



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Tatiana Lotfi de Sampaio

Análise das Práticas Integrativas em saúde na Atenção Básica no Distrito Federal

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

**Brasília
2013**

Tatiana Lotfi de Sampaio

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde pelo
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Aprovado em 28/05/2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Presidente

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves

Universidade de Brasília (Titular membro interno)

Profa. Dra. Marisa Pacini Costa

SESDF/FEPECS/ESCS (Titular membro externo)

Profa. Dra. Maria da Glória Lima

Universidade de Brasília (Suplente membro interno)

Dedico este trabalho aos usuários das Práticas Integrativas em Saúde no SUS, que tanto me ensinam...

AGRADECIMENTOS:

À orientadora, Professora Dra. Fátima Sousa, pela sua mestria em conduzir-me ao longo desta trajetória de aprendizado, sempre de forma clara, carinhosa e ao mesmo tempo firme e consistente, me deu o suporte que precisava para que eu me lançasse ao voo.

A todos que contribuíram dando seu aceite em participar das entrevistas, os profissionais de saúde, os gestores e os usuários das regionais de saúde de Planaltina, Paranoá/Itapoã e de Sobradinho, a gestora da Gerência das Práticas Integrativas em Saúde e a Subsecretária da Subsecretaria de Atenção Primária de Saúde, sem a participação de todos não seria possível a realização da pesquisa.

Às colegas Eliane Moraes, Camila Karino e Debora Barros pela ajuda fundamental em serem as juízas na análise dos dados da pesquisa, o que foi importantíssimo para todo o resto do percurso.

A Luciani Ricardi pela gentileza e grande auxílio na realização das entrevistas.

A Juliana Alvares pela disposição e simpatia em sempre me auxiliar quando precisei.

Ao Guilherme pela atenção e carinho. Seu olhar experiente me ajudou nas revisões dos textos.

Aos meus filhos amados que em tudo na vida me impulsionam para frente.

A minha Mãe pelo exemplo de pessoa e profissional que é.

E a todos e todas que mesmo de longe torcem por mim.

Temos de nos tornar na mudança que queremos ver.

Mohandas K. Gandhi (Mahatma)

RESUMO

Este é um estudo sobre práticas integrativas em saúde: Homeopatia, Acupuntura e Automassagem no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal nas Unidades Básicas de Saúde das Regionais Planaltina, Sobradinho e Paranoá. Tomou-se como referência a base conceitual e diretrizes da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares no SUS e suas potencialidades e limites. Este estudo qualitativo adotou como critérios de seleção analisar as unidades básicas com alguma das três abordagens das práticas integrativas implantadas há pelo menos um ano. Foram entrevistadas vinte e nove pessoas, entre elas nove gestores, sete profissionais e treze usuários. Os dados foram coletados por meio de instrumento semiestruturado. A análise do material foi realizada por procedimentos de análise de conteúdo, o que possibilitou dar visibilidade a importantes objetivos da pesquisa: protagonismo de profissionais de saúde aliados a alguns gestores mais sensibilizados; fragilidades da sua inserção na rede: desconhecimento dessas práticas no sistema e na sociedade em geral; oferta pouco visível e incipiente. Foi identificado que essas práticas caminham em direção à promoção da saúde e da humanização da atenção, reafirmando os valores, princípios e bases organizativas da Estratégia Saúde da Família. O estudo aponta, sobretudo, para a necessidade de divulgar e informar sobre as PIS junto ao sistema de saúde do Distrito Federal e na sociedade em geral, bem como para a necessidade de sensibilizar gestores e profissionais para a melhoria da infraestrutura e incentivar a formação de profissionais que possam contribuir para a expansão com qualidade das ações e serviços das Práticas Integrativas.

Palavras-Chave: Medicina Alternativa; Homeopatia; Medicina Tradicional Chinesa; Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família; Práticas Integrativas e Complementares.

ABSTRACT

This is a study on Health Integrative Practices, such as Homeopathy, Acupuncture and Self-massage within the Federal District Health Care System. The primary health clinics from Planaltina, Sobradinho e Paranoá regions were selected as objects. The Integrative and Complementary Practices National Policy was taken as the conceptual framework in observing its potentials and limits within the primary health care set. The study uses a qualitative approach to analyze some units where any of these three integrative approaches exist at least one year. Twenty nine persons were included in the research: nine managers, seven practitioners and thirteen patients. Data was collected by interviews using a semi-structured guideline. Data analysis allowed to illuminate some of the research objectives, such as the practitioners effectiveness when supported by the managers; the weaknesses of the integrative practices inclusion in the health network and the ignorance of these practices values by the health network and by the majority of the society and the invisibility of its offer as a marginal set in the health system. Positive findings show that the integrative practices under study walk towards health promotion and humanized care, reaffirming the family medicine values, principles and organizational basis. The study points out specially the need to propagate and to inform about the integrative practices in the Federal District health care sets and in the society in order to sensitize managers and practitioners, to improve infrastructure, and to encourage practitioners formation aiming to expand quality of integrative health care actions and services.

Key words: Alternative Medicine; Homeopathy; Traditional Chinese Medicine; Primary Health Care; Family Medicine; Integrative and Complementary Practices.

Lista de Figura

Figura 1- Regiões Administrativas do Distrito Federal

Lista de Tabelas:

Tabela1 - Distribuição das Regiões Administrativas (RA) nas Regiões de Saúde – DF

Tabela 2 - Distribuição das Práticas Integrativas em Saúde por Regionais de Saúde

Tabela 3 - Identificação dos Entrevistados; Prática Integrativa; Regionais de Saúde

Tabela 4 - Identificação dos Gestores Entrevistados e seu local de trabalho

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica à Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial

CEP Comitê de Ensino e Pesquisa

CERPIS: Centro de Referência em Práticas Integrativas de Saúde,

CS: Centros de Saúde

CODEPLAN: Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DODF: Diário Oficial do Distrito Federal

DF: Distrito Federal

DIRAPS: Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde

ESCS: Escola Superior da Ciências da Saúde

ESF: Estratégia Saúde da Família

FEPECS: Fundação Ensino e Pesquisa da Ciências da Saúde

FHDF: Fundação Hospitalar do Distrito Federal

GDF: Governo do Distrito Federal

GERPIS: Gerência de Práticas Integrativas em Saúde

HRP: Hospital Regional do Paranoá

HRPL: Hospital Regional de Planaltina

HRS: Hospital Regional de Sobradinho

IBGE :Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

IJHDR: International Journal of Dilution Research: IJHDR
IMS/UERJ: Instituto de Medicina Social na Universidade Estadual do Rio de Janeiro
MTC: Medicina Tradicional Chinesa
MT/MC: Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa
MS: Ministério da Saúde
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUMENATI: Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração
OMS: Organização Mundial de Saúde
PDAD: Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PDTNC: Programa de Desenvolvimento de Terapias Não Convencionais
PIB: Produto Interno Bruto
PIS: Práticas Integrativas em Saúde
PIC: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.
PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde
PS: Postos de Saúde
RA: Região Administrativa
SF: Saúde da Família
SAPS: Subsecretaria de Atenção Primária de Saúde
SEMENTI: Serviço de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração
SES: Secretaria de Estado de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS: Unidade Básica de Saúde
UNICAMP: Universidade de Campinas
UPA: Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. Introdução	9
2. Objetivos	13
3. Marco Teórico	14
3.1. Medicina Tradicional Chinesa	15
3.1.1. Acupuntura	15
3.1.2. Automassagem	16
3.2. Homeopatia	16
3.3. Atenção Básica	17
4. O Contexto Saúde do Distrito Federal	22
4.1. Paranoá/Itapoã	25
4.2. Planaltina	27
4.3. Sobradinho	29
4.4. Práticas Integrativas em Saúde na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	30
5. Método	33
6. Análise dos Dados	36
7. Resultados e Discussão	38
7.1. Categoria1:A implantação das PIS na rede de saúde da SES/DF	39
7.2 Categoria 2: O papel das PIS na rede de Saúde na atenção básica e na vida das pessoas	45
7.3 Categoria3: Limitações da integração das PIS na atenção básica	59
7.4 Categoria 4: Estratégias para o desenvolvimento das PIS na rede de atenção básica da SES/DF	69
8. Considerações Finais	77
Referências Bibliográficas	79
Apêndices	83
1- Roteiro de Entrevista com Gestor	83
2- Roteiro de Entrevista com Profissional de Saúde	83
3- Roteiro de Entrevista com Usuário das PIS	84
Anexos	85
Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do CEP FEPECS/SES-DF	85

1 INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas em Saúde, PIS, assim denominadas no âmbito da SES/DF e de acordo com a terminologia adotada nesta pesquisa, contemplam as Racionalidades Médicas e as Práticas em Saúde ou Integrativas em Saúde (1) as quais são também denominadas Práticas Integrativas e Complementares (2), ou ainda, Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa, MT/MCA, conforme a Organização Mundial de Saúde, OMS, (3).

As Racionalidades Médicas, segundo Luz (1), são as racionalidades ou sistemas médicos complexos que conceitualmente partem da compreensão de um conjunto estruturado e coerente de cinco dimensões interligadas, possuindo teorias próprias sobre o processo saúde e adoecimento, diagnose e terapêutica. Exemplos são a Biomedicina, hegemônica em nossa sociedade, e por outro lado as contra hegemônicas, tais como a Homeopatia e a Medicina Tradicional Chinesa, que inclui entre suas abordagens terapêuticas a automassagem e a acupuntura, eleitas como foco desta pesquisa.

Ainda segundo Luz, as Práticas em Saúde, institucionalmente chamadas de Integrativas em Saúde, se diferenciam das ditas Racionalidades Médicas por não caracterizarem em sua complexidade a compreensão de um conjunto estruturado e coerente de cinco dimensões interligadas e são vistas como práticas de promoção da saúde, preventivas ou de recuperação de doenças, podendo ser holísticas ou biomecânicas, tais como: massagens terapêuticas, arteterapia, vários tipos de meditação ou de práticas corporais.

Estudos sobre a inserção das práticas integrativas nos serviços de saúde apontam para o potencial que estas práticas têm de contribuição na construção de um modelo de atenção à saúde fundamentado na promoção da saúde e na humanização da atenção, incentivando a uma maior participação e autonomia dos sujeitos no cuidado a saúde (4),(5). As PIS, fundamentadas na visão sistêmica do adoecimento e compreendendo saúde como estado de equilíbrio biopsicossocial, extrapolam a visão biologista e mecânica da biomedicina na explicação dos processos de saúde e doença. Corroboram, na atenção à saúde, com o conceito de integralidade (6) e com a a concepção mais atual que aborda na perspectiva da complexidade o fenômeno saúde - doença, compreendido por meio do estabelecimento de uma abordagem totalizadora, uma proposta de sistematização

de uma teoria geral da saúde-doença, a 'holopatogênese'. Esta refere-se ao conjunto de processos de determinação (*gênesis*) de doenças e condições relacionadas (*pathos*) tomadas como um todo integral (*holos*), compreendendo todas as facetas, manifestações e expressões de tal objeto complexo de conhecimento (7).

No cenário da saúde pública do Brasil o tema das PIS vem percorrendo uma trajetória que nos aproxima da construção dos ideários da reforma sanitária e do SUS. A recomendação de sua incorporação na rede pública consta em diversos relatórios finais de conferências nacionais de saúde desde a VIII conferência, quando foram lançadas as bases para o movimento da reforma sanitária e conseqüentemente a criação do SUS (2).

Os ideários da saúde pública marcados pela reivindicação de uma maior equidade na assistência à saúde afirmam que a saúde não poderia seguir marcada pela lógica de benefícios de para poucos, numa atenção mercantilizada, dispendiosa, na qual a tecnologia se superpõe aos sujeitos e cada vez mais se afasta das reais necessidades de saúde dos indivíduos e das populações.

Nesse sentido, o que aproxima o movimento da inserção das PIS na rede pública aos ideários da Saúde Pública é fundamentalmente o exercício do contra ponto, da oposição a uma situação estabelecida, na certeza da necessidade de trazer os sujeitos e as comunidades para o centro da atenção à saúde.

No cenário internacional, em 2002, a OMS publicou o documento "Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa, MT/MCA 2002-2005", em que incentiva os países membros à construção de políticas na saúde para as MT/MCA, visando facilitar seu acesso e dar maior segurança no uso pela população.

O MS publicou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, PNPIC, justificando as razões de ordem política, técnica, econômica, social e cultural, ressaltando a necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de uma série de municípios e estados (2).

O DF, a partir do final da década de 1980, começa a implantar as PIS na rede de atenção. Este processo iniciou-se com a introdução do atendimento em Homeopatia em duas unidades de saúde da atenção básica e ao longo do tempo outras práticas foram sendo incorporadas à Rede (8). Estudo realizado por Marques &Oliveira (9) avaliou a evolução dos recursos humanos e as práticas alternativas na

SES/DF durante o período de 2006 a 2009 e apontou a presença de 11 diferentes práticas nos serviços de saúde que demonstraram que no ano de 2006 havia um total de 201 profissionais vinculados à coordenação das PIS na SES/DF. Sem praticamente nenhuma variação, no ano de 2009 havia 202 profissionais em toda a Rede. A esses profissionais, nas abordagens que são foco deste estudo, somavam-se 22 atuantes em Homeopatia, 17 em Acupuntura e 130 em Automassagem. É de observar que este é um corpo de profissionais bastante limitado frente às inúmeras demandas impostas ao sistema por uma população que ultrapassa dois milhões de habitantes no DF.

Dados do Ministério da Saúde apontam que as prática integrativas estão 70% na Atenção Básica e na Saúde da Família (2). É a AB caracterizada por apresentar estratégias de reordenamento e reformulação do modelo de atenção, reservando-lhe maior possibilidade de agregar saberes outros que venham a fortalecer a atenção à saúde no enfrentamento de demandas complexas e de grande diversidade.

Sousa (10) afirma:

A formulação da Atenção Básica no Brasil é tipicamente uma construção intrínseca ao SUS. E que os seus princípios e diretrizes organizativas são incorporados pela Estratégia do Programa Saúde da Família, ESF, a qual a partir de sua criação materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde integral e familiar (...), visando a formulação de estratégias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, cujas bases se sustentam nas práticas cuidadosas, resolutivas e qualificadas...

A realização deste estudo vem atender à necessidade de conhecer e avaliar os limites e potenciais presentes no desenvolvimento do trabalho com as PIS no serviço, relacionados ao trabalho dos profissionais de saúde, assim como à qualidade e à segurança de sua oferta aos usuários. Dessa forma, seus resultados potencialmente poderão repercutir em melhorias no desempenho e na satisfação tanto dos profissionais como dos usuários das práticas integrativas em saúde.

De acordo com o tempo de inserção e desenvolvimento na rede, assim como com a continuidade e a abrangência destas práticas na atenção básica da SES/DF, foram eleitas três abordagens das PIS para o estudo: a Homeopatia e duas práticas terapêuticas da Medicina Tradicional Chinesa, MTC, a Acupuntura e a Automassagem, por serem consideradas as que primeiro foram inseridas na Rede e terem representatividade na continuidade e abrangência de sua oferta.

A Fitoterapia não foi incluída neste estudo, embora esteja entre as práticas integrativas em saúde que foram primeiramente implantadas na rede de saúde da

SES/DF. Hoje ela está sob a responsabilidade de fitoterapeutas e farmacêuticos e conta com a produção de um elenco de fitoterápicos em laboratório da própria SES/DF que são disponibilizados em algumas unidades da AB, comparativamente às outras práticas escolhidas para o estudo. Entretanto, considera-se a sua presença menos expressiva quanto à continuidade e à abrangência da oferta nas unidades básicas de saúde.

A massagem de origem indiana conhecida como Shantala e direcionada ao cuidado materno-infantil, é outra prática integrativa também não incluída neste estudo. Comparativamente a outras práticas escolhidas, isto resulta do fato histórico de que seu tempo de inserção é mais recente, embora em seguida à Automassagem seja a segunda prática integrativa com maior número de profissionais capacitados atuantes na rede do DF, segundo dados de estudo realizado por Marques & Oliveira (9), para o ano de 2009.

2. OBJETIVOS

Para compreender o em fenômeno em foco, o objetivo geral desta dissertação é analisar as PIS no âmbito da Atenção Básica no DF, elegendo unidades de saúde nas Regionais de Saúde de Planaltina, Sobradinho e Paranoá, tomando como foco três abordagens: a Homeopatia, a MTC/Acupuntura e a MTC/Automassagem, com a finalidade de conhecer e compreender as intersecções destas práticas com as estratégias no âmbito da Atenção Básica, seus potenciais e limites.

Para aprofundarmos a análise, recorreremos aos seguintes objetivos específicos:

(1) Identificar e caracterizar três abordagens das PIS, Homeopatia, MTC/Acupuntura e MTC/Automassagem no âmbito da Atenção Básica nas três Regionais de Saúde de Planaltina, Sobradinho, e Paranoá do Distrito Federal.

(2) Verificar as intersecções das PIS com as estratégias adotadas no âmbito da Atenção Básica.

(3) Compreender os potenciais e limites das práticas integrativas na sua inserção no âmbito da Atenção Básica no DF.

(4) Indicar estratégias de fortalecimento dos potenciais e superação dos limites.

A revisão bibliográfica da pesquisa foi realizada por meio de consulta a dados da Internet. Foram consultadas as seguintes bases de dados: BIREME; BVS e LILACS. Além destes foram acessadas teses de doutorado, dissertações de mestrado, livros e artigos publicados em livros e revistas não listados nas bases de dados eletrônicas e também relatos de experiências municipais sobre sua implantação em serviços públicos de saúde, compreendendo o período de 1990 a 2013.

Diante desses objetivos realizamos uma série de estudos teóricos metodológicos dirigidos ao aprofundamento do marco teórico do objeto pesquisado.

As Palavras-chave utilizadas foram: Medicina Alternativa; Homeopatia; Medicina Tradicional Chinesa; Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família; Práticas Integrativas e Complementares.

3 MARCOS TEÓRICOS

As Práticas Integrativas em Saúde compreendem um campo de saber na Saúde que no cenário brasileiro vem sendo objeto de pesquisa e atividades de ensino do grupo Racionalidades Médicas iniciado em 1992 e em atividade até hoje no IMS/UERJ, em cursos de pós graduação em saúde pública, saúde coletiva, ciências sociais, na área da saúde e sociologia da saúde, sob a liderança da pesquisadora Professora Madel Therezinha Luz, socióloga e doutora em Ciências Sociais.

A produção aprofundada de estudos e a inegável experiência acadêmica do grupo racionalidades médicas, ao longo de vinte anos, define o campo de saber das Práticas Integrativas em Saúde como: Práticas em Saúde, denominadas institucionalmente de complementares, alternativas ou integrativas. Compreendem as práticas holísticas ou biomecânica, diversas práticas corporais, práticas de alimentação e que são vistas como práticas de promoção da saúde, de prevenção ou recuperação da saúde. Inclui também as Racionalidades Médicas ou Sistemas Médicos Complexos, que são definidos como um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na Biomedicina); uma dinâmica vital (na Biomedicina, fisiologia); um sistema de diagnose; um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia, que embasa teórica e simbolicamente as outras cinco dimensões.

