da realidade social pelo sujeito. Esse desejo, que se forma em nível inconsciente, é criativo, revolucionário e produz o “real social” em toda a dimensão da vida. É essa produção desejante, ou o desejo enquanto produção, e não como falta, que esta pesquisa encontra quando dá voz aos usuários de práticas terapêuticas tidas como vitalistas. É um desejo constitutivo de subjetividades, que torna os sujeitos os protagonistas por excelência de processos de mudança no plano social (FRANCO; MERHY, 2013).

Esse desejo é o núcleo propulsor da produção social pelos sujeitos individuais e coletivos. As subjetividades desencadeadas por ele é a expressão de singularidades nos sujeitos, ou seja, um modo singular de perceber e atuar no mundo em um determinado tempo e espaço. São passíveis de modificações a todo momento, podendo um mesmo sujeito expressar várias singularidades, dependendo do tempo-espaço ao qual ele está inserido e dos afetos¹⁰ produzidos (FRANCO; MERHY, 2017).

Como o modelo de cuidado das PICS é a “busca por um estilo de vida mais independente da sociedade de consumo, com base na consciência ecológica, na espiritualidade, na concepção de saúde holística e não dualista”, talvez isso indique a presença de ideias anímicas, religiosas, tradicionais e vitalistas na visão dos usuários (TESSER; BARROS, 2008, p. 917). Essas concepções contribuem para uma maior aceitação popular e implementação das PICS no SUS, e esse modelo permite a

¹⁰ Afetos aqui tem o sentido dado por Espinosa, e diz respeito à capacidade de afetar e ser afetado a partir do encontro. Produzem maior potência quando trazem positivities, “alegrias”, ou, se trazem negatividades, “tristezas”, produzem menor potência. (Deleuze; Espinosa, 2002 apud Franco; Merhy, 2017)

construção de novas estruturas de poder e de relações, com novas disposições e motivações para profissionais e usuários. Isso justifica dizer que, nesse processo de construção do novo, segundo Baremlitt (2012, p. 46), “[...] o desejo se realiza em conexões locais, micro, e se efetua gerando o novo, não se concretiza restituindo o antigo [...]”.

Para Tesser e Barros (2008, p. 918), nessa produção, os usuários apresentam como cultura em saúde um “calidoscópico de várias representações sobre o homem e as doenças”, e isso facilitaria essa interação usuário-PICS. Importante ressaltar aqui a compreensão de Frenk (1992) sobre a influência dos processos culturais, cognitivos e comportamentais no sujeito, revelando que esses processos são inerentes ao desejo (que a pesquisa entende ser, nesse contexto, o desejo faltoso).

É interessante salientar que para este estudo o usuário é um ser plural, dotado de razão, emoção, intuição, sensibilidade e espiritualidade, devendo ser compreendido em suas múltiplas abordagens. Sendo assim, importante destacar que a dimensão da espiritualidade faz parte desta pesquisa, e surgiu durante as entrevistas com os usuários. Por entender que espiritualidade é um termo que também permeia o conceito de saúde, sendo um dos aspectos que compõem o conceito de bem-estar completo do ser humano (RODRIGUES, 2015), é importante esclarecer sua presença enquanto opção de tratamento na saúde, muitas vezes associada ao uso das PICS.

É baseado na importância de que todo cidadão tenha acesso universal a serviços de saúde, contemplando sua individualidade e integralidade (BRASIL, 1990), como estabelecem os princípios do SUS, que a espiritualidade deva ser retratada, pois a saúde, quando vista de forma integral, deixa de ser uma questão isolada a ser resolvida, mantida ou restabelecida, e passa a fazer parte das diversas relações existentes entre todos os sujeitos e condicionantes envolvidos no processo, suas crenças, cultura, desejos e saberes. Esse entendimento se confirma em Baremlitt (2012, p. 45), quando diz que o importante “[...] não é a produção das semelhanças ou de analogias entre os sujeitos, mas a produção de diferenças, a singularidade de cada sujeito produzido em cada lugar, a cada momento.”

A Política Nacional de PICS não elenca tratamentos espirituais como uma prática alternativa de saúde, entretanto, seu glossário temático (MS, 2018) traz o conceito de

qualidade de vida como percepção individual, que considera aspectos objetivos e subjetivos da vida e esclarece que, para analisá-la, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera dentre os domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e ambiente, também a espiritualidade.

A pesquisa se deparou em seus resultados com a espiritualidade como tratamento de saúde fora do contexto da rede de saúde pública municipal, mas como opção de prática alternativa e complementar que permeia a comunidade. Embora não seja interesse do estudo se aprofundar em definir o que vem a ser o domínio da espiritualidade, tampouco como ela se articula com as instituições e seus atores, é relevante indicar que essa categoria se faz presente em tratamentos de saúde de forma velada, segundo falas de usuários, e que transversaliza as práticas de PICS institucionalizadas. Por isso, torna-se pertinente abordar o assunto.

A dimensão da espiritualidade

“Se no mundo urbano as pessoas conseguem falar dos problemas de saúde sem tocar na questão espiritual, no meio indígena isso é praticamente impossível. Eles estão sempre se referindo à questão da espiritualidade”. Eymard Mourão Vasconcelos

A espiritualidade veio ao encontro da pesquisa por meio de um usuário da USF pesquisada – o Sr. Índio (USUÁRIO 12). Um usuário inusitado que encontra a pesquisadora durante uma tarde de entrevistas. Foi assim que se deu o encontro com um senhor de 94 anos, que se identificou como índio “Poti” e raizeiro: “eu sou índio, ‘fíio’ de índio e neto de índio, índio Poti” (diário de campo em outubro de 2018). Interessante para o estudo foi saber que seus conhecimentos não poderiam ser compartilhados na USF onde abordou a pesquisadora, justo porque seriam saberes incomuns e não aceitos naquele ambiente. Um raizeiro que se nega a falar sobre suas garrafadas e infusões, aparentemente por medo ou insegurança dos profissionais que lhe atendem, como afirma: “[...] aqui eu não posso falar nada disso não... é proibido... porque os médicos não gostam, ficam brabos... acham que vou tomar o trabalho deles” (*risos*).

Foucault (2004) afirma que todas as relações humanas são permeadas por relações de poder. Tomando essa afirmação como referência, pode-se supor que a atitude

receosa do Sr. Índio se deve ao fato de o poder representado pelo saber instituído, no caso, o saber biomédico, desvalorizar outros saberes que não sejam científicos.

Um segundo encontro foi possível em sua casa, em outro dia, como havia combinado com a pesquisadora. Foi em casa, ao redor da família, que o Sr. Índio se colocou à vontade para falar de suas experiências com raízes: “[...] usei raiz vida toda, e curei muita gente, gente que nem cura tinha. [...] aprendi com o crescimento, na roça de Minas [...] tem aqui perto a pata-de-vaca pra gordura do sangue, não precisa de remédio não, sabia? [...]”. E insistiu em falar de suas práticas espirituais para tratamentos de enfermidades: “tenho esse dom da visão... coisa que Deus dá e tira [...] se Deus quiser, você cura”. A pesquisadora pôde perceber o receio em falar sobre esse assunto, ao mesmo tempo em que ignorá-lo para falar de sua saúde era impossível. Segundo ele, essas ‘visões’ estão presentes desde criança, e participa de rituais de cura em casas espíritas sempre que sente necessidade, ao mesmo tempo que se diz católico, pois [...] “todo domingo ele se arruma todo para ir à missa aqui do lado, é o passeio preferido”, conforme relata a filha, usuária também entrevistada pela pesquisa (USUÁRIA 13).