Nessa visão é objeto deste estudo avaliar a inserção na Rede Pública de Saúde do DF de duas Racionalidades Médicas, a Medicina Tradicional Chinesa, MTC, por meio da avaliação de duas de suas modalidades de tratamento, que são a Acupuntura e a Automassagem, além da Racionalidade Médica Homeopatia.

As Racionalidades Médicas foco deste estudo seguem um paradigma vitalista distinto do paradigma biomédico da medicina moderna hegemônica, definidos a seguir, conforme Nascimento e col (11).

Paradigma Biomédico (da normalidade - patologia) enfatiza concepções materialistas, mecanicistas, centradas na doença e no controle do corpo biológico e social compatíveis com a visão do controle sobre a Natureza, que emergiu com a ciência moderna. Nela a Natureza passou a ser objeto de conhecimento, sobretudo com intuito de ser controlada com fins utilitários. No campo da saúde, a concepção de cura como o controle de doenças na biologia humana e o

desenvolvimento do complexo médico industrial integram e ilustram este paradigma, ao passo que o Paradigma Vitalista (ou da vitalidade-energia) associa a saúde à harmonia da pessoa com o seu meio ambiente natural e social; valoriza a subjetividade, a prevenção, a promoção da saúde e a integralidade do cuidado. Mostra-se compatível com os anseios de preservação e sustentabilidade, cujas raízes, presentes em antigas tradições culturais, são ressignificadas e conquistam espaço crescente na atualidade, desde os anos 1960, como portadoras do ideário da contracultura.

A seguir aprofundamos mais no campo de cada uma das práticas integrativas ou racionalidades médicas aqui abordadas, buscando caracterizá-las no contexto da rede pública de saúde do DF.

3.1. A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA, MTC

Esta é uma racionalidade médica originada há milhares de anos na China. Ela utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade (2). Apresenta três categorias básicas associadas ao adoecer: condição emocional, estilo de vida e meio ambiente, e todas elas são interligadas num processo dinâmico vital de harmonia, equilíbrio e desequilíbrio de forças. Utiliza como elementos a anamnese, a palpação do pulso, a observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento: Acupuntura, Plantas Medicinais, Dietoterapia, Massagens, Práticas corporais e mentais, entre elas a Automassagem. Inserida no Ocidente vem sofrendo influências da medicina ocidental contemporânea. Com isso, observa-se sua tendência atual a se subdividir em especialidades isoladas entre si, numa tentativa em parte de experimentar cientificamente o resultado de cada terapêutica. Com isto há uma descaracterização de sua origem, quando a terapêutica comumente associava duas ou mais modalidades de tratamento (12).

3.1.1. Acupuntura

O termo *Zhenjiu*, como se diz em chinês, pode ser traduzido aproximadamente como “agulhar e aquecer demoradamente”. Tem seu princípio de ação reconfigurar a vitalidade num sujeito utilizando-se de pontos de acupuntura por meio da aplicação de finas agulhas e do preparado de folhas de artemísia, “moxa”, que quando em brasa é aproximada da pele na região desejada (12).

Buscando adequar a linguagem da MTC/Acupuntura à linguagem da biociência, tornando-a mais compreensível para obter-se conseqüentemente sua legitimação no meio científico hegemônico, foram realizados estudos científicos que demonstraram o mecanismo de ação da Acupuntura. Dessa forma, a definição para a Acupuntura adotada pela Coordenação da Acupuntura na SES/DF é assim expressa:

Procedimentos que estimulam regiões anatômicas definidas chamadas de “pontos de acupuntura” ou “zonas neurorreativas”, localizadas abaixo da superfície corporal, que, uma vez estimuladas, desencadeiam, de forma sistêmica, respostas neuroimunoendócrinas, normalizando funções orgânicas, gerando modulações imunitárias e controlando a dor. Essa terapêutica utiliza a introdução de finas agulhas metálicas, calor (moxabustão), estímulo elétrico, radiação laser e /ou infiltração de fármacos (9).

3.1.2. MTC/Automassagem

A prática da Automassagem tem como referencial prático, teórico e filosófico a MTC, uma técnica eficaz, de simples aprendizado que possibilita sua maior *capilarização* na rede de saúde. “É uma prática educativa de autocuidado, realizada pelo próprio sujeito por meio de massagem nos pontos da acupuntura e em áreas específicas do corpo. Inclui também a prática de exercícios físicos e mentais taoístas (Qi Gong), entre eles treinamentos de respiração, flexibilização e serenidade” (9).

3.2. HOMEOPATIA

A Homeopatia é uma racionalidade médica ou sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII na Europa, após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época. Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da Homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar* e *Doenças Crônicas*. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo (2)

O vitalismo é ponto central da doutrina homeopática, a compreensão de força ou energia vital como unidade organizadora do homem e de todos os seres vivos. É isto o que os mantém vivos é o que faz o homem ser capaz de manifestar-se por

meio das suas sensações e funções. O seu equilíbrio é o estado de saúde e o desequilíbrio, o adoecimento. Este estado de equilíbrio e desequilíbrio vital é percebido por meio da observação da capacidade dos indivíduos em se relacionar de maneira mais harmoniosa ou menos harmoniosa na vida, na sua interação com o meio ambiente natural e o social.

A Homeopatia utiliza o medicamento homeopático em doses infinitesimais. Estes são elaboradas por meio de um processo que consiste de *dinamização*, que é composta de dois mecanismos básicos e sequenciais: diluições sucessivas acompanhadas de choques contra um anteparo semirrígido (sucuções). Essas sucessivas diluições e sucuções tornam o medicamento ultradiluído, e esta é a maior dificuldade da Homeopatia em se fazer legitimada teoricamente no meio da biociência: elucidar o mecanismo de ação do medicamento ultradiluído. Embora muitos estudos estejam em andamento no Exterior e no Brasil, aqui tem-se observado importantes avanços nas pesquisas do grupo do Instituto de Química da UNICAMP sobre as ultra diluições (14) assim como pesquisas e a divulgação de trabalhos estão sendo implementadas por grupos como o *International Journal of Dilution Research: IJHDR*, www.feg.unesp.br e www.giriweb.com (13).

Para a Homeopatia, o indivíduo quando saudável é capaz de viver em equilíbrio e de acordo com seus propósitos de escolha na vida. Hahnemann (15) chamava a isto a capacidade de viver “os mais altos fins de sua existência”. Associamos este conceito à liberdade de escolha na vida e no cuidado, o que aproxima do conceito positivo de saúde, da promoção de maior autonomia, liberdade e construção de projetos de felicidade (16); (17); (18); (13).

3.3. ATENÇÃO BÁSICA

Embora no âmbito da SES/DF o termo usado seja Atenção Primária, este estudo escolheu o termo Atenção Básica na identificação do território de atenção foco do estudo. Esta escolha baseou-se preferencialmente na argumentação conceitual de Gil (19), que apresenta diferenças conceituais que distinguem as nomenclaturas usadas mais apropriadamente antes e depois da criação do SUS. Conforme a argumentação, a Atenção Primária está mais atrelada à realidade dos cuidados primários da saúde no cenário do pós-guerra, divulgado pelas agências internacionais politicamente representantes do capital estrangeiro que adentrou nos

países considerados “pobres”, como o Brasil, na América Latina, com intuitos político e de estruturação da assistência à saúde. No cenário brasileiro, após a criação do SUS nos anos 1990, com a implantação do PSF e os incentivos financeiros específicos dirigidos aos municípios, em especial o piso da atenção básica, percebe-se uma maior determinação para o termo Atenção Básica, caracterizando, portanto, mais adequadamente nossa realidade no contexto da atenção à saúde na rede pública.

Nessa direção conceitual, afirma Sousa (20) que “a atenção Primária em saúde e Atenção Básica em saúde falam do mesmo conceito, embora guardando as diferenças de ordem política, econômica, social e cultural em âmbito mundial. No caso brasileiro, a construção desse conceito vem no bojo da implantação do sistema único de saúde com a clara denominação de atenção básica em saúde”.

No início da década de 1990, em um cenário em que o modelo de atenção à saúde se apresenta cada vez mais caro, centrado no uso irracional dos gastos financeiros voltados a tecnologias que nem sempre iam ao encontro as reais necessidades da população, o MS lança o PSF, buscando reorganizar a atenção básica, ordenar e racionalizar o uso de tecnologias e recursos terapêuticos mais caros e, desta forma, democratizar o acesso (21).

A ESF vem contribuindo com a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, sobretudo nos municípios de pequeno porte. Ainda se constitui desafio se fazer presente em municípios de médio e grande porte, principalmente nas regiões metropolitanas. Apesar dos reconhecidos avanços, a ESF não se consolidou numa ruptura com o modelo de atenção tradicional e historicamente hegemônico no País, traduzido como um *modelo centrado na doença*, concentrando majoritariamente ações e recursos para o *tratamento* ou abordagem restritos de riscos. Configura-se, portanto, como um modelo de cunho *curativo*, que privilegia uma *medicina de alto custo*, exercida de forma *verticalizada* e *excludente*. Além disso, inviabiliza práticas interdisciplinares e intersetoriais coerentes com intervenções sobre os múltiplos fatores que sabidamente são determinantes do processo saúde-doença (22).

Ainda segundo a Autora, ao se valorizar a dimensão biológica desse processo, estabelece-se com baixa capacidade de intervenção como sistema, induzindo a incorporação de tecnologias sem se ater à organização de serviços em redes integradas e respeitando-se níveis de complexidade diferenciados. Isto leva à

coexistência de unidades de atendimento tanto de alta complexidade quanto de atenção básica pouco resolutivas.

Nas grandes cidades, esse modelo de atenção foi sendo delineado pela histórica hipertrofia dos investimentos na rede hospitalar e em unidades ambulatoriais de grande porte, com conseqüente centralização da oferta de serviços e dos recursos técnicos assistenciais. Essa estrutura hegemônica criou e fortaleceu a cultura do hospital como *locus* da excelência técnica e contribuiu com as ideias de que a instituição hospitalar oferece maior segurança e prestígio aos profissionais e aos pacientes que nele são atendidos (23).

Com isso, afirma Sousa que as diretrizes organizativas da estratégia Saúde da Família caminham rumo aos propósitos da promoção da equidade, ou seja, da diminuição das injustiças. Por isso, atua com um dos princípios do SUS, a integralidade. Esta, segundo Sousa (24), “significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial. Essas ideias subsidiam o modelo do PSF”. Nesse sentido, o PSF não se constitui, portanto, em um modelo simplificado, de pobre para pobre, também não recorta a população em fatias (mulher e criança), nem a atenção em níveis.

Desta forma, estrategicamente propõe a reorientação do modelo de atenção à saúde não somente centrado na doença, mas mais voltado à promoção da saúde, à e qualidade de vida, e no desenvolvimento de ações mais abrangentes e intersetoriais.

Em 2011 o Ministério da Saúde revisa o documento da Política Nacional de Atenção Básica, portaria n^o 2.488/GM de 21 de outubro de 2011 (25), atualizando sua base normativa com vistas a ampliação e qualificação desse ponto organizativo no SUS. Reafirma que a atenção básica assume a função junto aos outros pontos do sistema como ordenadora de redes integradas e coordenadora do cuidado tendo na Estratégia da Saúde da Família a prioridade para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

A Estratégia da Saúde da Família em curso no Brasil há quase duas décadas, (sua criação é de 1994), vem se constituindo um potencial mobilizador para a inserção das PIS nas unidades básicas de saúde.

A portaria mencionada trata dessa forma o conceito de AB:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a

manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (25).

Tem seus fundamentos orientados pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação popular.

O conceito de promoção da saúde ao longo da história, dentro e fora do País, vem sendo construído a partir da concepção afinada com a prevenção de doenças, com ênfase nas orientações normativas direcionadas para os fatores de riscos. Por meio de ações individuais, como a mudança de hábitos: o uso abusivo do álcool, do tabaco e o sedentarismo, que são responsabilidade exclusiva dos indivíduos. Mais tarde evolui para a concepção dos múltiplos condicionantes (econômicos, sociais e ambientais) capazes de determinar o processo de saúde e adoecimento. Desta forma são necessárias ações ampliadas e intersetoriais na construção da saúde. Por fim, chega-se à concepção do desenvolvimento de uma maior autonomia e participação dos indivíduos e da coletividade na construção da saúde.

O início da década de 1970, por iniciativa do governo do Canadá, lançam-se as discussões do tema dos condicionantes do processo saúde e adoecimento e publica-se o documento intitulado Informe *Lalonde*. Esse documento concebia um conceito mais ampliado do processo saúde-doença e apresentava em conjunto os determinantes para o adoecimento dos indivíduos e da população, como fatores biológicos, ambientais, estilo de vida e organização dos serviços de saúde, concluindo que a assistência médica por si só não era suficiente para modificar as condições da saúde das populações.

Os resultados da 1ª Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978, serviram de base para a realização da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá, no ano de 1986, resultando na elaboração da Carta de Ottawa, a qual define a Promoção de Saúde como uma estratégia possível de ampliar a capacidade da população em construir

condições para a melhora de sua própria saúde com vistas ao fortalecimento da autonomia.

Após a carta de Ottawa, a explicação do processo saúde-doença ganha dimensões que abrangem outros campos além do biológico – o econômico, o social, o comportamental e o cultural. Desta forma a Promoção da Saúde passa a orientar os processos de formulação das Políticas Públicas de Saúde no particular, e no geral influencia em outras políticas.

Em 2006, no Brasil, é publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde, PNPS (26), que analisa o processo saúde-adoecimento e seus múltiplos condicionantes e aponta ser o modelo da biomedicina incapaz de modificar esses condicionantes. Propõe a discussão de outros caminhos que busquem a saúde da população e a constituição de um sistema de saúde inclusivo.

A Política de Promoção da Saúde propõe uma mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde, fortalecendo uma concepção ampliada de saúde, como qualidade de vida. A reorientação dos serviços públicos de saúde a partir dos pressupostos da promoção da saúde implica trabalhar com a concepção positiva de saúde, na direção de Ayres (27), que a define como a “busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade”.

Ainda segundo esse Autor, é a produção do cuidado valorizando o enfoque hermenêutico que se constrói não pela produção de saber instrumental, produzido por um arsenal científico tecnológico de um profissional ou serviço, aplicado a um indivíduo passivo ou população, e sim pelo encontro entre sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e ou recuperação de processos de adoecimento. O cuidado na perspectiva da experiência dialógica do encontro, onde a intersubjetividade é experimentada.

4. O CONTEXTO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

O território do Distrito Federal tem uma área de 5.822,1 km² e fica localizado na região Centro-Oeste, análogo a um estado da federação. De acordo com o censo de 2010, a população era de 2.570.160 habitantes, com 1.341.280 mulheres e 1.228.880 homens, representando a densidade demográfica de 444,7 km² (IBGE, 2010).

O DF está organizado em 31 Regiões Administrativas (RA). Apresenta o PIB de 977,59 *per capita*, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,874, o fator educação do IDH de 0,935, com taxa de analfabetismo de 3,5%. No ano de 2010 foram registrados 44.210 nascimentos, a taxa bruta de natalidade de 17,3 por mil habitantes e a taxa de mortalidade infantil de 12,7, passando, no ano de 2011, para 11,9 por mil nascidos vivos segundo dados do IBGE em 2010.

A SES/DF possui uma rede de serviços de saúde organizada em rede hospitalar e ambulatorial nas regiões administrativas. Na RA de Brasília estão localizados o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), o Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), além do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e do Hospital das Forças Armadas. As demais RA possuem um total de 12 hospitais públicos e quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Verificamos, na figura 1 e no quadro 1, a distribuição das regiões administrativas; embora o IBGE considere apenas 20 regiões administrativas (RA), atualmente são 31 RA, formalmente, e 15 Regionais de Saúde. Observa-se no contexto da regional de saúde que, no primeiro processo de regionalização, algumas regionais administrativas são aglutinadas e que há duas regionais na mesma região, a exemplo de Brasília que está subdividida em Asa Sul e Asa Norte.



Figura 1 Regiões Administrativas do Distrito Federal

As regionais de saúde foram criadas no ano de 1998 com atribuições para realizar o planejamento das ações de saúde de acordo com as necessidades sociais e sanitárias, com acompanhamento da população por meio do controle social; incentivar e coordenar as ações de saúde nas unidades de saúde, na referência e contra referência; articular as políticas intra e intersectorial; coordenar e executar a política de recursos humanos, materiais, econômicos e financeiros das unidades de saúde na área de abrangência de cada regional.

Tabela 1 Distribuição das Regiões Administrativas (RA) nas Regiões de Saúde - DF

Denominação	Regiões Administrativas (RA)	Diretorias Regionais de Saúde
RA I	Brasília (Asa Sul)	Asa Sul
RA XXVII	Jardim Botânico	
RA XVI	Lago Sul	
RA XVII	Riacho Fundo I	Núcleo Bandeirante
RA XXI	Riacho Fundo II	
RA XIX	Candangolândia e Núcleo Bandeirante	
RA VIII	Núcleo Bandeirante	
RA XXIV	ParK WAY ²	Guará
RA X	Guará –Estrutural	
RA XXIX	SAI	
RA XXV	Setor Comp. de Ind. e Abastecimento ³	Asa Norte
RA I	Brasília (Asa Norte)	
RA XVIII	Lago Norte	
RA XXIII	Varjão	
RA XI	Cruzeiro	

Tabela 1 Distribuição das Regiões Administrativas (RA) nas Regiões de Saúde/DF (continuação)

Denominação	Regiões Administrativas (RA)	Diretorias Regionais de Saúde
RA IX	Ceilândia	Ceilândia
RA IV	Brazlândia	Brazlândia
RA III	Taguatinga	Taguatinga
RA XX	Águas Claras ¹	
RA XII	Samambaia	Samambaia
RA XV	Recanto das Emas	Recanto das Emas
RA V	Sobradinho I	Sobradinho *
RA XXVI	Sobradinho II ⁴	
RA VI	Planaltina	Planaltina *
RA VII	Paranoá	Paranoá*
RA XXVIII	Itapoã	
RA XIV	São Sebastião	São Sebastião
RA II	Gama	Gama
RA XIII	Santa Maria	Santa Maria

Fonte: SES/DF. Regiões Administrativas criadas pela ¹ Lei nº 3.153, de 06/05/03; ² Lei nº 3.255, de 29/12/03; ³ Lei nº 3.315, de 27/01/04 e ⁴ Lei nº 3.314, de 27/01/04, respectivamente.

*Regionais de Saúde selecionadas para o estudo.

O sistema de saúde organizado de forma descentralizada, regionalizado e hierarquizado tem ainda no modelo de atenção predominante a assistência hospitalar e de especialidades, embora nos últimos anos a secretaria de saúde do DF tenha adotado diversas medidas para o fortalecimento e a reestruturação de sua atenção primária, principalmente após a criação da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), em agosto de 2010 pelo Decreto nº. 32.104 publicado no DODF nº. 164. Esta Subsecretaria é composta pelas gerências e núcleos da Diretoria de Atenção Primária (DIRAPS). Um reflexo disso são os avanços da estratégia saúde da família em 2012, que, segundo informações da SES/DF, a cobertura passou de 11% em 2011 para 23,6% em 2012, com o aumento do número de equipes de 119 para 181. Há, portanto, um esforço dentro da política de saúde da SES/DF na direção de fortalecer o modelo de atenção à saúde orientado para a estratégia da saúde da família, embora muito ainda deva ser alcançado para que a realidade de cobertura da ESF chegue a conquistar o que é preconizado para a reorganização da rede de atenção orientada a partir da atenção básica.

A SES/DF possui 160 unidades para atender a população, entre hospitais especializados, regionais, centros de saúde, clínicas da família, unidades de pronto atendimento, postos de saúde rurais e urbanos, centros de atenção psicossocial.

Segundo informações disponíveis no portal da SES/DF, cerca de 70% dos pacientes que estão no pronto socorro do DF deveriam ter procurado as unidades de atenção primária ou intermediária para conseguir um atendimento mais rápido, sem perda de qualidade.

A Atenção Básica está estruturada com 67 Centros de Saúde (CS), 40 Postos de Saúde, urbanos e rurais, 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS) alugadas que funcionam com uma ou duas Equipes de Saúde da Família, 61 Centros de Saúde funcionam no modelo tradicional de atenção primária, sem território definido e população adstrita.

A seguir apresentaremos as regiões administrativas do Paranoá, Planaltina e Sobradinho com informações de suas respectivas regionais de saúde.

Como fonte de informação foram consultados documentos não publicados que foram elaborados pelas regionais de saúde na ocasião da realização das Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde, APS, da região leste (Paranoá/Itapoã e São Sebastião/DF) e da região norte (Planaltina e Sobradinho/DF).

As oficinas de planificação da Atenção Primária à saúde foram realizadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS, e tiveram o objetivo de promover a proposta de capacitação para o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados, realizada por meio de dez oficinas presenciais. No DF, em 2012, essas oficinas foram realizadas em eventos organizados por regionais de saúde, em uma ação conjunta com o GDF, tendo como objetivo fortalecer e traçar diretrizes visando à reestruturação da atenção primária objetivando o reordenamento do modelo de atenção à saúde.

4.1. REGIÃO ADMINISTRATIVA DO PARANOÁ NO DISTRITO FEDERAL

A Vila Paranoá é um dos acampamentos remanescentes da época da construção de Brasília. Foi fundada em 1957, quando da implantação dos canteiros de obras para a construção da Barragem do Lago Paranoá. Após a inauguração de Brasília, em 1960, os habitantes permaneceram no local, devido à necessidade de conclusão das obras da usina hidrelétrica. Ao longo dos anos, foram agregando-se à estrutura do antigo acampamento vilas de moradias. Na década de 1980 era considerada uma das maiores invasões do DF.

A RA do Paranoá foi criada em 10 de dezembro de 1964, através da Lei 4.545, porém somente em 25 de outubro de 1989 o Decreto nº 11.921 fixou os novos limites da RA-VII. Nesse mesmo ano, iniciou-se a transferência e o assentamento definitivo do Paranoá.

No final da década de 1990 teve início a invasão da área que anos depois viraria o Itapoã. O ano de 2001 foi marcado pela chegada de famílias de outros estados e do Paranoá. Alguns afirmavam que fugiam do aluguel que não podiam pagar na cidade vizinha, outros justificavam que no Itapoã viam a única chance de ter uma moradia. Assim, a expectativa de regularização estimulou o crescimento do núcleo. Em 2003 foi criada a subadministração do Itapoã, vinculada à RA do Paranoá, por meio da aprovação do Projeto de Lei nº 698/03. Em 3 de janeiro de 2005 foi criada a RA XXVIII por meio da Lei nº 3.527. No início, 2,5 mil pessoas lotearam a área que hoje é conhecida como Itapoã II. As regiões vizinhas, Fazendinha e Del Lago, uma área pública e a outra particular, receberam seus primeiros invasores logo em seguida.

A seguir, são apresentados alguns dados demográficos do Paranoá e do Itapoã obtidos pela Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios, PDAD, (CODEPLAN), 2011:

A população estimada para o Paranoá foi 46.527 habitantes e o ritmo de crescimento de 2,3% foi semelhante ao do DF nos censos de 2000 e 2010. Do total de habitantes da RA, 23,3% têm até 14 anos de idade, proporção um pouco abaixo da média do DF (25,5%). O grupo de 15 a 59 anos, que supostamente compõe a força de trabalho, responde por 66,3% dos habitantes. Na faixa de 60 anos ou mais se concentram 8,4% dos habitantes, acima da média do DF (7,4%). A maior parte da população é constituída por mulheres (52,7%). A razão de sexo, expressa pelo número de homens para cada 100 mulheres, é de 89,6, abaixo da registrada no Distrito Federal. A razão de dependência, que considera a relação entre o segmento etário economicamente dependente (com menos de 15 e mais de 60 anos) e o potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos) é de 50,72%. Isso significa que 50% da população necessita ser sustentada pela população produtiva. Quanto mais alto o valor, sinaliza o envelhecimento da população e maiores encargos assistenciais. No Brasil, em 2005, a razão foi de 57%. A proporção de menores de cinco anos no Paranoá em 2011 foi de 7,8% e a de idosos acima de 65 anos foi de 8,4% (Fonte PDAD 2011).

De acordo com as projeções, a população do DF vai ficar cada vez mais velha.

A população estimada do Itapoã foi de 50.339 habitantes e o ritmo de crescimento de 1,2% foi inferior ao do DF nos censos de 2000 e 2010 e também ao do Paranoá. Do total de habitantes da RA, 33,8% têm até 14 anos de idade, proporção muito acima da média do DF (25,5%).

O grupo de 15 a 59 anos, que supostamente compõe a força de trabalho, responde por 61,8% dos habitantes.

Na faixa de 60 anos ou mais concentram-se 4,4% dos habitantes, bem abaixo da média do DF (7,4%). Em relação ao sexo, a população está bem equilibrada, com 50,1% de mulheres, fazendo com que a razão de sexo seja 99,5. (PDAD 2011).

A razão de dependência, neste caso, é bem elevada, com 64,5%, bem acima dos valores do Paranoá. No caso do Itapoã, esta elevação pode ser devida ao grande número da população abaixo dos 14 anos.

O Paranoá possui, hoje, um centro de saúde que opera no modelo tradicional, um hospital e 5 equipes de saúde da família, sendo 1 urbana e 4 rurais. O centro de saúde conta com os seguintes serviços básicos: clínica médica, ginecologia, pediatria, odontologia, nutrição, enfermagem e serviço social. O hospital dispõe de 210 leitos para internação nas seguintes especialidades: clínica médica, clínica cirúrgica, ortopedia, pediatria, ginecologia e obstetrícia e um ambulatório que atende as especialidades.

A área rural do Paranoá possui cerca de 70% de cobertura pela estratégia saúde da família.

O Itapoã conta com um centro de saúde que opera tanto no modelo tradicional como na estratégia saúde da família, abrigando 6 equipes de saúde da família

4.2 REGIÃO ADMINISTRATIVA DE PLANALTINA NO DF

Planaltina foi fundada em 1859 e integrada ao DF em 1960. Os primeiros registros sobre essa cidade datam da metade do século XVIII, quando ela passa ser ponto de parada no caminho da estrada real, empregada para o escoamento de ouro e arrecadação de dízimos territoriais à Coroa Portuguesa.

No ano de 1892, aconteceu um fato que ligaria definitivamente a história de Planaltina à de Brasília. Trata-se da vinda da Comissão Cruls, que realizou os primeiros estudos para a implantação da futura Capital Federal no Planalto Central. O então Presidente da República Epitácio Pessoa baixou o Decreto nº 4494 de 18 de janeiro de 1922 determinando o assentamento da Pedra Fundamental. No dia 7 de setembro de 1922, foi lançada a pedra fundamental onde pretendia-se construir a futura capital do Brasil. Planaltina foi um dos municípios de Goiás que teve seu

território dividido, ficando a sua sede dentro da área do Distrito Federal. Incorporou-se à estrutura administrativa implantada à época. Planaltina perde então a condição de município e passa a funcionar como cidade satélite. A outra parte que ficou fora do quadrilátero, passou a chamar-se Planaltina de Goiás, conhecida como Brasilinha.

Em 1964, a lei nº. 4.545 de 10 de dezembro dividiu o DF em oito Regiões Administrativas – RAs, e foi denominada Planaltina RA VI.

Segundo os dados da PDAD 2010/2011, a população urbana estimada de Planaltina é de 171.303 habitantes, enquanto em 2004 era de 141.097. A Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual - TMGCA, entre as duas PDADs, 2004 / 2011, é de 2.3%, idêntica à do DF 2.3%, conforme os Censos de 2000/2010 do IBGE.

Do total de habitantes da RA, 23.9% têm até 14 anos de idade, proporção abaixo da média do DF, que é de 25.5%. O grupo de 15 a 59 anos, que supostamente compõe a força de trabalho, corresponde a 65.2% dos habitantes. A faixa etária de 60 anos ou mais representa 10.9% dos habitantes, acima da média do DF (7.4%). A distribuição populacional por sexo da localidade mostrou-se desequilibrada, haja vista, que a razão de sexo, que é expressa pelo número de homens para cada 100 mulheres, é de 88.6, muito abaixo da registrada no DF, 90.7.

A regional de Saúde de Planaltina inclui o Hospital Regional de Planaltina, HRP, com 190 leitos, dezessete ambulatorios de especialidades e um pronto-socorro, cinco Centros de Saúde, um Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS), três postos de Saúde Urbanos, nove Postos de Saúde Rural, e uma Inspeção de Saúde.

Em Planaltina atuam trinta e uma equipes da estratégia saúde da família, ESF. Embora não estejam todas completas, nove delas se localizam na área rural, e há um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O Setor Hospitalar de Planaltina encontra-se localizado no centro geográfico da cidade e é acessível a toda a população. Inclui uma área de 80.000 m², onde são localizados a Escola Técnica de Saúde, o HRP, o Centro de Saúde nº 1, Centro de Especialidade Odontológica (CEO), o Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde, CERPIS, a Casa do Diabético e uma Unidade de Saúde Mental.

A regional de saúde de Planaltina recebe a demanda de várias cidades próximas, como Planaltina de Goiás e Formosa/GO, e até de cidades mais distantes como Unai-MG e Barreiras-BA, (Fonte: CERPIS/SES/DF).

4.3. REGIÃO ADMINISTRATIVA DE SOBRADINHO DO DF

A cidade de Sobradinho foi fundada em 13 de maio de 1960 para abrigar a população que vivia nos acampamentos de empreiteiras localizadas na Vila Amauri, no Bananal e nas invasões próximas à Vila Planalto inundadas pelas águas do Lago Paranoá, e também aos funcionários da NOVACAP e do Banco do Brasil que vieram para a implantação da nova capital.

A partir de março de 1960, cerca de 30 famílias, diariamente, eram transferidas para a cidade. Ao final deste mesmo ano, o local contava com mais de 8.000 famílias. Mais tarde, a área foi adensada por moradores que compraram lotes regularizados.

Em 1964, por meio da Lei 4.545 de 10 de dezembro de 1965, Sobradinho se tornou a RA V e o Decreto nº 11.921 fixou os limites da região.

No início da década de 1990 foi criado o Núcleo Habitacional Sobradinho II como parte integrante da RA V – Sobradinho, em consequência do Programa de Assentamento de População de Baixa Renda, que tinha como objetivo transferir as famílias que residiam em um mesmo lote e também fixar os moradores das invasões do Ribeirão Sobradinho e Lixão.

O Decreto Nº. 13.362 de 7 de agosto de 1991, que foi publicado no DODF de 12/08/1991, declarou ser de utilidade pública as glebas de terras de particulares e direitos de arrendamentos de chacareiros das fazendas Sobradinho e Paranoazinho, para serem desapropriadas e para dar continuidade ao programa de assentamento da população de menor poder aquisitivo.

Em 27 de janeiro de 2004, com a Lei nº 3.314, Sobradinho II foi desmembrado e transformado na RA XXVI. Na PDAD considera-se como Sobradinho II o assentamento e diversos condomínios antes pertencentes a Sobradinho.

Os dados demográficos de Sobradinho I e II, obtidos na Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Codeplan – Sobradinho I e II – PDAD 2011, mostram:

A população urbana estimada de Sobradinho I é de 85.491 habitantes, enquanto que em 2004 era de 61.290. A Taxa Média Geométrica de Crescimento

Anual -TMGC de Sobradinho, entre as duas PDADs 2004/2011, é de 4,9%, acima da do Distrito Federal, conforme os Censos de 2000 e 2010, que é de 2,3%. Em relação a Sobradinho II, em 2011 a população urbana estimada é de 105.363 habitantes, enquanto que em 2004 era de 71.805.290. A Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual-TMGC de Sobradinho II, entre as duas PDADs 2004/2011, foi de 5,6%.

A rede de saúde de Sobradinho consiste hoje de um hospital de nível secundário, o Hospital Geral de Sobradinho, que se constitui em múltiplas referências para a região norte do DF, para a RIDE e estados do NE; três centros de saúde urbanos, em Sobradinho I e II, que são referências para as populações de suas áreas, para a RIDE e estados do NE; um Centro de Atendimento Psicossocial para pessoas envolvidas com o uso de álcool e drogas (CAPS-ad), com referência aberta à demanda específica; a cobertura da estratégia saúde da família, ESF, é de 22%. No total são quinze equipes, sendo que seis equipes estão na área rural e nove em áreas urbanas, além de cinco equipes de saúde bucal na ESF.

4.4. PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE NA SES/DF

A primeira iniciativa de implantação das PIS na rede de atenção à saúde no DF foi com o atendimento em Homeopatia por iniciativa de um grupo de médicos servidores da então FHDF. Esta prática foi iniciada em ambulatórios em dois centros de saúde de Brasília e outro na cidade satélite de Sobradinho.

Posteriormente, em 1989, é criado na SES/DF o Programa de Desenvolvimento de Terapias não Convencionais/PDTNC por meio da Portaria nº 13, agosto de 1989, publicada no DODF nº 160, quando é institucionalizado o atendimento médico em Acupuntura e Homeopatia e a assistência em Fitoterapia e Alimentação Natural no DF (28).

Progressivamente, outros recursos terapêuticos na abordagem das PIS foram sendo incorporados à assistência nas unidades de saúde, como é o caso da Automassagem como recurso terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa, instalado em 1990, no Hospital Regional de Planaltina e no Instituto de Saúde Mental.

Em 1997, inicia-se o atendimento médico ambulatorial de uma outra racionalidade médica, a Medicina Antroposófica, na Unidade de Saúde Integral de

Planaltina. Até o momento essa racionalidade segue sendo praticada nesta unidade de saúde, à qual se vincula no contexto da oferta de atividades de promoção de Saúde junto à comunidade.

O movimento crescente da legitimação das PIS nos serviços de saúde fez com que a Secretaria de Saúde, visando qualificar e ordenar sua oferta, criou em 1998, o Serviço de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração/SEMENTI, pela Portaria nº 39/98, de 18 de dezembro, publicada no DODF nº 243,

A partir daí algumas medidas estruturantes aconteceram tanto da gestão da PIS dentro do organograma da SES/DF, como na sua oferta nos serviços de saúde, fruto em grande parte da persistência de um grupo de servidores envolvidos com o crescimento e o desenvolvimento das PIS na rede pública de saúde.

Entre estas medidas destaca-se o impulso que ocorreu na incorporação de diferentes práticas integrativas em saúde na oferta dos serviços de atenção à saúde, como, por exemplo, a Shantala, direcionada aos cuidados na área materno-infantil, o Yoga, o Lian Gong e o Tai Chi Chuan. Em 2000 o SEMENTI reestrutura-se como Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração – NUMENATI (Dec. GDF nº. 21.477, de agosto de 2000).

No DF, as PIS estão previstas na Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF) 2005, título VI, da Ordem Social e do Meio Ambiente, que define: “promover e fomentar práticas alternativas de diagnósticos e terapêuticas, de comprovada base científica, entre outras, a homeopatia, acupuntura e fitoterapia”.

Em 2011, por ocasião de reestruturação do organograma da SES-DF, o NUMENATI é reestruturado como Gerência de Práticas Integrativas em Saúde, GERPIS, (Dec. GDF nº.232, 6 de dezembro de 2011), subordinada à DIRAPS.

Dados da GERPIS, atualizados em 2012, demonstram um número de quatorze abordagens das práticas integrativas implantadas nas regionais de saúde, conforme as duas tabelas a seguir:

Tabela 2 Distribuição das Práticas Integrativas de Saúde por Regionais

Modalidade de PIS	Asa Sul	Guará	CNPRFPW*	Asa Norte	Gama	Stª Maria	Ceilândia	Brazlândia
Acupuntura	x	x	x	x	x			
Antroposofia								
Arteterapia			x					
Automassagem	x	x	x	x	x	x	x	x
Fitoterapia**	x	x	x		x		x	
Hatha Yoga				x				
Homeopatia	x	x	x	x			x	
Lian Gong			x	x	x	x	x	x
Meditação	x	x	x	x			x	x
Musicoterapia			x	x				x
Reiki	x	x		x	x		x	
Shantala				x	x		x	
Tai Chi Chuan	x	x	x	x	x	x	x	x
Terapia Comunitária	x	x	x	x	x			
TOTAL	8	8	10	11	8	3	8	5

Tabela 2 Distribuição Práticas Integrativas em Saúde por regionais de saúde (continuação)

Modalidade de PIS	Taguatinga	Recanto	Samambaia	Sobradinho	Planaltina	Paranoá	São Sebastião
Acupuntura				x	X	x	
Antroposofia					X		
Automassagem	x	x	x	x	X	x	x
Fitoterapia	x	x	x	x	X		x
Homeopatia	x			x	X	x	x
Lian Gong	x		x	x		x	
Meditação						x	
Musicoterapia						x	
Reiki	x			x			
Shantala	x		x	x		x	
Tai Chi Chuan	x			x	x		
Terapia Comunitária			x			x	
TOTAL	7	2	5	8	6	8	3

Fonte: Dados da GERPIS/SES DF

*CNPRFPW: Regiões Candangolândia, Riacho Fundo, Park Way

**Fitoterapia não há atualmente atendimento com profissional fitoterapeuta, hoje é restrita à dispensação de um elenco de medicamentos fitoterápicos nas unidades de saúde.

5. MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo (29), realizado nas unidades básicas de saúde da rede de três regionais de saúde do DF: Planaltina, na unidade CERPIS; em Sobradinho, no CS nº1, em Sobradinho I, e no CS nº 3, em Sobradinho II; e no Paranoá, na equipe do NASF, que fica no CS nº 2, no Itapoã.

As regionais de saúde eleitas para o estudo foram selecionadas por conveniência, uma vez que a pesquisadora trabalha em uma das três regionais de saúde incluídas no estudo e as outras duas regionais, Planaltina e Paranoá, estão localizadas geograficamente próximas.