A família (ele, as filhas e os netos) tem como primeira opção de tratamento para os problemas de saúde esses rituais em casa ou em “centros espíritas”, e confessam não relatarem sobre isso aos médicos por medo da descrença desses profissionais: “Vamos sempre que precisamos. Aqui todos acreditam nisso. A gente não gosta de falar muito sobre isso porque as pessoas têm preconceito, eu sou costureira, não posso ficar falando disso. Os médicos não acreditam, então nem falo.” (USUÁRIA 14). Mais uma vez, pode-se ir em Foucault (2012) quando esse autor afirma que a verdade é produzida graças a múltiplas coerções, e produz efeitos regulamentados de poder, discursos que acolhem e fazem funcionar como verdadeiros. Isto é,

[...] os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos; a maneira como sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que tem o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 2012, p. 52).

Das PICS que o serviço público de saúde oferta, o Sr. Índio apenas usa a homeopatia, por intermédio da filha mais nova: “Ontem mesmo ele tomou a dose única, não foi, pai? Pra acalmar e dormir a noite toda. Levo ele todo mês no CRE. Ele quase não

toma remédio de farmácia” (USUÁRIA 13). Revelam vínculo forte e antigo com o médico homeopata do estado e desconhecimento do serviço de homeopatia do município. Mesmo morando muito próximo ao parque comunitário, local das práticas terapêuticas corporais, a família desconhece essas ofertas de PICS pela prefeitura, e o Sr. Índio nunca foi encaminhado pela USF.

Há inúmeros estudos científicos na saúde que documentam a influência da espiritualidade no tratamento de doenças. Espiritualidade como sendo um sentimento pessoal que dá sentido à vida, e relaciona-se com o transcendente e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido. Pode ser definida como “um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida” (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001, p. 108).

A espiritualidade está relacionada ao cuidado de si, seguida de práticas de orações, maior contato íntimo com a natureza e conexão com uma força superior. Cada vez mais se tem conhecimento de que contribuem para melhoras significativas de doenças, e para que os eventos da vida sejam interpretados positivamente e enfrentados de forma mais eficaz (ESPÍRITO SANTO et al, 2013).

É preciso destacar que não é objetivo deste estudo o aprofundamento nesse tema em sua relação com a saúde ou com as PICS, tampouco sua associação ao entendimento indígena. Porém, como afirma Ballarin e colaboradores (2016, p. 136), “o cuidado deve pautar-se no desenvolvimento e na compreensão da totalidade do ser humano, sendo necessário considerar todas as dimensões que o constituem, incluindo a espiritualidade.” Para tanto, o surgimento dessa forma de cuidado entre os entrevistados, sem que fosse interesse da pesquisa, foi reconhecido como relevante, visto que o encontro com o Sr. Índio despertou na pesquisadora curiosidades sobre o tema e a certeza de que há usuários em que o processo saúde-doença é vivido, representado e significado a partir da espiritualidade.

É sabido que algumas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde promovem uma comunicação mais fácil, com valores espirituais das várias culturas, religiões e tradições dos usuários. Outras já apresentam esses aspectos espirituais incorporados em seus conhecimentos e atuação (VASCONCELOS, 2006). Entretanto, o uso da

espiritualidade em suas diversas apresentações para tratamento de saúde corrobora com o entendimento na mudança de paradigma da saúde, que, de centrada em uma visão cartesiana e dualista (mente-corpo), passa a ter uma visão mais integral e abrangente, incluindo a perspectiva mente, corpo e espírito, o que colabora para o desenvolvimento e crescimentos das PICS.

Necessidade de saúde e integralidade: a cadeia de cuidados

“Trabalho vivo em ato, afecções nos encontros, processos de subjetivações, têm a energia para a necessária desterritorialização que se pretende provocar nas práticas em saúde” (FRANCO, 2013)

Ainda hoje, as políticas e as ações no campo da saúde têm-se pautado predominantemente pelo conceito de doença. A carência de estudos sobre o conceito de saúde propriamente definido parece indicar uma dificuldade do paradigma científico dominante, nos mais diversos campos científicos, de abordar a saúde de forma positiva, e não apenas como ausência de doença¹¹ (COELHO E FILHO, 2002). Diante da força e da hegemonia do modelo biomédico, para a maioria da população, saúde é não estar doente. Porém, essa é uma definição muito limitada, pois nem sempre a ausência de sinais e sintomas indicam a condição saudável do sujeito, e há muitos que se consideram com saúde, ainda que portadores de uma determinada doença (BATISTELLA, 2007).

O discurso científico, as especialidades e a organização institucional das práticas em saúde foram e são formados sobre conceitos objetivos¹² de doença, ao invés de saúde, e isso impacta diretamente na existência de uma significação mais ampla da

¹¹ A visão da saúde entendida como ausência de doença é largamente difundida no senso comum, mas não está restrita somente a essa dimensão do conhecimento. Essa ideia também é afirmada pela medicina, e tem orientado a grande maioria das pesquisas e da produção tecnológica em saúde. Para compreender as razões dessa prevalência, é preciso buscar sua gênese na fundação do paradigma biomédico. Já no debate contemporâneo, diversos autores têm criticado a definição negativa de saúde (BATISTELLA, 2007).

¹² Christopher Boorse, filósofo americano citado por Almeida Filho e Jucá (2002), defende que a classificação de estados humanos como saudáveis ou doentes deva ser realizada somente com base em dados objetivos, aqueles extraídos dos fatores biológicos da natureza, sem necessidade de juízos de valor. Dessa forma, esse autor exclui as dimensões econômica, social, cultural e psicológica da base teórica da saúde-doença, rejeitando também a experiência clínica como referência viável.

saúde e do adoecer (CZERESNIA, 2012). Dizer, portanto, que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, e que saúde não é mera ausência de doença, já é considerado um bom começo, pois manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000). Porém, mais importante do que questioná-lo, é reconhecer a importância de se criticar pensamentos que negam seus limites científicos, considerados redutores e incapazes de dar conta da totalidade dos fenômenos de saúde e doença, e que dificultam outras construções teóricas (CZERESNIA, 2012).

Diante disso, para a interpretação de determinantes e condicionantes sociais dos processos saúde-doença, põe-se em evidência a urgência de se revitalizar as práticas em saúde para além dos eventos biológicos e patológicos. O processo de ampliação¹³ do conceito de saúde permite compreender saúde não mais como ausência de doença, e sim como um estado de bem-estar ou mesmo de sentimento de realização e felicidade.

O campo da Saúde Coletiva possui um discurso contemporâneo abrangente sobre conceitos, reflexões e tendências das ações de saúde, numa perspectiva que relaciona saúde e condições de vida. Considera a presença de elementos físicos, psicológicos e sociais vinculados à conquista de uma vida saudável, destacando o desenvolvimento da participação coletiva, juntamente com as habilidades individuais no processo de promoção de saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2012).

O amadurecimento das discussões no interior desse campo permite compreender que o fato de se pensar de modo mais complexo a questão da saúde não diz respeito à incorporação de um novo discurso, mas sim de conseguir transitar entre diferentes níveis e formas de entendimentos da realidade, tendo como referencial não sistemas de pensamentos, mas os acontecimentos que, na prática do serviço de saúde, nos mobilizam a elaborar e a intervir (CZERESNIA, 2012).