Adotou-se como critérios de seleção das unidades de saúde aquelas inseridas na rede de Atenção Básica em que há implantada pelo menos uma das abordagens das PIS objetos deste estudo e que a prática esteja inserida há pelo menos um ano continuamente. A unidade é caracterizada como uma unidade Básica de Saúde na rede da regional, exercendo algum grau de inserção e comprometimento com o modelo de atenção da estratégia saúde da Família.

Os sujeitos da pesquisa foram gestores, profissionais das unidades de saúde e usuários das PIS.

A seleção da amostra foi intencional para os gestores e para os profissionais de saúde e os critérios de inclusão dos sujeitos que compuseram a pesquisa foram como segue:

Profissionais responsáveis pela gestão da Atenção Básica e da Gerência das PIS, no nível central e no nível regional; gestores das unidades básicas incluídas no estudo; profissionais de saúde que praticam as PIS nas respectivas unidades selecionadas; e usuários a eles vinculados, sendo estes selecionados por amostra de conveniência, uma vez que foram contatados no corredor da sala de espera dos atendimentos em PIS ou após a realização da atividade dos grupos de automassagem, sem haver, portanto, contato prévio da pesquisadora com os usuários

Crianças menores de doze anos de idade foram incluídas no estudo desde que houvesse a disponibilidade para a realização da entrevista de algum responsável que as houvessem acompanhado durante o tempo que vinha frequentando o serviço em PIS e que fossem capazes de prestar informações.

Quanto à exclusão:

Foram excluídos usuários com menos de um ano de acompanhamento em PIS nas unidades escolhidas no estudo e/ou que apresentassem algum tipo de incapacidade ou limitação que pudesse representar algum prejuízo ou impedimento na realização da entrevista.

Em relação aos profissionais de saúde e aos gestores, não houve exclusão para não impor limites ao estudo.

A técnica de coleta de dados foi feita por meio de entrevista individual semiestruturada entre as três categorias de sujeitos: gestores, profissionais de saúde e usuários. Foi construído previamente um roteiro de entrevista, conforme anexo I, para cada categoria de entrevistados, contendo um conjunto de tópicos comuns que abordavam os temas que se pretendia pesquisar, com o cuidado de apenas fazer algumas adequações que pudessem facilitar a comunicação e extrair melhor as informações dos entrevistados considerando seus contextos diferentes na relação com as PIS no serviço público.

As entrevistas foram conduzidas de forma aberta, espontânea, como uma conversa, e os roteiros das entrevistas serviram apenas para auxiliar a pesquisadora a manter-se na busca dos objetivos de pesquisa. Cada entrevista teve duração média de 30 a 40 minutos.

O universo dos sujeitos entrevistados foi de vinte e nove pessoas, definido por saturação da amostra, ou seja, a pesquisadora, durante a realização das entrevistas, observou em dado momento repetições de conteúdos nas falas, sem mais emergirem dados novos. Entre as entrevistas realizadas houve nove entrevistas com gestores, destes incluem-se dois gestores do nível central da SES entrevistados que integram a GERPIS e SAPS. Os demais sete gestores são os correspondentes às DIRAPS, nas três regionais de saúde e os gerentes das quatro unidades básicas incluídas no estudo.

Os sete profissionais de saúde correspondem a profissionais que atuam em pelo menos uma das três práticas integrativas nas três regionais de saúde escolhidas para o estudo, entre os quais dois homeopatas, dois acupunturistas e três facilitadores em automassagem. Os usuários compuseram treze entrevistados, incluindo cinco usuários da Homeopatia, um usuário somente da Acupuntura, cinco usuários somente da Automassagem e dois usuários da Automassagem e da Acupuntura concomitantemente.

Procedeu-se à entrevista com cada categoria de entrevistados, sendo os profissionais de saúde e os gestores contatados previamente por telefone ou pessoalmente para agendamento da entrevista, com exceção dos usuários, que foram escolhidos ao acaso entre aqueles que estavam presentes no corredor de espera do ambulatório ou nos grupos de Automassagem por ocasião da ida a campo da pesquisadora e que atendiam aos critérios de seleção da amostra determinados na pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram identificados previamente, apresentados ao estudo e seus objetivos, à confidencialidade dos dados e em seguida convidados a participar. Ao aceitarem, foi-lhes solicitado assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, TCLE, de acordo com as normas de ética em pesquisa.

A entrevista foi aplicada pela própria pesquisadora em ambiente reservado, assegurando a confidencialidade da entrevista. Na ocasião das entrevistas a pesquisadora contou com o auxílio de uma colega estudante de mestrado acadêmico do Departamento de Ciências em Saúde da FS da UnB.

Esta pesquisa obteve sua aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/ SES-DF conforme parecer consubstanciado, anexo nº 1.

6 ANÁLISE DOS DADOS

Este estudo inspirou-se na análise de conteúdo de Laurence Bardin (30). Aproximamo-nos da abordagem qualitativa dessa análise como recorrente: indicadores não-frequenciais suscetíveis de permitir inferências, e afastamo-nos da abordagem quantitativa, fundada na frequência de aparição de determinados elementos da mensagem. A validade da análise qualitativa, conforme Bardin, está embasada na elaboração de deduções específicas acerca de um acontecimento ou em uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais. Seleciona alguns índices, sem tratar exaustivamente todo o conteúdo, sendo capital a compreensão exata do sentido.

Na primeira etapa de análise, a pesquisadora contou com a participação de três juízas, que se detiveram a analisar o conteúdo de três entrevistas no universo das entrevistas realizadas com a categoria dos profissionais de saúde, o que consistiu na leitura e exploração das entrevistas, de modo independente, pelas três juízas. Para a construção das categorias, definiu-se como unidade de registro o tema, realizada mediante a categorização e o desmembramento do texto em unidades, seguindo-se o seu reagrupamento analógico. Assim, após identificação dos temas, estes foram agrupados para a definição das categorias empíricas. Buscando garantir maior validade e fidedignidade ao processo, as três juízas desconheciam inicialmente os objetivos da pesquisa.

Após essa primeira etapa, as três juízas se reuniram para verificar a consistência dos temas e categorias encontrados. Verificou-se que, em geral, as juízas encontraram temas bastante semelhantes, apesar de apresentarem nomenclaturas um pouco distintas. A categorização, no entanto, foi divergente entre as juízas tanto em relação ao número de categorias, quanto em relação ao critério utilizado para o agrupamento dos temas. Em seguida, procedeu-se, então, a uma reavaliação das categorias, considerando os critérios de validade e fidedignidade: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência, exclusividade. Neste momento, as juízas também tomaram conhecimento dos objetivos da pesquisa. A partir dessa reavaliação, ponderações, e concordância entre as juízas e a pesquisadora, chegou-se à definição de quatro categorias empíricas.

Esta primeira etapa de definição das quatro categorias empíricas, em que foi analisado uma parte do conteúdo das entrevistas realizadas, subsidiou a

pesquisadora na segunda etapa da análise a concluir o processo reproduzindo todo o processo de análise com o conteúdo de todas as entrevistas e na confirmação das categorias empíricas previamente definidas: (1) A implantação das PIS na rede de saúde da SES/DF; (2) O papel das PIS na rede de saúde da atenção básica e na vida das pessoas; (3) Limitações da integração das PIS na rede de saúde da Atenção Básica; (4) Estratégias para o desenvolvimento das PIS na rede de saúde da Atenção Básica da SES/DF.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma vez que as entrevistas foram realizadas em um grupo heterogêneo de profissionais de saúde, gestores e usuários, provenientes de três regionais de saúde distintas, e ainda entre os gestores aqueles que atuam no nível central da SES/DF, assim como foram analisadas três diferentes abordagens das Práticas Integrativas, optamos por uma nomenclatura que identificasse as diferentes falas, a do Profissional Homeopata; a do Profissional Acupunturista; a do Profissional da Automassagem; a dos Gestores da Regional de Saúde; a do Gestor da Unidade Básica; a do Gestor do nível central da SES/DF, SAPS e GER(PIS) e dos Usuários da Homeopatia, da Automassagem e da Acupuntura; entrevistados da Regional Sobradinho; entrevistados da Regional Planaltina e da Regional de Paranoá / Itapoã.

Como segue nos dois quadros abaixo:

Tabela 3 Identificação dos Entrevistados; Prática Integrativa; Regionais Saúde

Categorias	Práticas	Regionais de Saúde
Profissional: P	Automassagem: A	Sobradinho: S
Usuário: U	Acupuntura: Ac	Planaltina: PL
Gestor: G	Homeopatia: H	Paranoá/ Itapoã: I

Tabela 4 Identificação dos Gestores e seu local de trabalho

Gestores das Regionais de Saúde GR	Gestores das Unidades Básicas GU	Gestores do Nível Central da SES-DF GC
Sobradinho GRS	Sobradinho GU S	GERPIS GC PIS
Planaltina GRPL	Planaltina GU PL	SAPS GC SAPS
Paranoá / Itapoã G RI	Paranoá/ Itapoã GU I	

A seguir apresentaremos cada uma das quatro categorias empíricas consideradas, na seguinte sequência: o título, seguido da sua descrição sumária baseada no conteúdo das verbalizações, seguindo-se a apresentação dos temas, das respectivas verbalizações e discussão dos resultados.

7.1. CATEGORIA 1: A IMPLANTAÇÃO DAS PIS NA REDE DE SAÚDE DA SES-DF

De acordo com o conteúdo das entrevistas o processo de implantação das PIS na rede de saúde da SES-DF iniciou-se na década de 1980 por iniciativa de alguns profissionais de saúde que começaram a introduzir inicialmente o atendimento em Homeopatia nos serviços de saúde de unidades da atenção básica. Paralelamente a este processo houve também um trabalho político destes profissionais intencionado buscar apoio de gestores e o reconhecimento institucional das PIS. Este conhecimento emerge da fala de alguns entrevistados, especialmente gestores, o que não é igualmente demonstrado entre todos os entrevistados. Há entre os entrevistados diferentes níveis de conhecimento e informação sobre o processo de implantação das PIS na rede. As PIS na atenção básica vêm sendo incorporadas em diferentes unidades, como centros de saúde e unidades da estratégia saúde da família, a exemplo dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família, NASF, estes reconhecidamente têm o potencial de promover a divulgação e diminuir o desconhecimento a respeito da Homeopatia entre os profissionais da equipe e os diferentes serviços na rede.

A Automassagem é a prática integrativa que hoje tem maior capilaridade na rede de saúde. Pode ser desenvolvida por profissionais de diferentes categorias e níveis de formação. A capacitação envolve conteúdos de fácil aprendizado, o que facilita sua maior disseminação.

TEMA: QUANDO COMEÇOU A IMPLANTAÇÃO

Para caracterizar a inserção das PIS na rede do DF foi perguntado aos gestores e profissionais se eles tinham algum conhecimento a respeito do início e de que forma se deu a implantação. O resultado demonstrou haver um conhecimento muito diversificado entre os entrevistados.

Há relatos que demonstram um conhecimento maior a respeito do início da implantação. Estas falas surgem de gestores que naturalmente têm acesso a documentos e informações sobre planejamento, e políticas adotadas pela Instituição, conforme a fala da gestora de uma regional de saúde.

[...] dentro da Secretaria, já tem um tempo de evolução. Vi documentos da década de 90 de planejamento para estruturar as PIS no DF. (GRPL)

Um profissional homeopata, que hoje atua na assistência nos informa que no passado trabalhou como gestor no Ministério da Saúde, relata:

Tenho conhecimento que foi implantada nos anos 1980 no DF com a Homeopatia. No SUS, foi na época do período pré-SUS, uma resolução do antigo INAMPS, [...] que apontava para o mínimo de estruturação da Homeopatia no pré-SUS e se chamava SUDS.(PHI).

No entanto há entre os gestores e os profissionais aqueles que nunca obtiveram informação alguma sobre a implantação das PIS na rede e só passaram a conhecer a partir do momento que tiveram contato com os serviços ou com profissionais que exerciam as PIS nas unidades de saúde. Assim, de acordo com uma gestora de unidade básica:

Não tenho conhecimento de quando iniciou isso e muito menos de que forma aconteceu o início destas práticas aqui no DF. [...] Sim tomei conhecimento há uns 6 anos através do seu ambulatório de homeopatia no Centro de Saúde nº 1, e quando vim para este centro tomei conhecimento que aqui tinha Acupuntura e também Automassagem e isso não tem mais ou menos 1 mês. (GUS).

Isto é corroborado pela fala da profissional que atua com Automassagem:

Na rede, eu não sei exatamente quando foi... eu vim para regional em 1994, fiz o treinamento e lá e elas já faziam um pouco desta prática para acolher os novos servidores e observei também que elas já faziam no CSS 2. (PAS).

Desinformação ocorre, muito embora a gerência das PIS na SES/DF implementem a estratégia de disseminar informações a respeito da inserção das PIS

na rede utilizando-se em diferentes oportunidades de exposição sobre o tema, como quando realiza capacitações, oficinas ou mesmo durante o acolhimento que é dado aos novos médicos homeopatas ou acupunturistas que ingressam na SES/DF.

Identificamos ser ainda limitado o alcance que essa divulgação consegue efetivamente repercutir, o que nos aponta a necessidade de buscarmos estratégias que possam aumentar a visibilidade das práticas no universo da rede de atenção da SES/DF, não só o conhecimento

Estudos como o de Tesser (31) apontam o campo da pesquisa como uma possibilidade estratégica de promover a visibilidade desejada. Metodologias de aproximação do universo institucional das PIS e o SUS realizadas, por exemplo, por meio de pesquisa-ação, avaliação de caráter participativo, podem contribuir para uma maior visibilidade, com desdobramentos institucionais no local das pesquisas, além da produção de conhecimento e sua circulação acadêmica.

TEMA: PROTAGONISMO DE PROFISSIONAIS/LEGITIMAÇÃO PELA SES/
APOIO DA GESTAO.

A forma como se deu a implantação das PIS na rede de atenção da Secretaria do GDF foi questionada aos entrevistados e ficou marcante o protagonismo dos profissionais de saúde neste processo, assim como foi decisivo o apoio de gestores para desencadear o processo de legitimação na instituição.

Como identificamos nos extratos das falas dos gestores em nosso estudo:

*Há muito tempo atrás eram profissionais que faziam um curso e acabavam fazendo **[atuando nessas práticas]** não era tanto um serviço **[estruturado]** [...], há pelo menos uns 15 anos atrás (GCSAPS).*

Reafirmado pela fala de outro gestor:

[...] por iniciativa de alguns profissionais já se fazia o atendimento homeopático na ASA Norte e Núcleo Bandeirante, isso em meados 1986 [...] (GCPIS).

Interessante que esta mesma trajetória não foi exclusiva no DF. Ao consultar outros estudos observamos que não é incomum que o processo de implantação das PIS nos serviços públicos tenha nas mãos dos profissionais de saúde, por iniciativa

própria, o protagonismo desse processo, impulsionados por uma causa, por um ideal.

Em outro estudo foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais de saúde que não atuavam com as práticas integrativas, de diferentes municípios brasileiros, entre eles Brasília, sobre a institucionalização da Homeopatia no serviço público. Nele apresenta-se como resultado que a implantação da Homeopatia na rede de saúde teve como protagonista os próprios médicos homeopatas por meio de um trabalho técnico e também político junto a gestores de diversos níveis de poder objetivando a inserção da Homeopatia no atendimento dos serviços, assim como nas políticas de saúde (32).

O trabalho desses profissionais no cenário dos serviços se dava a partir da negociação dos profissionais junto às chefias das unidades quanto à flexibilização de horários e agendas que pudessem incorporar o atendimento nas práticas, conforme aparece no relato do gestor:

Esta implantação se deu a partir da negociação dos médicos praticantes da Homeopatia e Acupuntura com as chefias de negociarem uma parte da carga horária para fazerem para os usuários, (GUPL).

O processo de implantação e legitimação institucional foi alcançando progressivamente espaços na gestão da Secretaria, como demonstra a fala da gestora:

Em 89 veio o PDTNC, que era aquele programa vinculado diretamente ao gabinete do Secretário e tinha como objetivo exatamente implementar Automassagem, Acupuntura, Homeopatia e outras práticas. Este foi o primeiro marco institucional de sessão destas práticas na rede pública do DF (GCPIIS).

Havia um movimento forte de implantação nos serviços acompanhado de um movimento político de legitimação dentro da estrutura de gestão na instituição, como evidenciamos na fala de um dos profissionais:

Acho que alguns profissionais médicos já exerciam a Acupuntura dentro do serviço e eles resolveram fundar o núcleo NUMENATI e agora o GERPIIS. (PAcPL).

O apoio de gestores mais sensibilizados aliado ao esforço de profissionais foi fundamental para a construção dos serviços:

Tenho conhecimento, passado pelos colegas, que na época implantaram o antigo “Sementi”, que era um serviço, não lembro a sigla, e o Secretário da época era simpático as PIS, (PHI).

TEMA: IMPLANTAÇÃO DA PIS NO NASF

Identificar formas de implantação e as interseções com as estratégias da atenção básica foi um dos objetivos do estudo.

O conteúdo das entrevistas aponta que a implantação das PIS na equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, NASF, da estratégia saúde da família é reconhecida como uma forma de promover uma maior divulgação e o conhecimento a respeito das PIS no sistema de saúde, oportunizado pelo trabalho conjunto e interdisciplinar em que a estratégia se fundamenta.

Entre os entrevistados, há um profissional médico homeopata que está inserido em uma equipe do NASF. Seu depoimento demonstra esta visão estratégica de inserção das PIS:

A criação do NASF atende uma diretriz do SUS. Foi aberto um espaço para a figura do médico homeopata, [o que] permitiu uma integração maior do homeopata com outros profissionais e todos esses da Estratégia SF e aí abre-se um espaço para melhor compreensão da Homeopatia [...]. (PHI).

Em 2008 o Ministério da Saúde criou os NASF, mediante a portaria GM nº 154, de 24 de janeiro, que determina:

Um NASF deve ser constituído por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. A composição das equipes cabe ao gestor local e as equipes de SF, por critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF é composto de nove áreas estratégicas e inclui entre essas áreas as PICs, ¹com a possibilidade de inserção do profissional homeopata e do acupunturista.

Nas diretrizes de implantação do NASF inclui-se o fomento à implementação das PICs na Estratégia Saúde da Família (33).

¹PICs, Práticas Integrativas e Complementares são assim denominadas na Política Nacional das PIC no SUS.

A Homeopatia inserida no NASF apresenta pontos de interseção com a estratégia de cuidado longitudinal às famílias, na visão do profissional que faz parte da equipe de um NASF.

Mas o método de trabalho do NASF permite o contato periódico com as famílias e as equipes do SF [...] espaço interessante para a Homeopatia se aproximar como um recurso para a manutenção da saúde da família. (PHI).

TEMA: CAPILARIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Conforme já mencionado, a Automassagem é a prática integrativa em saúde que se encontra mais capilarizada na rede de saúde da SES/DF. Isso em parte se explica pela sua característica em não estar limitada a uma categoria ou a um nível de formação profissional, podendo ser desenvolvida tanto para profissionais de saúde do nível médio como do superior, além da Secretaria por meio de iniciativas da gerência das PIS ter realizado em diversas ocasiões capacitações em Automassagem aos servidores que atuam na atenção básica, o que acaba por repercutir em um número maior de profissionais e também na sua maior presença na rede, como observamos na fala do gestor:

A Automassagem é a modalidade de PIS que tem mais capilaridade na rede. Ela traz algumas coisas interessantes, não só pela diversidade de profissionais que podem atuar, vai de ACS até os profissionais de nível superior [...], (GCPIS).

Comparativamente ao número de profissionais, a Automassagem difere da Acupuntura e da Homeopatia, pois ambas têm um quantitativo bem menor de profissionais, uma vez que são especialidades médicas, razão pela qual elas se inserem em outra condição de exigência na formação dos profissionais. Isto implica na aprovação em concurso público para a incorporação de novos profissionais, o que dificulta a sua expansão.

O estudo de Marques & Oliveira (9), ao analisar dados de informações da SES/DF, comparou o número de profissionais atuantes nas PIS nos anos de 2006 e no ano de 2009. Restou comprovado que houve um crescimento no número de profissionais atuando na Automassagem na ordem de 31,31% e concomitantemente houve decréscimo do número de profissionais da Homeopatia e da Acupuntura na ordem de variação – 12,00% e – 34,62%, respectivamente, corroborando as falas dos entrevistados.

Somam-se a isso as perdas por aposentadoria, afastamentos ou desistências dos profissionais, que não tem sido proporcional ao ingresso de novos homeopatas e acupunturistas, tema abordado por um gestor:

[...] vivemos uma situação incipiente: não tem muito estes serviços, com exceção da Automassagem, por ser mais antiga e exigir menos especialidade do profissional do que Acupuntura e Homeopatia, que requerem um profissional que estudou, se capacitou e se formou para isso. A Automassagem tem um alcance maior, e diferente da Acupuntura e da Homeopatia, pode ser praticada em diferentes locais. (GCSAPS).

7.2 CATEGORIA 2: O PAPEL DAS PIS NA REDE DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA E NA VIDA DAS PESSOAS

As PIS, na visão dos entrevistados, guardam características que as aproximam das diretrizes da atenção básica à saúde, e da estratégia saúde da família, sobretudo, por meio do modelo de atenção à saúde que fortalece conceitos como a busca do cuidado integral à saúde, autonomia e corresponsabilização dos sujeitos no processo de construção da saúde, o que repercute diretamente na vida das pessoas, suas expectativas, esperanças e na qualidade de vida.

Destacam-se nesta categoria empírica conteúdos presentes nas falas de todas as categorias de entrevistados; profissionais, usuários e gestores, em que identificam o potencial promotor da saúde como um forte componente das PIS, contextualizando este conceito como uma alternativa à mudança de modelo de atenção à saúde, de custos financeiros altos, voltados para a atenção hospitalar, excessivamente medicalizantes e com pouco vínculo terapêutico

A experiência do benefício para sua própria saúde com o uso das PIS aparece no conteúdo das entrevistas como um importante fator de adesão e divulgação das PIS e seus benefícios entre os usuários e profissionais

A satisfação no exercício e no uso das PIS aparece no conteúdo das falas dos profissionais que expressam satisfação em promover a oferta das PIS na Atenção Básica. Citam a eficácia das ações e a resolubilidade como fatores estimuladores do trabalho com as PIS e, na visão dos usuários, a oferta das PIS no serviço público é um privilégio para a comunidade, expressando satisfação com a qualidade da oferta.

TEMA: QUALIDADE DE VIDA / DIMINUIÇÃO DA MEDICAÇÃO

Elucidar por meio das entrevistas com os profissionais atuantes das PIS, os gestores e os usuários do SUS os potenciais que as práticas representam para a atenção básica de saúde nos abriu a dimensão do seu papel no contexto da saúde inserida nas várias dimensões da vida das pessoas.

Aqui temos um exemplo representado pela fala de uma usuária ao relatar o sucesso de seu tratamento e reconhecer uma melhora na sua relação com a vida, suas realizações e bem-estar.

Eu não podia fazer nada, ficava em prol da doença. Na verdade eu não tinha vida, depois que comecei a fazer Homeopatia, eu não vou falar que estou 100%, mas me ajudou de uma forma que voltei a estudar, terminei o ensino médio, fiz faculdade e agora sou tutora na faculdade. Eu não imaginava nunca que eu ia conseguir tudo isso (UHPL).

É claro que este é um discurso comum às pessoas que experimentam o sucesso de seus tratamentos, independentemente da terapêutica usada, biomédica ou não. Seria um equívoco aqui afirmar tal efeito transformador ser exclusivo do tratamento por meio de alguma prática integrativa. O fato de obter a cura de uma situação de adoecimento em que há limitações e sofrimento por si só é uma situação transformadora na vida das pessoas. A usuária da Homeopatia faz o relato do benefício transformador em sua vida após se submeter ao tratamento homeopático depois de algum tempo ter sido tratada convencionalmente.

Esse efeito transformador na fala de um gestor é percebido quando diz “uma melhora profunda na saúde”:

Há pacientes que observamos que quando são introduzidos nas PIS há diminuição de remédios controlados, diminuindo as dores e assim vai completar aspectos que as outras especialidades não conseguem: uma melhora profunda na saúde dos pacientes (GRS).

Em outra fala, a profissional reconhece que as práticas tem um efeito transformador, nos remete à auto observação e ao autoconhecimento, quando diz:

O despertar do autoconhecimento, que eu acho que a prática traz, vai mudando toda a sua estrutura, seja familiar, psíquica. Com o tempo ela muda a sua trajetória e para melhor. (PAI).

Há a percepção de que as práticas integrativas representam uma mudança no paradigma do cuidado à saúde, saindo do foco da doença e direcionando a atenção aos sujeitos doentes, redirecionando a tendência a generalizar e uniformizar os sentimentos e os sintomas nos indivíduos, para a percepção das necessidades individuais dos sujeitos doentes, afirmado em uma fala de gestor como um “cuidado mais pessoal” e relacionado a alcance de uma melhor qualidade de vida:

[...] Pessoas cuidam da saúde de uma forma mais pessoal e preventiva você consegue ter mais qualidade de vida, acho que o impacto é isso [...] (GRPL).

É sabida a relevância que tem as múltiplas expressões da saúde mental, expressa por sintomas diversos, como ansiedade, medos, angústia, chamados por “sofrimento difuso”, representando o conjunto das demandas que chegam aos serviços de saúde. Isto denuncia a incapacidade em lidar com a subjetividade dos sujeitos adoecidos, resultando numa medicalização excessiva de psicotrópicos, sem representar resolução das demandas.

Este tema é abordado no contexto da prática de serviços de saúde, como a “medicalização social” (34), que seria a tentativa de redefinir aquilo que é uma experiência ou um comportamento humano como um problema médico, e, portanto, passível de uma intervenção médica. Isto acaba por transformar culturalmente as populações, **diminuindo** a capacidade dos sujeitos em lidar com suas dores e sofrimentos cotidianos com mais autonomia e liberdade, o que gera dependência excessiva e alienação. A medicalização social está associada ao que Illich (35) chamou de iatrogenia cultural, uma forma difusa e sub-reptícia de iatrogenia da biomedicina: a perda do potencial cultural para manejo da maior parte das situações de dor, adoecimento e sofrimento (34).

Outro aspecto da dependência dos usuários em relação a procedimentos médicos e medicalização foi abordado na fala de uma profissional de Acupuntura relativa a situação de dor, apontando o incentivo à medicalização excessiva induzida pela indústria farmacêutica, que ela chamou de “indústria da dor”. O usuário em

sofrimento de dor crônica ou aguda se torna susceptível ao uso em excesso de medicamentos, o que cria dependência e alienação.

Existe a indústria da dor, o uso exagerado de analgésicos, e o doente se automedica porque ninguém suporta a dor e à medida que você vai desfocando ele passa a enxergar de outro jeito. (PAcS).

A esse respeito contribui Valla (36), quando aponta a necessidade de integrar ao modelo de cuidado o apoio social e a construção de rede de apoio social, aproximando e tornando-o mais coerente com as reais necessidades dos indivíduos e da coletividade; nesse sentido, Lacerda (6) tece analogias entre as PIS, mais especificamente a Homeopatia, com o apoio social, uma vez que para as PIS o centro do cuidado é o sujeito doente, estimulando a autonomia e a maior participação dos indivíduos, induzindo a construção de projetos de vida e uma maior esperança, o que é corroborado na fala da usuária da Acupuntura:

Estas técnicas dão mais chance de vida para a gente (UACPL).

Reafirma a fala do gestor quanto à noção de construção de projetos de vida, ao dizer "pensar em saúde":

[...] trabalhar o corpo e se conhecerem podem começar a pensar em ter mais saúde e deixar de pensar na doença (GRS).

TEMA: SEM EFEITO COLATERAL / MEDICAMENTO NATURAL / USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Outro aspecto importante apontado no conteúdo das falas é a visão do usuário de que as PIS não apresentam risco de iatrogenias. O medicamento homeopático é citado com a noção de medicamento natural, contrapondo a desconfiança com o medicamento convencional e o risco de efeito colateral.

"[...] o remédio convencional, além de ser mais caro, ele vem trazendo outros danos, e aí fica mais caro para o governo. E a Homeopatia não tem efeitos colaterais. A vantagem é essa [UHPL].

Este aspecto é bem analisado por Nogueira (37), quando sistematiza as razões que levam à demanda pelas PIS em nossa sociedade. Entre estas razões

apresenta a maior consciência quanto à possibilidade de iatrogênese ocasionada pelos procedimentos de diagnóstico e de terapia da biomedicina. Isso é evidenciado na fala de uma usuária:

O que vejo é que o remédio da Homeopatia se não fizer bem não vai fazer mal, e no remédio de farmácia você melhora de uma coisa e piora de outra (UHI).

Ainda:

Para mim fez toda diferença. Às vezes a gente tinha mania de tomar um remédio para dor toda hora e aqui não. A gente toma um remédio que é natural; cortei o remédio para dor, estou de bem com a vida. (UHS).

A Acupuntura como recurso substitutivo ao uso de analgésicos especialmente em situação de dores crônicas ou de difícil controle e pelo risco de efeitos colaterais tem um importante papel na isenção dos efeitos colaterais.

Isso é reafirmado na fala do gestor:

[...] porque é o equilíbrio da pessoa, por exemplo, na Acupuntura para dores, vê o paciente como todo, o principal seria esse e não ter tantos efeitos colaterais. (GUS).

TEMA: MUDANÇA NA RELAÇÃO COM O SISTEMA.

Outra razão apontada por Nogueira (37) como impulsionadora da demanda pelas PIS é a insatisfação na relação médico-paciente ou profissional de saúde e o usuário e no contato com a instituição de saúde, insatisfação de um modo geral com os resultados obtidos. Conforme uma usuária:

[...] não é igual. Você vai no médico, você chega lá ele mal te olha e já te dá a receita, você vai lá toma aquele remédio e piora outra coisa, né? A Homeopatia melhora a raiz [...], assim, você vai ao médico ele é seu amigo, como fosse alguém da família, você senta, você desabaфа, você se sente bem, [...] faz o tratamento na raiz". (UHI)

Reafirmado na fala da usuária:

A diferença é porque o médico homeopata presta atenção no que você diz. Ele olha nos teus olhos e pergunta o que está acontecendo na sua vida, e o médico normal não percebe nem se você é velha, é nova, não sabe o que está acontecendo com você. Sou muito atenta a este tipo de coisa. (UHI)

TEMA: CRIAÇÃO DE VÍNCULO

Entre as três práticas integrativas em saúde abordadas neste estudo, a Automassagem tem como característica a atividade realizada em grupo, atividade comumente adotada no dia a dia dos serviços de saúde especialmente na atenção básica e reconhecidamente importante como ferramenta de disseminação de atividades de educação e saúde e indutoras da promoção da saúde por meio da socialização entre os indivíduos, da promoção do apoio social e da troca de experiências e saberes que podem se tornar instrumentos terapêuticos importantes entre seus integrantes.

O apoio social recebido através destas redes de solidariedade fortalece a identidade, aumenta a segurança e a autonomia nos sujeitos e assim contribui repercutindo numa melhor qualidade de vida e na diminuição do adoecimento físico e psicológico (6).

Evidenciado na fala da profissional de Automassagem:

[...] digo isso sempre para elas: vocês são multiplicadoras. Elas me chamam de professora e eu digo a elas que eu aprendo com elas e elas comigo, que é uma troca. Nas PIS a gente pode conversar, você escuta, eu ajudo eles e eles me ajudam (PAI).

A criação de vínculo entre a profissional e os usuários citada na fala de uma profissional:

Porque a gente faz Automassagem e depois bate papo. Eu acho que isso acaba criando vínculo muito grande com eles. Não vou deixar mais isso. (PAS).

Na fala da usuária em que destaca no seu tratamento a importância da relação que estabelece com seu médico e ao mesmo tempo se refere como também importante a prescrição do medicamento, como uma dose.

Porque o amor é tudo na vida. Se você tem aconchego na pessoa aceitar aquilo e você dá uma dose do remédio isso é o principal. (UHI)

TEMA: VISÃO DE INTEGRALIDADE / TRATAMENTO FAMILIAR

O tema da integralidade da atenção aparece no conteúdo das entrevistas, confirmando e reforçando sua importância no contexto da atenção à saúde, sobretudo na fala dos usuários acostumados à fragmentação do cuidado, o que comumente os remete à realização de vários e diferentes procedimentos e que

requerem muitas vezes consultas a diferentes especialistas. Entretanto, ao entrarem em contato com as PIS, surpreendem-se ao se deparar com uma atenção voltada a compreensão de uma unicidade de suas queixas e a uma abordagem terapêutica integradora.

Como fica demonstrado na fala da mãe de uma criança usuária:

[...] foi além do que esperava, porque quando eu vim foi para tratar a alergia e aí descobri que não era só a alergia, tinha o meu comportamento com ele, [...], fui observando isso. (UHI).

A integralidade da atenção presente desde os marcos regulatórios do SUS representa um desafio ao modelo da biomedicina para a sua concretude no dia a dia dos serviços de saúde, e a efetivação deste princípio na atenção é cobrada, tendo na atenção básica e na estratégia da saúde da família o foco de ação para o enfrentamento deste grande desafio de fazer efetivamente a integralidade na atenção.

Reforçado pela fala do profissional que apresenta a Homeopatia com uma abordagem integradora do contexto familiar e social:

[...] a Homeopatia aborda mais a fundo todo um contexto familiar e social que é nosso foco da saúde da família de forma integral e não de forma segmentada (PHI).

De acordo com Tesser e Luz (38), a integralidade representa um desafio para o modelo biomédico e quanto mais especializada a prática dos serviços mais bloqueada está a integralidade do cuidado. O trabalho em equipes multidisciplinares especialmente na atenção básica tem um papel de atenuar esses bloqueios. Inversamente, outras racionalidades, como a Homeopatia e a Medicina Tradicional Chinesa, comportam um saber/prática facilitador da integralidade.

O paradigma vitalista das PIS apresenta-se na visão do todo indivisível. Vê o adoecimento sempre de forma sistêmica, mesmo na sua manifestação em alguma parte do organismo, reflete o desequilíbrio ou a desarmonia da totalidade. Na fala de um usuário:

Homeopatia não é para a doença, é para o corpo todo, então ela trata o todo, e neste sentido melhorou, controlou minha asma, rinite, sinusite e principalmente controlou as cólicas. (UHPL)

Trata-se, portanto, de entender o sujeito no centro da atenção à saúde, objetivando curar o sujeito doente ou restabelecer a saúde no indivíduo, e não combater doenças. Ratificado pelo relato de uma usuária:

[...] a gente está tratando o ser humano e não a doença. (UHI).

Com o foco da ação no sujeito, este se vê estimulado a desenvolver a atitude de autocuidado. Demonstrado nesta outra fala de um dos profissionais:

[...] vê o paciente como um todo, o equilíbrio da pessoa, você mexe com a autoestima. Acho que ela começa a perceber melhor. Valoriza seu organismo, sua maneira de ser, de agir, de se comportar. (PAS).

As falas de usuários a seguir reconhecem que as práticas atuam no contexto familiar, o que vai ao encontro da estratégia da atenção básica, por meio do modelo de cuidado integral e atenção à saúde.

[...] Melhorou muito e até melhorou com a família, (UAPL).

Reafirmando pela outra usuária:

Toda a minha família se trata na Homeopatia, só falta o meu genro vir também, mas toda a minha família se trata. (UHS).

Ao reconhecer a prática integrativa atuando na sua família, a usuária demonstra satisfação:

[...] veio minhas filhas e os netos e a família toda veio vindo. Eu digo para ele, o doutor, isso foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida. (UHI).

TEMA: PROMOÇÃO DA SAÚDE / HUMANIZAÇÃO

Um dos objetivos do estudo foi evidenciar as potencialidades no âmbito de atenção das PIS quando inseridas na rede de saúde e suas interseções com as estratégias da atenção básica, da promoção da saúde e da humanização da atenção, averiguando como se dá a inserção das práticas integrativas agregando outros saberes e formas diferenciadas de atuar.

O relato das entrevistas traz componentes que confirmam a consonância com os pressupostos da estratégia da atenção básica e da promoção da saúde conceitualmente como qualidade de vida e *empoderamento* individual e coletivo.

As PIS, quando inseridas no sistema, agregam outros olhares, saberes e formas de atuar, por exemplo quando a Automassagem e a Acupuntura trazem no seu arcabouço teórico da MTC o incentivo ao desenvolvimento de atitudes nos indivíduos que muitas vezes são desconhecidas ou nada habituais em nossa cultura, como a introspecção, a meditação, a escuta do silêncio interno e a busca pelo autoconhecimento ou auto-observação, como é ratificado na fala da profissional:

O papel dela é promoção. Promover saúde é integrar as pessoas, fazê-las perceber que não é só o remédio que vai curá-las. Vai fazer com que elas tenham saúde. (PAS).

Reafirmado na fala da usuária que coloca a auto-observação que faz de si e do filho como parte integrada ao tratamento.

O observar faz parte do tratamento, por exemplo, eu venho, eu falo a minha queixa, ele me explica, passa o remedinho, e eu começo a observar o comportamento dele (UHI).

O conteúdo das entrevistas nas falas de profissionais e de gestores das PIS são identificadas como potencializadoras da promoção da saúde, sobretudo no tocante à indução do *empoderamento* individual e coletivo, o que nos remete à fala de BUSS (39), quando analisa a evolução histórica do conceito de promoção da saúde internacionalmente e nacionalmente e chama a conceituação moderna e mais atual da promoção da saúde como qualidade de vida viabilizada por meio de ações intersetoriais e pelo desenvolvimento das capacidades dos indivíduos e das coletividades.

O desenvolvimento das capacidades dos indivíduos e uma maior participação é também ratificado no contexto das PIS por um profissional quando cita a co-responsabilização:

[...] as PIS todas elas partem deste princípio. Fazem com que o paciente deixa de ser um paciente passivo, ele passa a ter responsabilidade pela manutenção e recuperação saúde. (PACPL).