Importante destacar que dentre as premissas humanizantes trazidas pela área da Saúde Coletiva estão a ampliação da clínica, o acolhimento, o cuidado, a integralidade

¹³ “Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Brasil, 1986).

e promoção da saúde (LUZ, et al, 2012). E será no campo do cuidado que a construção das relações se dará em ato, possibilitando o encontro nesse território pertencente aos usuários e a todos os trabalhadores da saúde, com o compartilhamento de afetações, permitindo a identificação de um problema ou criação das possibilidades para o seu enfrentamento (necessidades). É aí que deve se fazer valer a autonomia dos usuários (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010).

Feuerwerker (2011) vai chamar de cadeia do cuidado em saúde todos os arranjos que possibilitem articular o acesso aos diferentes tipos de serviços, garantindo a manutenção do vínculo e da continuidade das diversas formas clínicas de cuidado. São muitos os atores responsáveis por esse processo, mas é importante que se reconheça que o usuário deve ser o protagonista desse cuidado e gestor de sua própria vida, sendo responsável por suas escolhas, possuindo cada vez mais autonomia na condução do cuidado.

Onde quer que se dê a entrada do usuário no sistema, é no encontro entre profissionais da saúde e a comunidade que se reconhecem as necessidades e desejos de saúde dos usuários. Será nesse primeiro momento da cadeia do cuidado que 'necessidades' serão não só reconhecidas, mas também recortadas, traçadas e definidas (EGRY, 2008). A construção do vínculo nesse encontro permite que as necessidades dos usuários surjam e sejam traduzidas em suas complexidades e individualidades (CECÍLIO, 2009), criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes de falas, escutas e interpretações, com a possibilidade de uma acolhida ou não, das intenções que os sujeitos colocam nesse encontro (MERHY apud GUIZARD; PINHEIRO, 2004).

Necessidades de saúde podem ser consideradas como referência para a organização dos serviços e das práticas em saúde (FEUERWERKER, 2011). Tal como as demais necessidades humanas, as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas e referem-se às múltiplas dimensões do real. Dizem respeito à singularidade dos fenômenos de saúde ou doença que afetam os indivíduos e suas famílias, as particularidades dos processos de produção e reprodução dos distintos grupos sociais e aos processos mais gerais de estruturação da sociedade (EGRY et al, 2008). Vão desde as boas condições de vida até o direito de ser acolhido, escutado,

desenvolver vínculo com uma equipe e ter acesso a todos os serviços e tecnologias que se façam necessários (FEUERWERKER, 2011).

Segundo Cecílio (2009), necessidades de saúde também se relacionam com a integralidade da atenção de cada serviço, e podem estar associadas à busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa está vivendo, a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de se ter maior autonomia no modo de vida, ou mesmo de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível capaz de melhorar e prolongar sua vida. Nesses casos, a necessidade de saúde é a definidora da busca pelo cuidado.

A noção de Integralidade em saúde aparece na Constituição de 1988, artigo 198, inciso II, que preconiza o “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, Art. 198), e desde então se difunde um entendimento mais global e mais amplo sobre o indivíduo, que contemple seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, entre outros. A Política Nacional de PICS também corrobora para a integralidade da atenção à saúde, ao considerar o indivíduo na sua dimensão global, e quando afirma que

[...] ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS” (BRASIL, 2015, p. 7).

Na realidade, pensar em integralidade do cuidado pode significar incorporar à produção de cuidados em saúde as diferentes necessidades dos usuários e, principalmente, o contexto em que essas necessidades de saúde são produzidas (GRABOIS,2011).

Portanto, é como forma de enriquecimento na tradução das necessidades de saúde que este estudo traz a discussão sob a ótica da integralidade, inclusive para que o entendimento do que venha a ser necessidade de saúde não se restrinja à leitura biomédica. Feuerwerker (2011, p. 1) afirma que “tomar a integralidade como eixo da atenção implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde”. Dessa forma, como resultado de campo dessa pesquisa, foi possível constatar que a ideia de necessidade e desejo de cuidado, relatada por alguns usuários entrevistados, mostrou-se diferente das definições estabelecidos pelo o que foi proposto por Frenk.

O modelo assistencial de saúde no qual as PICS se inserem é um tipo de organização de trabalho que prioriza a consulta médica, centrada no ato prescritivo e produtora de procedimentos. Segundo Merhy e Franco (2013), historicamente a formação desse modelo assistencial para a saúde esteve centrado em tecnologias duras e leve-duras, produzindo um fluxo de trabalho onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais. Mas, para além de tecnologias mais estruturadas, definindo a micropolítica do trabalho em saúde, esses autores verificaram um outro tipo de trabalho fundamental para a produção de cuidado, o das relações. A essas, quando identificadas no trabalho em ato, no encontro e no agir entre sujeitos, profissionais e usuários, individuais e coletivos, denominam de tecnologias leves, justamente pelo seu caráter relacional.

As PICS, em essência, possuem uma outra lógica de cuidado, que vai de encontro ao que se tem instituído como modelo de saúde. Possuem como características, além de uma participação dinâmica no processo de trabalho e cuidado, o foco relacional desse trabalho em ato. Há na produção do cuidado a predominância do trabalho vivo¹⁴ e, conseqüentemente, o uso das tecnologias leves. Para Luz (2015, s/p), as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde não lidam com a “causa de patologias” (ou seu estágio) e sua medicalização, mas “lidam com a origem do adoecer dos sujeitos, e a reposição da saúde”. Dessa maneira, fica implícito (e muitas vezes explícito) que não basta prevenir doenças ou medicalizar as populações, mas é necessário também assegurar uma qualidade de vida básica, que não compete à medicina proporcionar, mas ao Estado e à sociedade, para que possa haver uma população efetivamente sadia (LUZ, 2003).

Em meio a uma estrutura organizada de atenção à saúde no formato cartesiano, com processos de trabalho duros e mecanizados, eis que surgem pensamentos e formas de cuidados potentes e dinâmicos, focados na manutenção da saúde e no empoderamento dos sujeitos. Profissionais que se articulam de forma criativa e desafiadora buscam a todo tempo maneiras de incorporar práticas e vivências voltadas para o coletivo, e que ultrapassam as estruturas da unidade de saúde estudada. O objetivo não é abordar doenças nem focar em patologias e diagnósticos,

¹⁴ No seu texto de 1997, “Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato”, Merhy resgata para a saúde coletiva o conceito e a potência do trabalho vivo, caracterizando-o como um processo agenciado por sujeitos, que traz em si o atributo da liberdade, criação, inventividade.

mas trabalhar a ideia de saúde para além do entendimento biomédico. Barembritt (2012) vai dizer que

[...] é importante saber que a vida social – entendida como o processo em permanente transformação que deve tender ao aperfeiçoamento e visar a maior felicidade, maior realização, maior saúde e maior criatividade de todos os membros – só é possível quando ela é regulada por instituições e organizações e quando nessas instituições e organizações a relação e a dialética existentes entre o instituinte e o instituído, entre o organizante e o organizado (processo de institucionalização-organização) se mantêm permanentemente permeáveis, fluidas, elásticas. (BAREMBLITT, 2012, p. 30-31)

Portanto, os resultados desta pesquisa permitem afirmar que há uma rede de tratamentos e práticas de saúde que atravessa o que se entende como organizado. Há fluxos de ideais e atividades que permeiam uma equipe ou unidade de saúde e que se conecta em qualquer ponto dessa organização. São fluxos que surgem do processo relacional de trabalho e fazem com que haja conexão entre trabalhadores, usuários, pessoas e coisas, que se colocam no plano do processo de produção do cuidado e são partes constitutivas do mesmo. Dizem respeito ao campo invisível do cuidado em saúde, aos afetos que dão significado à relação trabalhador-usuário e ao próprio cuidado que se realiza (FRANCO; MERHY, 2017).