As práticas integrativas em saúde como recurso da promoção da saúde são apontadas por Tesser (5) na função de ajudar a suprir “falhas estratégicas” na promoção da saúde no dia a dia dos serviços de saúde do SUS, que comumente

atuam amedrontando a população nas atividades de educação em saúde, com pouca efetividade e com foco na prevenção de doenças e no controle de fatores de risco.

Essa contribuição das PIS é também confirmada por uma profissional quando diz:

[...] E assim a alegria, a felicidade, ver a promoção realmente de saúde dentro das PIS, que muitas vezes no Centro de Saúde, o médico atende, o enfermeiro atende, passa remédio e tal. Dentro das PIS você consegue diminuir isso. (PAI).

Confirmado na fala do gestor, quando reconhece como um desafio promover a saúde no contexto da atenção básica, e vê as PIS contribuindo a suprir esta dificuldade:

Acho que o maior desafio da Atenção Básica é a promoção da saúde e nestas práticas a gente promove a saúde. Digamos assim, ela trabalha somando principalmente neste fator. (GUS).

Outra usuária fala de seu *empoderamento* e autonomia quando dá um exemplo que utiliza de seu conhecimento para buscar uma solução para si.

[...] às vezes eu estou num lugar esperando alguma coisa e aí eu começo a fazer a respiração e faço a Automassagem sem ninguém perceber. A gente se sente bem [...]. (UAPL).

O incentivo à autonomia dos usuários das PIS é novamente confirmado em outra fala de uma profissional de Automassagem quando compartilha com o grupo o conhecimento e habilidades:

*[...] eu percebo que elas acham que também tem competência e eu pergunto: quem é a próxima? E elas fazem eleição e reconhecem que **têm** habilidades para isso. (PAS).*

Reafirmado a autonomia e a co-responsabilidade no cuidado, eis outra fala de usuária que diz que a auto-observação a leva a perceber que ela tem mudanças a fazer por ela mesma.

[...] eu percebi que eu estava errando naquilo ali... sendo que no dia a dia você não consegue perceber isso e em outras especialidades não dava para perceber isso também e através da Homeopatia eu fui percebendo isso e tenho tentado melhorar. (UHI).

TEMA: ACEITAÇÃO POR MEIO DA EXPERIÊNCIA PRÓPRIA.

O grau de satisfação do sujeito com a sua experiência o move a divulgá-la e a incorporá-la ao cuidado da sua saúde, muito mais do que a informação veiculada pelas instituições de saúde, acadêmicas ou a própria mídia

Este fenômeno é pertinente à legitimação social das práticas integrativas. Isto que conseqüentemente a leva à institucionalização e à ampliação da oferta nos serviços de saúde. Um exemplo é a Homeopatia, presente na sociedade brasileira há muito tempo, desde os meados do século XIX veio alcançando espaços e em 1980 foi reconhecida como especialidade médica, ganhou *status* oficial e então institucionalizou-se. Portanto, para a Homeopatia, a legitimação primeiro ocorreu na sociedade para depois ganhar espaços e institucionalizar-se como especialidade médica (31).

Ressalta-se o fato de que esta institucionalização para a Homeopatia ocorreu sem ainda ocorrer sua legitimação teórica, que seria alcançada se houvesse alguns estudos científicos que lhe conferisse validação científica na biociência, como a comprovação do mecanismo de ação dos medicamentos homeopáticos. Foi diferente o que ocorreu com a Acupuntura, que obteve sua legitimação teórica com a comprovação e validação por meio de estudos científicos da biociência.

No conteúdo das entrevistas esta legitimação social e institucional apresentada por Tesser (31) se faz presente no ambiente dos serviços da rede do SUS quando testemunhamos gestores, sensibilizados por experiências próprias com as práticas e por vezes apoiados por uma oficialização da mesma ou até sua legitimação teórica, como no caso da Acupuntura, se sentem encorajados a assumir decisões em prol da implantação e do desenvolvimento das PIS nos serviços, quando profissionais tomam iniciativa de atuar na oferta das PIS nos serviços ou quando a satisfação dos usuários os fazem divulgar o serviço.

[...] a partir do momento que ela experimenta, que ela vê como um recurso interessante para a melhora da sua saúde ela passa a divulgar (PHI).

Quando a profissional primeiro experimenta a Automassagem em si própria, a partir daí passa a atuar ofertando para a comunidade:

“[...] primeiro lugar foi para mim mesmo me equilibrar e estar bem, depois comecei a passar isso para os pacientes” (PAI).

Reafirma-se isto quando a gestora menciona ser também uma usuária e por isso uma defensora:

Acrescentaria assim sou uma grande defensora, porque sempre fui uma usuária, então, por ser usuária, posso dar meu depoimento de quanto isso é importante e como gestora obviamente eu carrego isso. (GCSAPS).

A profissional reconhece o benefício em si mesma:

[...] aqui eu comecei a ver que quando a gente ia fazer qualquer treinamento, alguém vinha e fazia um pouco de Automassagem, e aquilo me despertou, eu me sentia tão bem com aquilo, que pensei: quando tiver a oportunidade eu vou fazer [...], comecei a ver os benefícios para minha própria saúde. E só depois, em 2011, que comecei a fazer aqui. (PAS).

TEMA: SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS USUÁRIOS

No conteúdo das entrevistas constatou-se a satisfação dos profissionais com o exercício do seu trabalho. Estes foram unânimes no reconhecimento da sua importância e da sua eficácia como opção terapêutica para a saúde da população. Em depoimentos que serão analisados posteriormente observa-se que as limitações que geram algum grau de insatisfação aos profissionais não chegam a afetar o grau de satisfação desses profissionais com o desenvolvimento do trabalho com as PIS. Há comprometimento e um sentimento de confiança no que estão fazendo.

Na fala do profissional no exercício da Acupuntura fica demonstrado o grau de satisfação e realização profissional, quando diz:

[...]Faço o que gosto e gosto desta população, do perfil dela, é uma população que apresenta uma necessidade, e a gente pode suprir esta necessidade, a gente se sente realizado (PAcPL).

É também ratificado pela profissional no desempenho da Automassagem:

É uma coisa que eu acredito. Me sinto realizada profissionalmente, me sinto muito bem com esta prática, pratico em mim e passo para outras pessoas. (PAPL).

Fica demonstrada também, pelo reconhecimento da profissional com o resultado nos usuários, a eficácia da prática:

Eu vejo uma resposta. Eu gosto realmente destas práticas porque eu vejo a resposta dos pacientes muito grande. Geralmente uma vez por ano eu entrevisto eles e já tive muita resposta. Pergunto o que melhorou [...], e assim a alegria, a felicidade, ver a promoção realmente de saúde dentro das PIS. (PAI).

O sentimento da profissional em estar oferecendo algo que repercute positivamente no grupo de Automassagem assim se expressa:

Nossa! Me sinto tão importante, o quanto tenho feito bem às pessoas. No encontro elas até batem palma quando chego, porque elas ficam alegres; eu tô lá dando apoio e vai tanta gente. Elas interagem (PAS).

Esta satisfação também foi observada entre os usuários. O reconhecimento da qualidade do serviço, o que corrobora o reconhecimento de que os profissionais estão ofertando um cuidado que impacta positivamente na saúde das pessoas.

[...] aqui a gente tem um serviço público que é da melhor qualidade, como se fosse um Sarah Kubitschek. Então eu entendo que aqui em Planaltina esta população é privilegiada, porque tem este tipo de serviço. Imagina! A gente tem Automassagem, a gente tem Acupuntura e a Homeopatia e com pessoas de mais alto gabarito, melhor qualidade, digamos assim, então é um privilégio ter este atendimento aqui na rede de saúde pública. (UAPL).

O usuária diz sentir-se bem:

[...] Bem, porque a gente chega em casa feliz e fica esperando o outro dia para a gente voltar. (UAS).

Satisfação também demonstrada por outra usuária ao dizer:

[...] Aí ela me encaminhou e eu vim marcar de imediato, nunca mais deixei de vir, e não deixo de vir nessa consulta por nada. E depois veio minhas filhas e os netos e a família toda veio vindo, eu digo para ele: ô doutor, isso foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida. (UHI).

TEMA: TECNOLOGIA SIMPLES/ BAIXA DENSIDADE/ MAIS BARATAS

A adoção de tecnologia eficazes, de baixa densidade, e que requerem menores recursos para sua implantação e desenvolvimento cumprem um papel importante no cenário das políticas públicas na saúde.

No relato das entrevistas esta característica das PIS é apontada como uma vantagem, um ponto positivo para a sua incorporação e desenvolvimento na rede de atenção, muito embora não sejam os únicos a serem considerados quando na tomada de decisão para a implantação de um serviço na rede pública.

Estudo realizado na Holanda verificou que pacientes que se consultavam com médicos generalista que praticavam as PIS, como a Homeopatia, apresentaram uma redução de gasto de até 30% com saúde; evidenciando menor permanência em internações hospitalares; era prescrito menor número de drogas; e apresentavam uma menor taxa de mortalidade (40).

Isto é ratificado pela visão da gestora, que cita o potencial impacto na mudança de modelo de atenção, diminuindo a excessiva hospitalização:

Melhoria da saúde e de uma forma muito mais barata. É muito mais fácil utilizar as PIS, se eles perceberem os benefícios que vão ter com a inserção destas práticas, e a contribuição também para a diminuição da hospitalização,(GRS).

Também se confirma pela fala da usuária:

A população tem muito isso. Se ela vê que foi bom para um, ela vem. Então é bom para o governo, porque ele vai ter economia em várias áreas da saúde e um custo bem menor [...] (UHPL).

Reafirmado em outra fala de gestor:

[...] que são primordiais para a melhoria da saúde e de uma forma muito mais barata (GRS).

O exemplo da Automassagem é apontado pela gestora, que vê vantagem na facilidade de sua apropriação pelos usuários:

[...] A Automassagem [...] facilidade de ser apropriada pelo usuário, [...] tecnologia de baixa densidade e que pode ser apropriada pelo usuário [...]. (GCPIIS).

O exemplo dado pela gestora que, ao obter resultado positivo por uma experiência própria que buscou atendimento na rede privada, por desconhecer a oferta de Acupuntura na rede pública de saúde, percebeu a efetividade e eficiência da prática e passou a questionar sua aplicabilidade na rede pública:

[...] Pensei, porque não tem na SES? Para mim seria mais barato e seria mais efetivo, depois que fiz Acupuntura fiquei mais de um ano sem tomar medicamentos. (GRS).

O que é apontado na fala do gestor:

Isso é um processo simples, você não precisa de tanto dinheiro, e é uma coisa muito tranquila fazer. (GRPL).

7.3. CATEGORIA 3: LIMITAÇÕES DA INTEGRAÇÃO DAS PIS NA ATENÇÃO BÁSICA

O conteúdo desta categoria empírica apresenta as fragilidades quanto à inserção na rede de atenção das PIS, caracterizando a pouca comunicação e integração com o restante do sistema, refletindo na limitação do acesso dos usuários aos serviços das PIS, que na grande maioria se dá a partir de informações de experiências de outros usuários próximos desprovidos de encaminhamentos ou referências provenientes dos diferentes serviços e/ou dos profissionais trabalhadores da rede. O que caracteriza um desconhecimento em geral a respeito das PIS, seus potenciais e eficácia de suas ações, como também a pouca divulgação de sua presença dentro da oferta de serviços nas unidades e saúde.

A implantação e implementação do trabalho em rede representa um desafio para o funcionamento do sistema e melhoria de sua qualidade, resolubilidade e segurança. As PIS inseridas no sistema, na visão dos entrevistados vem ocupando um lugar à margem do funcionamento de toda a rede, atuando de forma desarticulada.

Considera-se existirem preconceitos e barreiras por parte dos profissionais a respeito das PIS. Como fator relevante para esta situação apontam o desconhecimento e a falta de informação em geral a respeito das PIS, seus fundamentos conceituais e paradigma de atenção à saúde, distinto do paradigma biomédico, hegemônico na instituição. Isto repercute na visão de profissionais, na

não priorização pela gestão de demandas da área, ficando na avaliação de alguns profissionais e usuários os serviços um pouco descobertos, a exemplo da falta do fornecimento do medicamento homeopático pela SES/DF.

Há limitações de estrutura física e número de profissionais para atender a demanda. Esta realidade no sistema não é exclusiva das PIS, embora represente para as PIS um importante limitador de seu desenvolvimento, uma vez que, comparativamente a outras áreas da saúde da biomedicina, a priorização das ações e dos investimentos é desigual e em menor proporção para as PIS.

Na academia, as PIS também são incipientes, com pouca presença ou mesmo ausência no curriculum de formação dos profissionais de saúde, o que contribui para manter a condição do desconhecimento e incipiência do número de profissionais capacitados.

O desconhecimento e a falta de informação a respeito das PIS têm na visão de usuários e gestores outro agravante na visão que aponta desafios na formação de grupo de Automassagem, sendo um deles a necessidade dos servidores capacitados buscarem apoio junto às chefias diretas na disponibilização de horários nas escalas de trabalho para se dedicarem à Automassagem, além de outro desafio, que é o comprometimento dos servidores com perfil adequado para atuarem na formação e continuidade de grupos, uma vez que a atividade requer por parte do servidor a sensibilidade e a disposição para aprender outros conhecimentos que potencialmente irão modificar padrões na maneira de atuar junto aos usuários.

Na visão de usuários e profissionais entrevistados a condição de ciência não hegemônica das PIS faz com que a própria mídia informe nem as divulgue como uma opção segura e eficaz para a saúde, contribuindo para o desconhecimento e a insegurança da população quanto à sua eficácia. A Secretaria deveria divulgar os serviços das PIS como uma ação que está dando certo no SUS.

TEMA: LIMITAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA / ENCAMINHAMENTOS / REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA / FALTA DE INTERAÇÃO

Pela análise do conteúdo das entrevistas aos usuários fica demonstrado que a demanda dos usuários para as PIS no sistema se dá majoritariamente a partir do contato com a experiência de pessoas próximas a ele que se beneficiam com alguma prática integrativa em saúde na rede. Numa parcela menor, há os usuários que foram encaminhados aos serviços das PIS por outros profissionais de saúde ou serviços da rede.

A Acupuntura e a Homeopatia estão inseridas e legitimadas pela instituição, mas ainda há entraves e limitações que dificultam a sua correta inserção e seu desenvolvimento na rede. Isto é demonstrado pelos relatos que apontam fragilidades de como se dá o trabalho com essas práticas nos serviços de saúde. Essas fragilidades são reconhecidas quando, por exemplo, há uma dificuldade no estabelecimento das referências e contra referências entre os serviços na rede e as PIS, o que acarreta a descontinuidade dos cuidados aos usuários.

Como afirma o profissional acupunturista:

Mas, a maior parte do nosso atendimento é a livre demanda; quando ele ouviu falar e vem aqui diretamente procurar o tratamento, (...), os encaminhamentos são muito incipientes, um encaminhamento ou outro dos médicos ou da equipe do saúde da família a gente atende, faz a referência, mas fica depois perdido, não temos um retorno. (PAcPL).

Eis outra confirmação pela fala de usuários:

Amiga minha consultou o filho dela e eu vi o resultado nele e aí vim procurar também (UHI). Ou ainda: Em 2006 eu passei mal da pressão e aí uma amiga minha me falou para vir aqui (UHI).

Nova corroboração vem quando a gestora reconhece que há pouca divulgação da presença dos serviços das práticas integrativas e pouca interação com outros profissionais:

[...] a própria população desconhece que tem as PIS na rede. Então, se os clínicos não encaminham para estas práticas fica difícil a divulgação (GUI).

O conteúdo dos relatos analisados aponta para a falta ou a pouca divulgação da existência da oferta das PIS na rede de atenção. Esta pouca divulgação acontece tanto no âmbito da população em geral como no ambiente da própria Secretaria, nos serviços e entre seus servidores. Podemos identificar esta realidade como uma limitação na incorporação das PIS dentro do sistema, repercutindo diretamente no funcionamento dos serviços, mantendo o trabalho à margem e pouco integrada à rede, o que explica a razão do insucesso da referência e da contra referência.

Como é apontada pela profissional da automassagem:

Gostaria de realmente trabalhar interligado, tenho falado com os médicos e falo para você também encaminharem os pacientes para os grupos. (PAS).

TEMA: A HEGEMONIA DO SABER BIOMÉDICO / DIFERENÇA DE PARADIGMAS

O profissional acrescenta que a responsabilidade de organização de seu serviço é deixada a seu critério, mencionando que o desconhecimento pela gestão a respeito das práticas acaba por não incorporá-la à normatização nos moldes do que ocorre para as especialidades biomédicas inseridas nos serviços.

(...) a não estar muito subordinado a esta rigidez, as normas rígidas dadas para a normatização da biomedicina, é meio como se a Homeopatia corresse em paralelo, a organização do serviço de Homeopatia é meio paralelo e fica sob responsabilidade do próprio profissional. (PHI).

Esta pouca integração e divulgação reflete a realidade das práticas ocuparem uma posição contra hegemônica, seu modelo de atenção, distinto do modelo biomédico hegemônico no sistema, a coloca em uma posição de fragilidade e incompreensão institucional.

A legitimação das PIS e a sua ampla institucionalização com a sua presença e disseminação nos serviços de saúde se dão de duas formas: na dependência de sua incorporação pela biociência, por exemplo, a Acupuntura foi incorporada como uma prática terapêutica da medicina e de outros profissionais, após a realização de estudos científicos de seus mecanismos de ação e a consequente legitimidade teórica associada à realização de ensaios clínicos que demonstraram a eficácia da Acupuntura para várias situações de adoecimento, como no controle da dor (31).

A outra forma de legitimação é a institucionalização que ocorre por meio de uma situação social específica, já mencionada anteriormente neste estudo, a exemplo do que ocorreu com a Homeopatia, que primeiramente ganha legitimidade social e posteriormente ganha *status* oficial quando é reconhecida como especialidade médica. Isto acaba por facilitar e tornar mais flexíveis os critérios de aceitação da inserção da prática nos ambientes de paradigmas distintos. Mesmo sem ainda a legitimação teórica advinda de estudos de científicos da biomedicina que comprovem sua eficácia e mecanismos de ação (31).

TEMA: RESISTÊNCIA / BARREIRA / AUSÊNCIA NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No conteúdo das entrevistas a distinção entre paradigmas da biomedicina e o paradigma vitalista das PIS no contexto da saúde aparece o tempo todo, permeando as limitações de inserção das PIS no sistema.

À exemplo do estudo de Salles (32), que em sua tese buscou conhecer nos dias atuais as relações que se estabelecem entre a Biomedicina e a Homeopatia no campo científico, na educação médica e na saúde pública, entrevistou no SUS médicos não homeopatas e gestores de seis municípios com algum contato profissional com a Homeopatia e docentes/pesquisadores de onze faculdades públicas de Medicina onde há alguma atividade em Homeopatia. A Autora analisa um conjunto de fatores que dificultam a presença da Homeopatia no SUS, relacionadas principalmente ao desconhecimento e à desinformação sobre os procedimentos do homeopata.

A legitimidade acadêmica das PIS no universo da hegemonia do saber da Biomedicina na formação de profissionais de saúde é tímida e pouco representativa. Neste mesmo estudo, a Autora, quando em contato com as faculdades de Medicina, indagou sobre o ensino da Homeopatia, percebeu uma grande instabilidade das iniciativas do setor, com descontinuidade de atividades, demonstrando uma fragilidade dessas iniciativas no meio acadêmico.