É dessa forma excepcional que algumas PICS estão organizadas na USF da pesquisa, e que os usuários parecem entendê-las. Luz (2015) já disse ser um desafio conciliar lógicas tão divergentes, muito mais para o profissional de saúde do que para o serviço. Identificou-se que o usuário muitas vezes desconhece a relação dessas práticas com a unidade de saúde, e há muitos profissionais da USF que não as reconhecem como ofertas de saúde. Entretanto, para Tesser (2009), os usuários

“[...] transitam sincreticamente pelos saberes, práticas, concepções e valores das várias medicinas e técnicas sem problemas relevantes, percorrendo diferentes itinerários terapêuticos e, porque não dizer, promotores de saúde, quando a eles têm acesso. (TESSER, 2009, p. 1739)

De acordo com a relação divergente entre modelos de cuidado biomédico (no qual apoia-se Frenk) e não biomédico ou Vitalista (PICS), muito presente nas evidências deste estudo, foi possível sistematizar as diferenças encontradas no seguinte quadro:

CATEGORIAS DO ACESSO/MODELOS DE CUIDADO	Modelo Biomédico – Frenk	Modelo não biomédico – PICS
Necessidade de saúde	Falta de saúde; doença; definidora do desejo.	Promoção de saúde; bem-estar.
Desejo	Definido pela falta; freudiano.	Mecanismo de produção; deleuzeano.
Busca e Utilização	Pelo serviço de saúde; Baseado no desejo de cuidado; deslocamento do usuário; dependente da oferta.	Busca por práticas vitalistas; Baseado no desejo de cuidado numa lógica não biomédica; Insatisfação com modelo biomédico.
Continuidade	Usuário passivo; manutenção do tratamento por um tempo;	Usuário protagonista do cuidado; Integralidade da atenção e da oferta de PICS; Interesse por tratamentos alternativos; Desmedicalização.

QUADRO 4: Algumas possíveis diferenças entre os modelos de cuidado

Fonte: Própria autora (2019).

Desejo como produção de saúde

“O desejo é da ordem da produção e qualquer produção é ao mesmo tempo desejante e social”. (Deleuze & Guattari, 1972, p.308)

Compreende-se que os resultados dos estudos de Frenk (1992) indicaram que a necessidade de atenção à saúde e o desejo são determinantes do acesso e inerentes ao sujeito. De acordo com o entendimento de necessidade de saúde extraído do referencial, ela desencadeia um desejo baseado na falta de saúde, que pode ser traduzido e compreendido numa perspectiva freudiana, conforme já afirmado. Baremlitt (2012, p. 43) corrobora com esse entendimento, ao afirmar que “o desejo segundo a Psicanálise é um impulso que tende a reconstituir estados perdidos [...]”. Ainda para esse autor, os sujeitos possuem saberes determinantes e modificadores de suas condições de vida, transformando os campos de suas existências e construindo fluxos potentes, “sem apelar para os saberes instituídos e estabelecidos”. Assim sendo, Baremlitt permite reconhecer a existência de forças inconscientes que

são denominadas pelo Institucionalismo¹⁵ de desejos, e entender ainda que essas forças são uma reelaboração do conceito de desejo inconsciente da psicanálise.

Diante dessa linha de pensamento, a pesquisa pôde observar em ato uma outra perspectiva de desejo nesse processo de busca por saúde, um desejo completamente inverso ao entendido pelo senso comum e pela psicanálise. O desejo do institucionalismo, imanente à produção, uma força também inconsciente, mas que tende a criar o novo, entendido como o imprevisível (BAREMBLITT, 2012).

No real, nos encontros com os usuários durante o campo da pesquisa, foi possível identificar caminhos diferentes para o acesso, que vez ou outra fogem de protocolos definidos e ressignificam o sentido da necessidade de saúde, permitindo a continuidade ou modificação dos fluxos do acesso. Diante da existência de uma outra lógica sobre o cuidado em saúde, coexistindo com o cuidado biomédico e sendo influenciado por este, entende-se ser pertinente questionar o acesso segundo uma perspectiva linear, estática e compartimentada, definido assim pelo referencial adotado por esta pesquisa. Contudo, esse referencial escolhido para a pesquisa traz contribuições ao ampliar a visão de acesso dentro dessa perspectiva, através da categoria “desejo”, como algo subjetivo e inerente ao acesso e definidor dessa busca pelos serviços de saúde. A partir daí surgem algumas questões para a problematização. De que desejo se fala? É possível definir “desejo”? De que forma as concepções de desejo alteram a perspectiva do acesso?

Mesmo não estando no escopo teórico desta pesquisa a ideia de aprofundar as concepções de desejo, o campo exigiu essa investigação. Apoiado na ideia de que não será possível esgotar o assunto, o estudo optou por trabalhar com duas concepções de desejos que respondem às indagações encontradas nos resultados.

Assim sendo, o campo do estudo possibilitou a análise de que existem processos contínuos e buscas constantes por saúde que acontecem de formas variadas, cíclicas, e dinâmicas, que atravessam o campo de forças instituído, ao mesmo tempo que dialogam com ele. O estudo possibilitou a escuta dos usuários, protagonistas de todo

¹⁵ O Movimento Institucionalista é um conjunto heterogêneo, heterológico e polimorfo de orientações, entre as quais é possível se encontrar pelo menos uma característica comum: sua aspiração a deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos autoanalíticos e autogestivos dos coletivos sociais (BAREMBLITT, 2012, p. 11).

processo que engloba produção de saúde, sendo capaz de constatar através de suas falas desejos potentes em busca de produção de equilíbrio, vitalidade, cura, alternativas mais naturais, desmedicalização, autocuidado e autoconhecimento, dentre outros. Isso pôde ser identificado inclusive naqueles usuários que relataram a doença como disparadora da procura pelo cuidado.

Entende-se aqui que o desejo é da ordem do revolucionário, transformador do real e não pode ser reduzido a um objeto estático ou fechado. É o desejo que impulsiona um corpo consciente de seu desarranjo a movimentar e se rearranjar. É o desejo o responsável por fabricar novos arranjos (PARNET, s.d.). Isso poderia explicar o fato de usuários buscarem serviços de saúde em função de uma enfermidade, entendida aqui como desequilíbrio e desarranjo de um corpo, e, a partir do desejo impulsionador, criarem outros fluxos, novos processos e novas (des)organizações e, por que não, novas práticas para obter saúde.

De acordo com essa linha de pensamento, Baremlitt (2012) afirma que

os homens entram nos processos históricos e sociais determinados por forças desejantes, por vontades que eles não controlam e não conhecem, mas que têm a ver com o prazer, que têm a ver com o sofrimento e têm a ver com vivências e mecanismos subjetivos ainda mais profundos". (BAREMBLITT, 2012, p. 43)

Isso explica, por exemplo, como um mesmo usuário pode transitar por mais de uma PICS há anos e “não conseguir” responder por qual necessidade de saúde ele acessou, visto que não mais existe o sofrimento que possivelmente o impulsionou, ou nunca existiu, ou, se existiu, provavelmente foi ressignificado.

Ao entender que a lógica de um cuidado vitalista, não biomédico, como o das PICS, se opõe à lógica do cuidado hegemônico em saúde, faz-se necessário pensar sobre a “filosofia da diferença” proposta por Deleuze, que vai enaltecer as singularidades e dar importância não ao que é semelhante ou análogo, mas sim ao que é diferente. Assim, em cada momento, em cada lugar de produção do diferente, a predominância do instituído vai favorecer o aparecimento de desejos assujeitados aos interesses dominantes, o que Baremlitt (2012) irá chamar de subjetividade assujeitada. Por não serem semelhantes, não há que considerarem suas singularidades. Isso pode ser uma das explicações para a relação das PICS com o modelo biomédico instituído e sua força no campo da ciência e da saúde, como também pode explicar a dificuldade dos

profissionais biomédicos em reconhecerem os desejos dos usuários durante o encontro com eles e identificar que não existe falta de saúde, e sim desejo de produzir saúde, não o assujeitando e considerando suas singularidades e potências.

Ressalta-se que todas as PICS desta pesquisa foram encontradas marginais ao sistema público de saúde municipal, como é o caso da acupuntura e da homeopatia, racionalidades que trabalham com uma lógica vitalista de cuidado, mas apresentam-se submetidas à lógica do modelo dominante de saúde local, não estão localizadas na APS e fazem parte da atenção secundária numa região de difícil acesso geográfico (ou ecológico) às demais comunidades de Vitória. Destaque para os tratamentos espirituais, que talvez possam ser considerados tratamentos tradicionais, alternativos, e não estão explícitos na política (PNPICS). Outro destaque se dá para as práticas corporais abordadas pela pesquisa, que estão inseridas num contexto desconectado da USF e invisibilizadas para o sistema de saúde (não para a comunidade), mas que são singulares em suas produções.

Diante disso, este estudo entende que o acesso às PICS pode ser movido por desejo, e que esse desejo é produtor de vitalidade e imanente ao sujeito. Compreende ainda que o sujeito é protagonista do cuidado e deve ser colocado no centro de todo o processo de produção de saúde. Considera que esse processo é detentor de fluxos que perpassam em todas as direções, formando esse campo de potência na saúde, por onde também atravessarão as barreiras e os facilitadores do acesso às PICS. A interpretação da necessidade de saúde a uma “falta”, conforme entende o referencial teórico adotado, é aqui observada como um dificultador desse desejo de produção nesse campo de forças.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Fiquei escrevendo no diário enquanto observava usuários que chegavam e saíam. Hoje a unidade de saúde estava bem tranquila. Vi uma usuária entrando com dificuldades nos passos...me aproximei um tempo depois de onde sentou, me apresentei e perguntei se gostaria de participar de uma pesquisa. Ela sorriu e aceitou feliz! Ali mesmo conversamos.”
(Diário de Campo, outubro de 2018)*

Ao alcançarmos as singularidades das terapêuticas observadas neste estudo, se torna notável que a dialética ultrapassa os limites do que existe de referencial sobre o termo “acesso”, e, portanto, mesmo utilizando o que se entende de acesso na literatura, ou um acesso ampliado, conforme propõe Frenk, ainda assim não é possível contemplar todas as peculiaridades de acesso às PICS.

Os fluxos de acesso às PICS se estabelecem mediante os estilos de cuidado e formas de ofertas dessas práticas. PICS que obedecem à lógica já instituída de atendimento à saúde e, na prática, são acessadas de acordo com a estrutura de um serviço biomédico, encontram-se capturadas por esse modelo hegemônico de organização de saúde, ou seja, seguem o formato já estabelecido pela via da necessidade de saúde atrelada a um processo de doença específico. Isso foi identificado a partir dos usuários dos sistemas médicos complexos (acupuntura e homeopatia) e de fitoterapia. Portanto, não basta o usuário entender de sua necessidade de saúde e desejar para além do cuidado biomédico ofertado, mas ele precisará seguir todas as normas definidas pelo serviço, onde a consulta com o profissional médico generalista é definidora do acesso, para assim entrar em contato com uma dessas PICS. Ressalta-se que essa interferência e captura do modelo biomédico apenas foi explicitamente verificada na forma de organização do sistema de saúde, a relação de seus fluxos, atravessadores e barreiras com o acesso às PICS.

Assim, identifica-se nos usuários dessas racionalidades médicas (acupuntura e homeopatia), bem como nos usuários de fitoterapia, a busca de um cuidado para além da necessidade de saúde médica, pois busca-se e deseja-se um “novo” cuidado. Verificou-se, principalmente, que esses “novos” usuários retornam a esse tipo de serviço ou dão continuidade a eles por ampliarem seus desejos em saúde e ressignificarem suas necessidades/doenças. A opção do acesso por essas racionalidades irá englobar desde a forma diferenciada de acolhimento do profissional

de saúde praticante e o tipo de escuta oferecida até os ganhos referentes à desmedicalização e a outros efeitos no organismo associados ao uso de práticas mais vitalistas e menos focadas na doença.

Já as PICS que cruzam e ultrapassam os fluxos organizacionais de acesso estabelecidos pelo serviço, como é o caso das práticas corporais, e se dão de forma paralela ou independente deles, pode-se dizer, possuem um tipo de atuação flutuante e dotada de dinamismo e especificidade. Diante dessas características e dos achados nesta pesquisa, entende-se que o fluxo do acesso às práticas corporais não se dá de forma linear, dado que, mesmo existindo uma forma de acesso ao serviço de saúde já instituída, verificou-se que o uso dessas práticas não está vinculado a uma necessidade-usuário-dependente, muito menos submetido à forma engessada e dura dos serviços.

É importante constatar que o contexto social e cultural dos usuários é influenciador de desejos e necessidades de saúde. Diferentes representações de indivíduo-pessoa, corpo-espírito, saúde-doença, cuidado-tratamento, cura-equilíbrio, estão presentes nos distintos agentes sociais, pacientes ou terapeutas, e mesmo em indivíduos “sadios” praticantes de atividades, sem referência à questão do adoecimento. A esses agentes são atribuídos diferentes sentidos às distintas atividades que desenvolvem (LUZ, 2003).

O acesso às PICS pode ter seu início no desejo do usuário de um cuidado não-biomédico, na oportunidade que o usuário se dá de realizar atividades promotoras de saúde, onde o corpo atua em busca do equilíbrio, integrando mente e espírito, atingindo dimensões outras, e não só a física. O acesso a essa lógica de cuidado pode ser desencadeado pela visibilidade e conhecimento da oferta, quando, a partir dela, o desejo, enquanto força produtiva, será despertado. Como também pode se dá no desenvolver do autocuidado e sem contato algum com o serviço público.

Deve-se levar em conta que a noção de necessidade de saúde pode não existir, pelo menos de maneira consciente, e que o encontro com essas práticas corporais pode ser traduzido pelo acaso, pela curiosidade e, como em sua maioria, pela disponibilidade do serviço/oferta. O sentido atribuído a elas pode não ser reconhecido diante de tamanha subjetividade a que pertencem. Diante disso, será o caminho

traçado ao encontro delas e as rotas de fugas estabelecidas os determinantes do fluxo do acesso.

Essas diversas possibilidades de encontros com as PICS permitem identificar a marginalidade desse cuidado em todas as opções de acesso, desde a falta de conhecimento e a não-indicação dos profissionais de saúde até a localização geográfica da oferta. A dificuldade de se estabelecer uma direção única, um fluxo determinante, e dimensioná-lo, foi observada no começo de todo o processo de pesquisa, antes mesmo de se iniciar o campo, quando a lógica do cuidado ia de encontro com a lógica do sistema.

A partir dos resultados deste estudo foi possível identificar não só lacunas que interferem no acesso às PICS, bem como as fragilidades e dificuldades no desenvolvimento do processo de implantação da Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no município. A falta de capacitação profissional, a escassez de recursos para investimentos e a barreira da falta de informação aos usuários são os principais achados que podem impactar diretamente na construção da política municipal. Além disso, ficou evidente que esforços individuais de profissionais de saúde municipais são forças isoladas no desenvolvimento dessas práticas na rede pública de saúde.