A pouca representatividade das PIS no universo da academia é gerador de desconhecimento e desinformação entre os profissionais de saúde. A academia, ao excluir da formação curricular dos profissionais os conteúdos das PIS, os acadêmicos saem das universidades, na grande maioria, sem conhecimento qualificado algum a respeito. É o que fica evidenciado na fala do profissional acupunturista, que cita o desconhecimento como uma barreira na comunicação e interação com outros profissionais na rede:

A Acupuntura usava uma linguagem muito exótica, e até hoje para nós firmarmos um diagnóstico a gente fala “vento no fígado”, “umidade na articulação”, isso de qualquer forma não foi o que estudamos na faculdade, e quando as pessoas ouvem isso geralmente fazem uma barreira. (PAcPL).

E na continuidade do seu relato sugere uma estratégia para minimizar esta limitação:

Acho que a falta de convivência junto, encontros, fazer mais reuniões juntos (PAcPL).

Também afirmado pela gestora ao mencionar o desconhecimento como um limitador importante da inserção:

Desconhecimento da universidade, que não está nem aí, o gestor que não está nem aí, tudo isso limita a inserção (GCPIS).

Reafirmado pelo profissional quando cita a hegemonia do saber biomédico que acaba por limitar a presença das PIS no universo da academia.

Justamente talvez seu desconhecimento seja o limitador, e o outro é a dominação do Estado pelo modelo hegemônico. Isso é um grande limitador, na verdade, aí você não tem a formação das pessoas em PIS nas escolas de saúde (PHI).

TEMA: MARGINALIZAÇÃO / BARREIRAS / “ACHAR BRINCADEIRA”

Este desconhecimento e desinformação sobre as PIS no campo da hegemonia do saber biomédico não está presente somente entre os profissionais de saúde, mas repercute na sociedade em geral, e certamente nos usuários do SUS, quando não disponibiliza, por parte dos profissionais do SUS em geral, gestores e a própria mídia, informações seguras e claras a respeito das PIS e que possibilite aos indivíduos a condição de construir julgamentos, conceitos e fazer escolhas para a sua saúde.

Mencionado na fala do profissional:

A Homeopatia é uma prática bastante desconhecida pela instituição Secretaria de Saúde, visto que ela se organiza e se fundamenta na atenção à saúde no campo do saber biomédico. Isso não só acontece com a Homeopatia mas com todas as práticas integrativas, justamente porque elas têm outros fundamentos conceituais que são desconhecidos pela instituição tanto no nível local, central e regional. (PHI).

Reafirmada pela fala de uma usuária de Homeopatia que identifica que a sociedade em geral não recebe informações sobre a eficácia e a segurança das Práticas, e com isso há ideias pré-concebidas sobre a eficácia de seu uso:

E sabe qual é o problema também? As pessoas não acreditam, porque a própria mídia não informa que é uma coisa segura, então as pessoas ainda têm esta ideia que não vai dar certo e diz: eu tenho que tomar aquele remédio lá porque sei que vai dar certo, e não é assim (UHPL).

Na outra fala da usuária que menciona o “tabu”, pela falta de informação:

As pessoas, elas não sabem, é esta crença de tomar remédio de farmácia, elas dizem Homeopatia não vai servir; elas tem este tabu ainda, porque não conhecem o efeito (UHPL).

A dificuldade de romper com as rotinas padrão, há muito estabelecidas nos serviços de saúde, ou seja, introduzir algo novo na forma de operar esses serviços pode muitas vezes colocar gestores e trabalhadores da assistência frente à necessidade de repensar rotinas e avaliar a efetividade de suas ações. Isso pode gerar inseguranças e situações de desconfiança e preconceito.

Este fato é bem ilustrado pela fala da gestora quando menciona a dificuldade de adesão dos servidores em implantarem e dar continuidade aos grupos de Automassagem; é comum os servidores ficarem absorvidos pelas demandas rotineiras e conhecidas e apresentarem resistência a mudanças, ou quando a chefia na unidade de saúde apresenta resistência em incluir na escala de trabalho dos servidores capacitados um horário para que ele realize a atividade da prática.

Falta de vontade e acomodação. Às vezes se acomoda naquela mesmice de sempre e não dá oportunidade de conhecer outras práticas e perceber a importância delas (GRS).

Outras entrevistas referem a não existência da “cultura” da atividade como um dos limitadores da continuidade da atividade, imprimindo um caráter de atividade paralela e secundária entre todas as atribuições que estes profissionais têm como obrigação e, portanto, facilmente descontinuada e substituída.

Então, como a gente não tem esta “cultura” destas práticas aqui no centro, a gente treina uma pessoa e depois não consegue pôr em prática. Às vezes quem faz, por exemplo, nos grupos de diabetes e hipertensos, de repente, não está fazendo (GUS).

Identifica-se a mesma dificuldade relatada pelo profissional:

[...] muitos profissionais foram capacitados e depois que fazem a capacitação pela Secretaria deixam de lado, não fazem, tem que cobrar deles o compromisso (PAcPL).

E reafirmado por outra profissional, que identifica uma descontinuidade dos grupos de usuários que são servidores, percebe uma dificuldade de adesão e continuidade

[...] Os servidores não se permitem, falta os colegas apoiarem, porque as pessoas estão com muita pressa, o trabalho acaba, elas pegam a bolsa e saem correndo, não param para fazer a prática, sabem às vezes dos benefícios mas não param. (PAS).

O perfil de servidores foi pontuado como um fator importante na implantação e continuidade dos grupos de Automassagem:

Eu falei: não adianta obrigar uma pessoa a fazer uma coisa dessas, é diferente do técnico de enfermagem, que tem a obrigação, vou ali fazer a medicação, mas na prática integrativa se você não passa com verdade aquilo ali para as pessoas[...], as práticas, acho que só pode fazer se a pessoa realmente gosta, tem que ter esta coisa interior, não pode obrigar ninguém a fazer, isso é fundamental (PAI).

Reafirmado pela outra profissional:

Comprometimento dos servidores com perfil para quando se capacitarem ter o compromisso em fazer implantar, formar grupos não é fácil, no grupo um dia tem 30, 20 ou 2 e a energia tem que ser a mesma, tem que gostar de trabalhar em grupo, ter carisma. (PAS).

A falta de informação e o desconhecimento no âmbito da SES/DF entre os servidores é reafirmada pela fala de uma profissional da Automassagem, que diz que os servidores desconhecem e acham que a profissional “está brincando”.

[...] Porque não há um apoio da equipe de enfermagem, eles precisam conhecer mais o que é, falta conhecimento do que são as práticas; eles acham que quem está na prática está brincando, não leva a sério, mas também não quer saber quais os benefícios. (PAS).

Dificulta também o trabalho interdisciplinar nas equipes, no caso mencionado pela profissional acupunturista, sobre o desconhecimento sobre Acupuntura no corpo de enfermagem:

Aqui no centro a enfermagem desconhece, não é participativa, não sabe para que é a Acupuntura, as pessoas acham que é só para tratar dor lombar, falta interação e interdisciplinaridade entre os profissionais (PAcS).

TEMA: NÃO PRIORIZAÇÃO/ DISCRIMINAÇÃO/ FALTA DE ESTRUTURA FÍSICA ADEQUADA E INSUMOS:

Não é incomum a tendência de profissionais e gestores em atrapalhar, e até bloquear, com atitudes, ao se depararem com situações em que tenham que decidir a favor de demandas relacionadas às PIS no contexto de seus trabalhos. Muito embora, curiosamente, seja comum que esses mesmos profissionais e gestores sejam usuários de alguma PIS para si mesmos ou para seus familiares, mas quando a serviço do público na instituição, geralmente adotam uma postura contraditória. O preconceito e a desconfiança gerados pelo desconhecimento e falta de informação apontam a necessidade de estudos exploratórios das potencialidades das PIS e das afinidades com a saúde coletiva para atenuar estes efeitos (31).

Isso é demonstrado na visão do profissional a respeito da falta de fornecimento do medicamento homeopático na rede:

[...] Não se responsabiliza ou não se prioriza isso. Por exemplo, na Secretaria os homeopatas não dispõem dos medicamentos homeopáticos no dia a dia dos serviços. Isso é uma coisa que eu acho um descaso até. Uma tecnologia barata, facilmente disponível e acho que tem algo de ideológico nisso, que impede a Secretaria em fornecer os medicamentos na rede (PHI).

Ou quando a gestora das PIS na SES/DF cita a ignorância propulsora da “marginalidade”:

O grande desafio é o desconhecimento dos trabalhadores e gestores destas práticas, como ela se insere, quais são os benefícios, como elas atuam (...). A

ignorância leva a uma situação complicada, à marginalidade, ou seja, todas as outras coisas são mais importantes de serem discutidas do que as práticas (GCPIS).

É citada, no conteúdo das entrevistas, a dificuldade de estruturação física, como a falta de espaços mais adequados ao atendimento de atividades de Automassagem. Embora esta não seja uma realidade exclusiva da PIS, há em geral necessidade de melhor estruturar as unidades de saúde na rede. A SES tem empenhado esforços para solucionar e minimizar esta necessidade e tem realizado nos últimos anos reformas e adequações de unidades de saúde para a melhor estruturação da atenção, assim como construções de novas unidades de saúde na rede.

Em relação às PIS, fica evidente como uma fragilidade importante é o não fornecimento de medicamento homeopático aos usuários na rede. Esta fala apareceu em todas as categorias de entrevistados, gestores de unidade de saúde onde há implantado o atendimento em Homeopatia, profissional de saúde e usuários de Homeopatia na rede. A não priorização e o descompromisso da gestão em relação ao fornecimento deste insumo permeou todas as falas. Vem corroborado pela gestora, que menciona a não inclusão dentro das unidades novas de espaço adequado para a prática da Automassagem:

Quando a gestão contrata profissionais e esquece os acupunturistas e os homeopatas aprovados em concurso, ou quando implanta serviço, uma clínica de família, e aí esquece o espaço para estas práticas. (GCPIS).

A falta de responsabilização e não priorização se reflete na fala da usuária, quando contribui com um conteúdo interessante ao dizer não ter muita clareza sobre as responsabilidades da Secretaria com a Homeopatia, ao mesmo tempo que observa e reivindica essa responsabilidade, mencionando a “discriminação”:

(...) Bom, neste termo, eu não sei se a Secretaria poderia resolver. Não sei se ela tem a ver com a Homeopatia, mas deveria ter, porque é saúde, né? E ela tem que intervir em tudo, né? E não discriminar, porque se não tem muito médico homeopata, é porque é discriminado, né? (UHI).

7.4. CATEGORIA 4: ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS PIS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DA SES/DF:

Esta categoria agrupa temas que têm em comum apontar as estratégias que poderiam ser utilizadas para o desenvolvimento das PIS na rede de atenção básica.

No conteúdo das verbalizações destaca-se o investimento em promover a sensibilização dos servidores da Secretaria, por meio de uma maior divulgação das práticas integrativas, na tentativa de diminuir as barreiras impostas pelo desconhecimento e a falta de informação, Considera a necessidade de haver uma maior aproximação dos profissionais, incentivando encontros, e da integração das PIS com as equipes da saúde da família, a sua incorporação às linhas de cuidado como a Rede Cegonha, assim como a incorporação aos NASF.

As entrevistas com os profissionais e os gestores revelam ser necessária a realização de um levantamento dos profissionais que têm formação em Automassagem que estão na rede, promover atualizações e cobrar a atuação deles e a inclusão nas capacitações promovidas pela Secretaria do Termo de Compromisso como mecanismo para exigir dos servidores comprometimento na oferta da prática da Automassagem na Atenção Básica.

Há a necessidade de melhoria na estruturação física e o fornecimento adequado de insumos para as demandas das PIS.

Estes são elementos presentes no conteúdo das entrevistas em todas as categorias de entrevistados.

TEMA: DIVULGAÇÃO DAS PIS NA REDE/ APOIO DE GESTORES EM TODOS OS NÍVEIS DA GESTÃO

Entre os objetivos deste estudo inclui-se apontar estratégias de enfrentamento das limitações da inserção das PIS na rede do SUS.

O grande limitador identificado foi o desconhecimento e a falta de informação na instituição. A legitimação institucional entre os profissionais e também gestores passa pela demonstração da eficácia da prática. Conforme a fala da gestora de uma das regionais:

[...] o principal é mudar a visão do servidor em relação à importância disso dentro da Atenção Primária [...] todo este preconceito..., e a gente só descobriu uma cultura mostrando a eficiência da técnica, [...], mas mesmo assim estávamos trabalhando na divulgação, mudando a mentalidade, porque a gente chama o

servidor, faz um treinamento, você começa a mudar a cabeça dele e vai atuar naquilo ali conseqüentemente. (GRPL).

TEMA: SENSIBILIZAÇÃO E MAIS INFORMAÇÃO AOS GESTORES E PROFISSIONAIS

A necessidade de sensibilização dos profissionais e dos gestores por meio da informação é apontado no conteúdo das falas quando se pretende desconstruir preconceitos e diminuir o desconhecimento, retirando as PIS da “marginalidade” no sistema; o fomento e o apoio à gestão em todos os níveis é considerado de fundamental importância para o desenvolvimento das PIS na rede, em consonância com estudo realizado por Salles e Schraiber (41), no qual gestores de diferentes municípios foram entrevistados a respeito da inserção da Homeopatia na rede de saúde, apontando que as dificuldades, resistências e inseguranças sobre a medicina homeopática são decorrentes da falta de informações esclarecedoras sobre os procedimentos homeopáticos, o que é reafirmado pela fala da gestora quando diz:

Nosso trabalho é trabalhar em apoio institucional com objetivo em acabar com a ignorância destas práticas no sistema (GUPL).

Na visão do profissional, a sensibilização dos gestores e o esclarecimento sobre a sua importância iria fazer com que houvesse um número maior de vagas nos concursos.

Tem que sensibilizar também os gestores para encaminharem para a Homeopatia; se eles estiverem vendo a importância e o papel eles vão aumentar o número de vagas, que são muito poucas nos concursos. (PHPL).

Foi apontado também pela fala de uma usuária que a mídia deveria informar a população:

Então os nossos governantes e a mídia têm o poder de estar informando com mais clareza e tem os especialistas nesta área, que podem estar informando o que é a Homeopatia. (UHPL).

A expansão é pensada em conjunto com a sensibilização de profissionais na rede:

Temos que trabalhar com a expansão nos grupos, englobar e sensibilizar os profissionais, principalmente aqueles que percebemos que as PIS têm resultados

benéficos. (GRS).

Importante realçar o aparecimento entre os relatos de que a divulgação sobre a inserção das PIS na oferta dos serviços de saúde só deve ser implementada na medida da capacidade de absorção da demanda criada. Esta observação partiu da fala de uma gestora quando apontou a carência de profissionais como um limitador para a divulgação. O crescimento da demanda gerada pela divulgação poderia não ser absorvido pelos serviços ofertados. A expansão deve acompanhar a maior divulgação:

Por que não investir mais em divulgação? A resposta é: se você informa mais gera a demanda maior; mas, ao mesmo tempo, a limitação da informação fica equiparada à limitação do quantitativo de profissionais. (GCSAPS).

Na fala da usuária a SES/DF deixa de divulgar o que está dando certo, e a mídia só veicula notícias negativas sobre a saúde para a população.

Divulgar seria uma das coisas, o que ela faz de melhor ela não fala, a situação da saúde está caótica, mas ela não consegue contar o que tem de bom, tem isso aqui que é bom, e não consegue contar, é um problema de gestão (UAPL).

Reafirmada na fala da gestora a necessidade de divulgação e uma maior interação entre os profissionais:

[...] divulgação, colocar cartazes, folder sobre os benefícios das PIS para todos os profissionais e, além disso, nós temos tido educação continuada para os ACS e têm sido feito algumas palestras sobre os benefícios das PIS, mas é ainda pouco, porque nós precisamos fazer isso com todos, e todos têm que ter sintonia de conhecer e saber que aquilo é bom (GUI).

Na visão da usuária, a própria Secretaria deveria traçar uma estratégia de divulgação para a população:

Acho que a Secretaria deveria dar mais informação. Falta esta informação para as pessoas estarem procurando, porque a Homeopatia serve para o diabético, serve para várias patologias, pressão alta, várias patologias podem ser tratadas. (UHPL)

TEMA: PARCERIAS E INTEGRAÇÃO COM OUTRAS AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA / EXPANSÃO POR MEIO DA ESF

O trabalho na rede de atenção está entre as principais estratégias traçadas com intuito de aumentar a qualidade do atendimento e a eficiência do sistema. Embora a implantação das redes de atenção no sistema ainda apresente grandes desafios, muito se tem avançado, por exemplo, com as discussões para o estabelecimento de linhas de cuidado que visam, sobretudo, garantir que as demandas de saúde que chegam ao sistema sejam plenamente atendidas, em tempo hábil e com eficácia.

Nas estratégias de enfrentamento das limitações da inserção e do desenvolvimento das PIS na rede de atenção, há considerações que apontam desde uma proposta de mudança paradigmática mais ampla na forma como ocorrem as relações do Estado com a sociedade até a apresentação mais relacionada ao operacional e à viabilização da inserção das PIS na rede de saúde por estratégias que, se implementadas, poderiam solucionar ou minimizar as limitações dessa inserção no DF. Por exemplo, a possibilidade de uma maior intercessão das PIS na estratégia da saúde da família, a exemplo da incorporação do profissional médico homeopata na equipe do NASF e da Automassagem inserida no contexto da linha de cuidado materno-infantil na Rede Cegonha. Desta forma, criar-se-ia a oportunidade do trabalho conjunto das PIS dentro das diretrizes políticas, em especial da atenção básica, contribuindo para descaracterizar a situação apontada nas entrevistas, de marginalização das PIS no sistema.

A fala do gestor de uma das regionais faz referência à incorporação e expansão da Automassagem na ESF.

[...] num primeiro momento, na Atenção Básica, uma vez sensibilizando profissionais e a comunidade por um núcleo de profissionais das PIS, estes se unirão à ESF e aí seriam 3500 pessoas com uma nova filosofia de vida (GRS).

A Rede Cegonha é uma estratégia de linha de cuidado integral materno-infantil que visa à melhoria da resolubilidade, com melhoria da qualidade da atenção com segurança, eficiência e eficácia. A incorporação das PIS na linha de cuidado também foi apontada por uma profissional de Automassagem:

A Rede Cegonha, a gente poderia entrar nos grupos e começar a participar, conversar e mostrar isso para eles, é algo que já está até sendo pensado essa parceria das PIS na da Rede Cegonha (PAI).

Na fala do profissional a incorporação da Homeopatia na ESF torna sua ação mais abrangente e gratificante:

[...] acho muito gratificante a participação minha como homeopata na Saúde da Família, porque abriu mais possibilidades, que antes ficava a Homeopatia restrita [...] (PHI).