Relevante destacar que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde possui como lacuna a não contemplação de práticas de saúde tradicionais do Brasil, como a Medicina Indígena e a Medicina Africana. Referente a isso, o estudo traz ainda como resultados a discussão da presença de práticas espirituais na comunidade e um importante envolvimento dessas práticas na saúde de uma família usuária do SUS.

Por fim, conclui-se que os modelos atuais de acesso à saúde são biomédicos, lineares, estáticos e ancorados em necessidades de saúde biomédicas. Esses modelos não dão conta de explicar todos os acessos às PICS nos serviços públicos de saúde, posto que a entrada do usuário no fluxo das PICS vai depender de certas particularidades, inclusive do grau de institucionalização das PICS na rede pública de saúde. Além disso, compreende ser grande o desafio de implementar cuidados não-biomédicos provenientes de outros paradigmas na saúde, excluídos e invisibilizados,

que tentam coexistir nas (inter)faces dos encontros, nas entrelinhas e no contrafluxo do sistema, atuantes no enfrentamento de um campo endurecido, já instituído, do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

- ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>>. Acesso em: 20 Jul. 2018.
- ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14611.pdf>>. Acesso em: 08 Dez. 2018.
- ANDERSEN, R.M.; NEWMAN J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Quarterly**, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690261/>>. Acesso em: 13 Jan. 2019.
- ANDERSEN, R.M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2137284?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 13 Jan. 2019.
- ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia Médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sausoc/2010.v19n3/497-508/pt>>. Acesso em: 13 Jan. 2019.
- ARRUDA, D. **Sistemas de informações e alocação de recursos**. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1998.
- BALLARIN, M.L.G.S. et al. Espiritualidade e saúde no contexto da Terapia Ocupacional. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 135-144, 2016. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3777/2488>>. Acesso em: 8 Dez. 2018.
- BARROS, N.F. **Medicina complementar**: uma refl exão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume/ FAPESP, 2000.
- BARROS, N.F.; OTANI, M.A.P.; LIMA, P.T. Medicina alternativa, complementar e integrativa: problema, dilema e desafio para o campo da saúde. **Einstein: Educação continuada em saúde**, São Paulo, v. 8, p. 148-150, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1766-EC_V8_N3_pg148-50.pdf>. Acesso em: 23 Set. 2018.
- BARROS N.F., SIEGEL P., DE SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2066-3067, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200030>. Acesso em: 28 Out. 2018.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 12 Maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 12 Ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório de Gestão 2006/2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

_____. Portal do Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Tópico sobre Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares em Saúde: Onde tem PICS?** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=onde_tem_pics> Acesso em: 22 Abr. 2019.

_____. Portal do Ministério da Saúde. **No Espírito Santo, 40 municípios utilizam práticas integrativas no tratamento de pacientes do SUS**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42802-no-espirito-santo-40-municipios-utilizam-praticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

_____. Portal do Ministério da Saúde. **Implantação de Serviços de PICS no Sistema Único de Saúde**. Coordenação Nacional de PICS (CNPICS) – DAB. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/implantacao_PICS_SUS.pdf>. Acesso em: 13 Abr. 2019.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, n. 2, v. 3, p. 77-101, 2006. Disponível em: <<http://eprints.uwe.ac.uk/11735>>. Acesso em: 20 Abr. 2018.

CAVALCANTE, R.B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M.M.K. Análise de Conteúdo: Considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr., 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10000/10871>>. Acesso em: 20 Abr. 2018.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009, p.117-130.

COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n2/a05v9n2.pdf>>. Acesso em: 8 Dez. 2018.

CUETO, M. **Saúde Global: uma breve história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, 120p.

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

DELEUZE, G. **Espinosa: Filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University, 1973.

EGRY, E.Y. et al. O projeto Necessidades em Saúde. In: EGRY, E.Y. (Org.). **As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone, 2008, p. 41.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Política de Práticas Integrativas e Complementares do Espírito Santo: Homeopatia, Fitoterapia/Plantas Medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura**. Vitória: Secretaria da Saúde, 2013.

_____. **Manual de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Coordenação Estadual das PIC. Vitória: Secretaria da Saúde, 2013a.

_____. Lei nº 9.058, de 29 de novembro de 2016. **Diário Oficial Legislativo Municipal/ES**. Vitória, 2016.

_____. Site do Governo do Estado: **Espírito Santo em Dados**. Disponível em: <<https://www.es.gov.br/es-em-dados>> Acesso em: 11 Jul. 2018.

ESPÍRITO SANTO, C.C. et al. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 372-378. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32588/20704>>. Acesso em: 4 Abr. 2018.

ESPOSTI, C.D.D. et al. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 765-779, set. 2015.

Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104874>> Acesso em: 13 Jun. 2016.

ESPOSTI, C.D.D. “**Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**”. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2015a.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA (EUA). **Academic Consortium for Integrative Medicine & Health**. Disponível em: <<https://imconsortium.org/about/introduction/>>. Acesso em: 04 Jun. 2018.

FEUERWERKER, L.C.M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J.J. et al (Org.). **Educação, Saúde e Gestão**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2011.

FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO V.L.T. Representações sociais da homeopatia: uma revisão de estudos produzidos no Estado do Espírito Santo. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, Vitória, v. 16, n. 1, p. 999-1005, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011000700032&tlng=pt>. Acesso em: 20 Set. 2018.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 22. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.

_____. Política e Ética: uma entrevista. In: FOUCAULT, M. **Ética, Sexualidade e Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 218-224.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado**. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/10reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>>. Acesso em: 11 Mar. 2018.

_____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRENK, J. The concept and measurement of accessibility. In: WHITE, K. et al. **Health Services Research: An Anthology**. Washington: Pan American Health Organization, 1992, p. 842-55.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005>. Acesso em: 20 Set. 2018.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, 1995, p. 20-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901995000300004>. Acesso em: 19 Jul. 2018.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, J.W.V. (Org.). **Qualificação dos gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011, p. 153-90.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Quando dúvida se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004, p. 37-56.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p.1156-67, 2009.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.

KIDD, I.J. A pluralist challenge to “integrative medicine”: Feyerabend and Popper on the cognitive value of alternative medicine. **Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences**, v. 44, n. 3, p. 392-400, 2013. Disponível em: <<http://doi:10.1016/j.shpsc.2013.05.005>>. Acesso em: 29 Maio 2019.

LIMA, K.M.S.V.; SILVA, K.L.; TESSER, C.D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: Experiência de um serviço municipal de saúde. **Revista Interface: Communication, Health, Education**, v. 49, n. 18, p. 261-272, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000200261&script=sci_abstract&tIng=pt>. Acesso em: 19 Jul. 2019.

LUZ, M.T. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. In: LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 5, p.145-176, 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/228725649_Cultura_contemporanea_e_medicinas_alternativas_novos_paradigmas_em_saude_no_fim_do_seculo_XX>. Acesso em: 19 Out. 2018.

_____. Madel Luz e o Desafio das Racionalidades Médicas e PIC na construção do SUS. **Abrasco**, 2015. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/madel-luz-e-o-desafio-das-razionalidades-medicadas-e-praticas-integrativas-e-complementares-na-construcao-de-um-sus-universal/11921/>>. Acesso em: 9 Mar. 2019.

_____. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993, 32p.

LUZ M.T.; BARROS N. F. **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2012.

_____. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMSUERJ, Abrasco, 2012. Resenha de: MOTTA, P.M.R.; MARCHIORI, R.A. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 833-835, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/22.pdf>>. Acesso em: 3 Jun. 2018.

MARQUES, L.A.M. et al. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 21, p. 663-674, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 3 Jun. 2018.

MARTINS, H.H.T.S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, n. 2, v. 30, p. 289-300, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022004000200007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 Set. 2018.

MELO, S.C.C. et al. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 6, v. 66, p. 840-846, nov./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/05.pdf>>. Acesso em: 12 Jan. 2019.

MENDES, A.C.G. **A delicadeza esquecida: Avaliação da qualidade das Emergências**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E.E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M.P.C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B. (Org.). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007, 406p.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 3, v. 9, p. 239-262, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002>. Acesso em: 11 Nov. 2018.

MORÉ, C.L.O.O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada” no contexto da saúde. **Atas – Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais**, v. 3, p. 126–131, 2015. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154>>. Acesso em: 11 Ago. 2018.

NAGAI, S.C.; QUEIROZ, M.S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 3, v.16, p. 1793–1800, 2011.

NASCIMENTO, L.C.N. et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 228-33, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0228.pdf>. Acesso em: 12 Jan. 2019.

NASCIMENTO, M.C. et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, v. 18, p. 3595-3604, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300015>. Acesso em: 11 Ago. 2018.

NATIONAL Institutes of Health (NIH). **National Center for Complementary and Integrative Health**. USA, 2017. Disponível em: <<https://nccih.nih.gov/about>>. Acesso em: 04 Jun. 2018.

OTANI, M.A.P.; BARROS, N.F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 3, v. 16, p. 1801-1811, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300016>. Acesso em: 11 Set. 2018.

PARNET, C. **O abecedário de Gilles Deleuze**. s.d. Disponível em: <<http://escolanomade.org/wp-content/downloads/deleuze-o-abecedario.pdf>>. Acesso em: 2 Fev. 2018.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: Definition and Relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, v.19, p. 127-140, 1981.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da Integralidade; In: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009, p. 69-116.

RICKETTS, T.C.; GOLDSMITH, L.J. Access in health services research: The battle of the frameworks. **Nursing Outlook**, v. 53, n. 6, p. 274-280, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16360698>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L.R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102355/100673>>. Acesso em: 02 Abr. 2019.

SACRAMENTO, H.T. **A implementação da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Município de Vitória-ES: percepção dos médicos e gestores**. 2015. Dissertação. (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local). Vitória: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, 2015.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, n. 3, v. 31, p. 260-268, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>>. Acesso em: 13 Jun. 2016.

SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 23, p. 75-85, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0104-1169201400010010800014&lng=en>. Acesso em: 11 Jun. 2018.

SANTOS, M.C.; TESSER, C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 11, v. 17, p. 3011–3024, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>>. Acesso em: 11 Jun. 2018.

SANTOS, F.A.S. et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Revista de Saúde Pública**, n. 6, v. 45, p. 1154-1159, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>>. Acesso em: 11 Jun. 2018.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SHEPPARD, M. K. The paradox of non-evidence based, publicly funded complementary alternative medicine in the English National Health Service: An explanation. **Elsevier**, Health Policy, n.119, p.1375-1381, 2015.

SINGER, J.; FISHER, K. The impact of co-option on herbalism: A bifurcation in epistemology and practice. **Health Sociology Review**, v. 16, n. 1, p. 18-26, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5172/hesr.2007.16.1.18>>. Acesso em: 29 Maio 2019.

SOUSA, L.A. et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde – uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 22, p. 301-310, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0301.pdf>>. Acesso em: 11 Jun. 2018.

SOUSA, I.M.C. **Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na Atenção Primária**: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2013.

SOUSA, I.M.C.; TESSER, C.D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 1, v. 33, p. 1-15, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00150215.pdf>>. Acesso em: 11 Jun. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO, 2005, p. 89-111.

TELESI JR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099>. Acesso em: 11 Jun. 2018.

TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 8, v. 25, p. 1732–1742, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/09.pdf>>. Acesso em: 11 Jun. 2018.

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-20, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018>. Acesso em: 12 Set. 2018.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 1, v. 13, p. 195-206, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/23.pdf>>. Acesso em: 11 Jun. 2018.

THIEDE, M.; AKEWENGO, P.; MCINTYRE, D. Explorando as Dimensões do Acesso. In: MCINTYRE, D; MOONEY, G. (Org.). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, p. 137-161.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 5, v. 24, p.1168-

1173, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500025>. Acesso em: 31 Jul. 2018.

TOLEDO, L.V. **Acesso aos serviços de urgência e internação hospitalar por crianças de 0 a 2 anos residentes em Juiz de Fora**. 2014. 220 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Juiz de Fora: Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

TRAVASSOS, C.; Fórum: equidade no acesso aos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p. 1159-1161, 2008.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 183-206.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.190-198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 31 Jul. 2018.

UNGLERT, C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, n. 6, v. 24, p. 445-452, 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n6/02.pdf>>. Acesso em: 19 Fev. 2018.

UNIVERSIDADE do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**: René Lourau na UERJ. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

VASCONCELOS, E.M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 13-160.

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

_____. Portal da Prefeitura de Vitória. **Centro de Especialidades faz mais de 7 mil atendimentos em acupuntura por ano**. Disponível em <<http://www.vitoria.es.gov.br/noticias/noticia-27650>>. Acesso em: 12 Abr. 2019b.

_____. Portal da Prefeitura de Vitória. **Saúde: técnicas orientais ofertadas pela rede municipal agora fazem parte do SUS**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/noticia/saude-tecnicas-orientais-ofertadas-pela-rede-municipal-agora-fazem-parte-do-sus-22018>>. Acesso em: 23 Jul. 2018.

_____. Portal da Prefeitura de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2018-2021**. Vitória, 2017. Disponível em:

<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20171229_plan_mun_saude_2018-2021.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. Portal da Prefeitura de Vitória. **Vitória em Dados**: Região Administrativa 1 – Centro. Disponível em <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados_regiao/regiao_1/regiao1d.asp > Acesso em: 05 Abr. 2019.

_____. Portal da Prefeitura de Vitória. **Vitória em Dados**: Secretaria da Saúde – Equipamentos Públicos por Região Administrativa. Disponível em <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados_area/saude/Equipamentos_15.pdf> Acesso em: 05 Abr. 2019a.

WORLD Health Organization (WHO). Borrador de Declaración. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: Hacia la cobertura universal de salud y el desarrollo sostenible, 2., 2018, Astaná. **Borrador de Declaración**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <<https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2018/06/borrador-de-declaraciocc81n-ii-conf-aps-2018.pdf>>. Acesso em: 17 Abr. 2018.

_____. **General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine**. Geneva: WHO, 2002a.

_____. **Traditional Medicine Strategy**: 2002-2005. Geneva: WHO, 2002, p. 59.

_____. **Traditional Medicine Strategy**: 2014-2013. Geneva: WHO, 2013, p. 76.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr.(a) _____ está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE VITÓRIA-ES: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS” sob a responsabilidade de FABÍOLA FERNANDES BERSOT MAGALHÃES.

JUSTIFICATIVA

Trata-se de uma pesquisa sobre o acesso às medicinas alternativas e práticas corporais existentes na rede pública de saúde de Vitória. Tratamentos mais alternativos e naturais são ainda pouco utilizados e divulgados no SUS, mas há um crescimento deles em todo o país. O processo de implantação desses tratamentos no sistema público de saúde do município precisa ser melhor estudado para que os problemas possam ser identificados e resolvidos, contribuindo assim, para o desenvolvimento de opções mais naturais e menos agressivas de se lidar com a doença e promover saúde.

OBJETIVO DA PESQUISA

Analisar o acesso à Política de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde no Município de Vitória- ES, na perspectiva dos usuários.

PROCEDIMENTOS

Será realizado uma entrevista com uso de gravador para registrar as falas do/a senhor/a, para que seja possível escrevê-las inteiramente em outro momento.

O uso do gravador dependerá do consentimento do/a senhor/a.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

A duração da entrevista será de no máximo 1 hora, com marcação prévia do encontro, podendo ser realizada no mesmo dia, caso seja de preferência do senhor/a. O local de realização será uma sala reservada na própria unidade de saúde ou outro local público, próximo à unidade, desde que seja confortável e agradável para o entrevistado.

RISCOS E DESCONFORTOS

Rubrica

Caso essa entrevista traga lembranças que signifiquem sofrimento ou desconforto para o/a senhor/a, será interrompida e marcada, se for do desejo do/a senhor/a, em outra ocasião mais oportuna. Será garantido o sigilo em relação às informações produzidas e coletadas.

BENEFÍCIOS

O encontro com o usuário do serviço de saúde permitirá um diálogo sobre práticas que promovem saúde, previnem doenças e melhoram a qualidade de vida. O devido retorno à comunidade ocorrerá na medida em que as dificuldades forem identificadas contribuindo para uma forma de cuidado mais acolhedora.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Se algum dano ocorrer devido a essa pesquisa, o/a senhor/a participante será prontamente encaminhado, sem custo algum, pela pesquisadora à unidade de saúde.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

O(A) Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar este consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Eu, como pesquisadora, e meus professores orientadores desse estudo, nos comprometemos a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, e mesmo depois dela.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO

A entrevista será realizada na própria unidade de saúde, mas se houver alguma necessidade de despesa com transporte para a participação da pesquisa, essa despesa será ressarcida pela pesquisadora.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

Não se aplica, pois não existe a possibilidade de danos que exijam indenização.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Rubrica

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode entrar em contato com o(a) pesquisador(a) FABÍOLA FERNANDES BERSOT MAGALHÃES, telefone (27) 99777-6122, ou aos professores Maria Angélica Carvalho Andrade (27 99292-4807) e Thiago Dias Sarti (27 99992-6884), no endereço: Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O (A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando a proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

Rubrica

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória, ____ / ____ / 2018

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE VITÓRIA-ES: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS”, eu, FABÍOLA FERNANDES BERSOT MAGALHÃES, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

Dedo polegar caso não saiba assinar:



APÊNDICE B

Roteiro Guia – Entrevista Semiestruturada com um ator-chave

TÓPICOS E PERGUNTAS A SEREM ABORDADOS

1. Me fale sobre sua relação com as Práticas Integrativas e Complementares.
2. Como está a implementação da Política de PICS no município?
3. Quais são os dispositivos de gestão produzidos e utilizados no processo de implementação da política no município?
4. Como está organizada a oferta das PICS em Vitória?
5. Quais são os maiores desafios enfrentados na concretização da política de PICS no município?
6. Gostaria de acrescentar algo mais?

APÊNDICE C

Roteiro Guia – Entrevista Semiestruturada com os Usuários

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome:

Idade:

Cor:

Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

Bairro e Cidade onde reside:

Unidade de Saúde em que é atendido(a):

TÓPICOS E PERGUNTAS A SEREM ABORDADOS

1. Conte-me sobre os motivos que o(a) levaram a procurar essa unidade de Saúde.
2. Fale-me como chegou até esse serviço de saúde e de que forma conseguiu atendimento.
3. De que maneira seu problema de saúde foi tratado inicialmente?
4. Como se deu o tratamento?
5. O senhor (a) já conhecia sobre tratamentos mais naturais para a saúde?
6. O que pensa sobre eles? Quais as dúvidas que possui?
7. Já ouviu falar em Práticas Integrativas e Complementares no SUS?
5. Algum profissional de saúde já indicou ou explicou sobre esses tratamentos alternativos ofertados pelo SUS?
6. Quais os tipos de tratamentos naturais o senhor (a) realiza ou já realizou pelo SUS? De que forma chegou até eles?
7. Quais foram as dificuldades geográficas, financeiras, organizacionais encontradas (o trajeto)?
8. Foi possível realizar todo o tratamento? Por que?

9. Identificou alguma diferença entre esse tipo de tratamento e tratamentos convencionais? Quais?

10. Com relação a resultados, como avalia o problema de saúde durante e após o tratamento com as PICS?

10. Gostaria de realizar outros tipos de tratamentos naturais pelo SUS?

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES)

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE VITÓRIA-ES: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DOS

Pesquisador: Fabiola F Bersot Magalhaes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96194118.5.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.918.898

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, a ser realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Vitória-ES, com usuários de pelo menos uma das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) da USF em estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

"Analisar o acesso à Política de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Município de Vitória-ES, na perspectiva dos usuários.

Objetivo Secundário:

- 1) Levantar o processo de organização da oferta de Práticas Integrativas e Complementares, incluindo os sistemas médicos complexos e os recursos terapêuticos, no município de Vitória-ES;
- 2) Compreender as necessidades e os desejos de cuidado dos usuários que os possibilitem a procurar e obter experiências com as práticas integrativas e complementares no sistema público de saúde do município de Vitória-ES;
- 3) Conhecer o processo de busca e utilização das práticas integrativas e complementares, sob a ótica dos usuários, numa unidade básica de saúde no município de Vitória-ES;
- 4) Identificar os facilitadores e as barreiras de acesso às práticas integrativas e complementares,

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 2.918.898

sob a ótica dos usuários, no município de Vitória-ES."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Os riscos desse projeto são mínimos. Caso essa entrevista traga lembranças que signifiquem sofrimento ou desconforto para o usuário, será interrompida e marcada, se for do desejo do usuário, em outra ocasião mais oportuna. Será garantido o sigilo em relação às informações produzidas e coletadas."

Os riscos e as formas de minimizá-los atendem à Resolução do CNS466/2012.

"Benefícios:

Não é intenção deste estudo promover benefícios clínicos ao usuário. Contudo, é possível que revele aspectos importantes que atravessam o cotidiano do serviço de saúde da Unidade Básica posta em análise e isso contribua para mudanças na organização do serviço e na relação com os usuários, principalmente na perspectiva do acesso à essas práticas de saúde, objeto da pesquisa. O encontro com o usuário do serviço de saúde permitirá um diálogo sobre práticas que promovem saúde, previnem doenças e melhoram a qualidade de vida. O devido retorno à comunidade ocorrerá na medida em que as dificuldades forem identificadas contribuindo para uma forma de cuidado mais acolhedora."

Os benefícios atendem à Resolução do CNS466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante cientificamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - assinada

Orçamento e cronograma- adequados

Projeto e informações básicas do projeto - adequados

TCLE - adequado

Declaração de autorização para realização do estudo da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE da Prefeitura Municipal de Vitória.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 2.918.898

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1192632.pdf	26/09/2018 10:13:19		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	26/09/2018 10:12:37	Fabiola F Bersot Magalhaes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	15/08/2018 01:34:59	Fabiola F Bersot Magalhaes	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	15/08/2018 01:19:15	Fabiola F Bersot Magalhaes	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	15/08/2018 01:18:45	Fabiola F Bersot Magalhaes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/08/2018 01:14:45	Fabiola F Bersot Magalhaes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PMV.pdf	15/08/2018 01:09:59	Fabiola F Bersot Magalhaes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 26 de Setembro de 2018

Assinado por:

**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com