Reafirmada pela fala da gestora que vê a incorporação das PIS na ESF por intermédio da ação do ACS poderia promover sua maior divulgação:

Com a saúde da família, temos as atividades dispersas na população em geral, temos o Agente Comunitário da Saúde dentro das casas das pessoas tornando mais fácil tanto a informação, o diálogo, a oferta, a oportunidade de estar se envolvendo com a prática integrativa. (GCSAPS).

TEMA: AUMENTO DA OFERTA/ FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

O aumento da oferta por meio da formação e capacitação de profissionais é uma estratégia necessária, uma vez que a presença das PIS na academia na formação de profissionais de saúde é incipiente.

Qualificar cada vez mais as práticas existentes no sistema, como está à margem do sistema de ensino, o SUS tem uma responsabilidade importante na formação e qualificação destes profissionais, capacitação e especialização tem que ser uma linha de trabalho dentro do SUS, necessariamente. (GCPIS).

A necessidade de expansão do acesso com qualidade e segurança por meio da promoção de capacitações dos servidores foi citado no corpo das entrevistas e, em especial, em relação à Automassagem, foi feita referência à manutenção do Termo de Compromisso, instrumento adotado pela SES/DF, que, no início das capacitações, solicita a assinatura dos participantes de um termo de comprometimento do servidor em aplicar o conhecimento adquirido no seu local de trabalho. Na visão dos profissionais isso repercutiu positivamente, pois considera-se que este instrumento facilitaria a identificação dos profissionais mais sensibilizados e com perfil mais adequado para o desempenho da Automassagem.

A expansão da Acupuntura e da Homeopatia se daria por meio do aumento do número de profissionais atuantes na rede, assim como a necessidade de investimentos em formação. Importa afirmar que a pouca expressividade destas práticas no contexto da academia resulta em oferta pequena e limitada de profissionais habilitados para atuarem no SUS, e isto repercute na capacidade de sua expansão.

A necessidade de expansão da oferta é reafirmada na fala das usuárias que se colocam como “privilegiadas” pelo fato de a regional de saúde onde elas moram ofertarem as PIS:

O ideal também é se tivesse Homeopatia em todos os postos, né, porque é uma coisa precária, a gente está tendo este privilégio, né, mas a gente nem sabe se tem nas outras cidades satélites, o ideal é que tivesse em todas. (UHI).

Corroborada por esta outra fala de outra usuária:

A procura poderia ser maior e as pessoas poderiam ter uma qualidade de vida melhor se tivesse mais profissionais, se fosse informado que existe mais profissionais nesta área, então isso é muito restrito e desde que estou aqui só tem a Dra. da Homeopatia e o outro da Acupuntura, só. (UHPL).

Reafirmada por esta outra fala de usuária:

*A própria Secretaria **poderia** colocar profissionais capazes de assumir este tipo de coisa nos postos de saúde. (UHS).*

Segundo a fala do profissional há necessidade de elaborar um levantamento dos servidores capacitados e promover atualizações:

Fazer um levantamento dos profissionais que têm formação em PIS que estão na rede, promover encontros, atualizações e cobrar a atuação deles (PAcPL).

O uso do Termo de Compromisso como forma de facilitar a incorporação de servidores com mais perfil para atuarem e diminuir os casos de desistências:

Antes as pessoas faziam o curso e só pegavam o certificado, agora elas assinam um Termo de Compromisso para atuar. Isso é bom (PAS).

TEMA: MELHORIA DA INFRAESTRUTURA / FORNECIMENTO DE MATERIAL DE TRABALHO / INSUMOS

A melhoria em infraestrutura em geral, com melhorias na estruturação física das unidades foi evidenciada nas entrevistas, assim como o fornecimento adequado de insumos, apontados como estratégias necessárias ao desenvolvimento das PIS.

O fornecimento de insumos, a garantia das condições necessárias para o exercício das PIS, destacando a garantia de acesso ao medicamento homeopático conforme a Política de Assistência Farmacêutica do SUS no DF.

(...) poderia ser assim também para a Homeopatia, o médico prescreve aquela medicação homeopática, e eu venho aqui na farmácia do próprio posto pegar aquele medicamento. (UHI).

Reafirmado pela fala de outra usuária que apontou a mesma necessidade:

Tinha que ter também uma farmácia certa que o médico ia mandar, [...] acho que eles não tem nada a ver um com o outro, mas deveria ter, e aí a Secretaria devia colocar mais farmácia homeopática e divulgar mais também, seria bem melhor. (UHI).

Também presente na fala de outra usuária:

Se colocasse um posto, um lugar para vender os remédios, a farmácia própria mais perto da gente. (UHI)

A necessidade de melhorias na estrutura física vem na fala do profissional:

Ambiente poderia ser melhorado, aqui dá para fazer, mas se pudesse fazer uma reforma, com mais privacidade, a Secretaria poderia fazer uma reforma aqui e tem que fornecer o material todo. (PAcPL)

A melhoria é uma necessidade apontada também por uma usuária da Automassagem:

Acho que tem uma coisa que deveria ter sido feita há muito tempo é uma cobertura, porque tem dia que a gente não faz porque está chovendo. (UAPL).

Outra estratégia citada foram as academias da saúde como um espaço

adequado para o desenvolvimento das PIS, em especial a Automassagem. O programa Academia da Saúde, criado pelo Ministério da Saúde pela portaria nº 719 de 2011, apresenta como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

Como fica evidenciado pela fala da gestora:

E agora a gente começa com a construção das academias da saúde, que no nosso entendimento é o espaço bastante apropriado para o desenvolvimento das diferentes PIS. (GCSAPS).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos leva a concluir que as três abordagens analisadas: Homeopatia, a MTC/Acupuntura e a MTC/Automassagem, inseridas nas unidades básicas de saúde da rede pública do DF, mesmo tendo sido implantadas no final da década de 1980, ainda se apresentam visivelmente frágeis. Esta constatação emerge das falas dos sujeitos pesquisados, o que nos chama atenção para várias contradições: primeiro, há um reconhecimento destas práticas nas unidades básicas de saúde exercidas pelos profissionais, organizadas pelos gestores e ofertadas aos usuários. Ainda assim, no conjunto, se constitui incipiente em sua visibilidade. Segundo: há um hiato entre o que é preconizado na Política Nacional e nas diretrizes da SES/DF para as PIS no tocante a sua visibilidade, na medida em que os processos decisórios políticos e técnicos quanto aos investimentos de pessoal, de insumos estratégicos, entre outros, sempre são secundarizadas nas definições das prioridades. Terceiro: ainda não se constitui uma prática integrada nos modelos organizativos na oferta das ações de serviços de saúde na rede, mas opera “às margens” do sistema, sua integração na Atenção Básica é incipiente e não há integração nos outros pontos do sistema.

Essas contradições tomam corpo na medida em que essas práticas não dispõem das mesmas condições estruturais no que se refere a recursos humanos, insumos e destinação de recursos financeiros das áreas biomédicas, o que coloca as PIS perante grandes desafios para se afirmar, tornar-se mais integrada, participativa e diminuir o desconhecimento e a falta de informação no sistema.

Apesar de tudo isso, a política de inserção das PIS no serviço público tem suas potencialidades, na atenção Básica as Práticas encontram consonâncias de princípios de modelo de atenção, a construção de vínculos terapêuticos com foco na integralidade, na maior autonomia e responsabilização dos sujeitos nos processos de construção de qualidade de vida e saúde. As PIS têm como potencial, entre outros, incluir ao universo da Biomedicina a subjetividade dos sujeitos nos seus processos de saúde e adoecimento, assim ocupando uma lacuna com que o modelo da Biomedicina não consegue lidar.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, PNPIC, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, vem reforçar a importância de verificar como as PIS estão inseridas e integradas na rede de saúde do SUS. Os resultados

apresentados neste estudo contribuem para a melhor compreensão acerca da inserção das PIS na rede de Atenção Básica, mais especificamente na rede da SES-DF. Este trabalho também apresenta resultados que confirmam a consonância das PIS com a Política Nacional da Atenção Básica e a Política Nacional da Promoção da Saúde.

Enfim, espera-se que os resultados contribuam para a área, possam instigar novas pesquisas e munir de informações úteis na tomada de decisões que objetivem a correta inserção e desenvolvimento das Práticas Integrativas em Saúde na rede pública de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Luz MT, Barros NF. (org). Racionalidades médicas e Práticas Integrativas em Saúde Estudos Teóricos e Empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS: 2012. P.452.
- 2- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: 2006.
- 3- WHO. Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneve: WHO; 2002.
- 4- Lacerda A. Apoio Social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo e mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. Rio de Janeiro: Dissertação [mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz: 2002.
- 5- Tesser CD. Práticas complementares e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública ago 2009; 25(8):1732-1742.
- 6- Lacerda A, Valla V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003. p.169-196.
- 7- Almeida Filho N, Andrade R FS. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: Czeresinia D, Freitas CM. (Orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2009. p.109.
- 8- Secretaria de Estado da Saúde (Distrito Federal). Manual de Normas e Procedimentos das Atividades do Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração: NUMENATI. Brasília: SES-DF; 2005. p244.
- 9- Marques AM, Oliveira A S. *Evolução dos recursos humanos nas práticas alternativas de saúde no setor público do Distrito Federal*. Brasília: UnB/ObservaRH/NESP; 2012.P.68.
- 10- Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil Análise da Desigualdade no Acesso à Atenção Básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007. Série Tempus na saúde coletiva; p. 250.
- 11- Nascimento MC e col. Produção Científica em Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde. Cad. de Natur. Terap. Compl; 2ºsem 2012. 1(1): p.16.

- 12- Luz D. Medicina Tradicional Chinesa, Racionalidade Medica. In: Luz MT, Barros NF.(org). Racionalidades médicas e Práticas Integrativas em Saúde Estudos Teóricos e Empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2012. P. 144-145.
- 13- Estrela W.L. Tratamento homeopático: buscando estratégias para avaliação de seus resultados e efetividade. Rio de Janeiro: Tese [doutorado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2011.
- 14- Faigle JFG et al. Evidências de estruturação da água em soluções diluídas de cloreto de magnésio. Revista de Homeopatia da AMHB 2002; (4): 6-11.
- 15- Hahnemann CFS. *Organon da Arte de Curar*. 6. ed. -Trad. Villela EM, Soares IC. São Paulo: Robe Editorial; 1996.
- 16- Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2001; 6: 63-72.
- 17- Lacerda A. Terapêutica de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In Pinheiro R, Mattos RA. (org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO; 2004.
- 18- Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novo paradigma em saúde no fim do século XX. Physis- Rev. Saúde Coletiva 1997; 7(1): 13-43.
- 19- G CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. jun 2006; 22(6): 1171-1181.
- 20- Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil Análise da Desigualdade no Acesso à Atenção Básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007. Série Tempus na saúde coletiva; p. 250.
- 21- Brasil - Ministério da Saúde. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. Cadernos Saúde da Família. Ministério da Saúde, ano I. n. 1. jan/jun 1996.
- 22- Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(1): 1325-1335.
- 23- Campos FE et al. Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. Revista Brasileira de Saúde da Família 2003; ano II, n.5: 68-71.
- 24- Sousa MF. *A coragem do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 32.

- 25- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- 26- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 687 de 30 de março de 2006, Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Série B. Brasília.
- 27- Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2007; 17(1): P.60.
- 28- Secretaria de Estado da Saúde (DISTRITO FEDERAL). Manual de Normas e Procedimentos das Atividades do Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração: NUMENATI. Brasília: SES-DF; 2005. P. 244.
- 29- Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- 30- Bardin L. *Análise do Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. p. 144.
- 31- Tesser CD. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: Luz MT, Barros NF.(org). *Racionalidades médicas e Práticas Integrativas em Saúde* Estudos Teóricos e Empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. 251-283.
- 32- Salles ASC. *Homeopatia, Universidades e SUS: resistências e aproximações*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.
- 33- Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 27: 1ª edição; 2010.
- 34- Tesser CD. Medicalização social (II): Limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunic., Saúde, Educ* jul/dez 2006; 10(20): p.347-62.
- 35- Ilch I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. São Paulo: Nova Fronteira; 1975. *Apud*; Tesser CD. Medicalização social (II): Limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunic., Saúde, Educ* jul/dez 2006; 10(20): p. 348.
- 36- Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(Sup. 2):p.7-14.

- 37- Nogueira RP. O exemplo das medicinas alternativas holísticas. In: Luz MT, Barros NF. (org). *Racionalidades médicas e Práticas Integrativas em Saúde Estudos Teóricos e Empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p. 443-8.
- 38- Tesser CD, Luz MT. Racionalidades Médicas e Integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13 (1):195-206.
- 39- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-177.
- 40- Koorema P, Baars E. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *Eur J Health Econ*. 2012 December; 13(6): 769–776. Published online 2011 June 22.
- 41- Salles A. Schraiber L B. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia, *Cad. Saúde Pública* Jan 2009; vol.25 n.1:195-202.

APÊNDICE

1. ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES

Gerência que representa:

Nome:

Sexo:

Idade:

Categoria profissional

Cargo que ocupa:

Cargo a partir de:

A partir do seu conhecimento das PIS considere para análise nesta entrevista apenas as três abordagens: Homeopatia, MTC/Acupuntura e Automassagem

- 1- A partir de quando e como as PIS foram inseridas na rede da SES/DF?
- 2- Que potencial ou potenciais as PIS representam no fortalecimento da Atenção à saúde no âmbito da atenção básica?
- 3- O que pontuaria como uma limitação para sua inserção?
- 4- Como o senhor (a), promoveria o maior desenvolvimento das PIS dentro da rede de atenção à saúde?

2. ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Unidade de Saúde e Regional

Nome:

Sexo:

Idade:

Categoria profissional, se é médico, qual a especialidade?

Há quanto tempo exerce a PIS em sua unidade?

A partir do seu conhecimento das PIS considere para análise nesta entrevista apenas as três abordagens: Homeopatia, MTC/Acupuntura e Automassagem

1. A partir de quando e como as PIS foram inseridas na rede da SES/DF?
2. O que o levou a atuar em PIS?
3. Como vê as PIS no âmbito da Atenção Básica? Dê exemplos.
4. O que pontuaria como uma limitação para sua inserção?
5. Que potencial ou potenciais as PIS representam no fortalecimento da atenção à saúde no âmbito da atenção básica?
6. Como se sente atuando em PIS na sua unidade de saúde?
7. O que você faria para melhor qualificar as práticas da PIS no âmbito da Atenção Básica?

3. ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS DAS PIS

Unidade de Saúde e Regional:

Nome:

Sexo:

Idade:

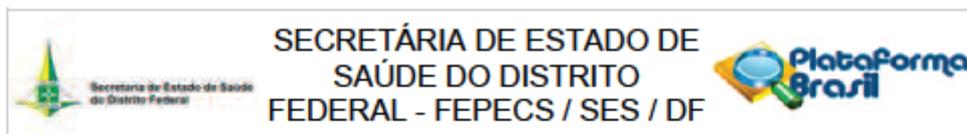
Caso o usuário seja menor de 12 anos de idade identificar o seu responsável:

Identificar o grau de parentesco ou relação com o usuário:

- 1- Há quanto tempo é atendido pela PIS na unidade?
- 2- Qual(ais) abordagem(s) das PIS utiliza na unidade?
- 3- O que o levou a ser atendido pela PIS?
- 4- É acompanhado rotineiramente em outros serviços nesta unidade ou em alguma outra unidade? Qual?
- 5- O que considera que a PIS trouxe de mudança para a sua vida?
- 6- Como percebe sua saúde após o uso da PIS?
- 7- Considera não ter alcançado algum resultado que o senhor esperava obter com a utilização da Prática?
- 8- Como o senhor (a) se sente junto à equipe de profissionais pela qual é atendido?
- 9- Há alguma dificuldade no uso das PIS? Qual (ais)?
- 10 – O que poderia ser melhorado?

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise das Práticas Integrativas em Saúde na Atenção Básica: Um estudo de caso no Distrito Federal.

Pesquisador: Tatiana Lotfi de Sampaio

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 06151212.9.0000.5553

Instituição Proponente: HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 116.946

Data da Relatoria: 24/09/2012

Apresentação do Projeto:

As Práticas Integrativas (PIS) atuam na prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes, seguras e de baixo impacto econômico, quando considerada a sua relativa baixa dependência aos equipamentos e insumos, embora requeiram elevada complexidade quanto ao conhecimento requerido para o seu exercício. A inserção das PIS nos serviços de saúde aponta sobre o potencial que estas práticas possuem em contribuir com a construção de um modelo de atenção à saúde, fundamentado na promoção da saúde, na humanização da atenção à saúde e na maior participação dos profissionais e dos usuários.

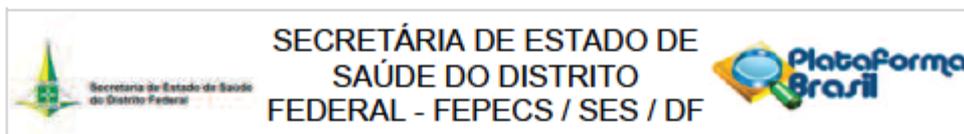
No Distrito Federal, as Práticas Integrativas e Complementares assim denominadas pela Política Nacional são denominadas Práticas Integrativas em Saúde, inseridas na rede pública desde 1986, mas ainda faltam subsídios à gestão na tomada de decisões e definições de estratégias mais eficazes, e também a adequação na incorporação ao trabalho em rede no âmbito da atenção à saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

- Analisar as Práticas Integrativas em Saúde no âmbito da Atenção Básica no DF, tomando como foco três abordagens: a Homeopatia, a MTC/Acupuntura e a MTC/Automassagem, com a finalidade de conhecer e compreender as intersecções destas práticas com as estratégias no âmbito da Atenção Básica, seus potenciais e limites.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** cepesdf@saude.df.gov.br



Específicos:

- Identificar e caracterizar estas abordagens no âmbito da Atenção Básica nas regionais de saúde de Planaltina, Sobradinho, e Paranoá;
- Verificar as interseções das PIS com as estratégias adotadas no âmbito da Atenção Básica;
- Compreender os potenciais e limites das práticas integrativas na sua inserção no âmbito da Atenção Básica no DF, indicando estratégias de fortalecimento dos potenciais e superação dos limites.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não foram identificados riscos à saúde neste projeto.

Benefícios: A realização deste estudo vem atender também a necessidade de conhecer e avaliar os limites e potenciais presentes no desenvolvimento do trabalho com as PIS no serviço, relacionados ao trabalho dos profissionais de saúde, assim como a qualidade e a segurança de sua oferta aos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

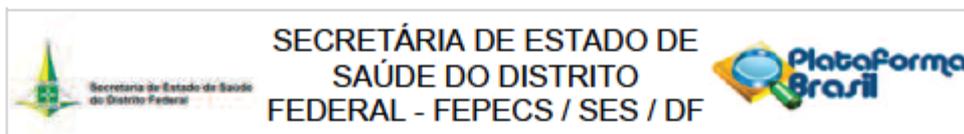
Trata-se de um estudo de tipo qualitativo a ser realizado nas unidades básicas de saúde da rede de três regionais de saúde do Distrito Federal: Planaltina, Sobradinho e Paranoá, no período de setembro a novembro/2012. A coleta de dados será feita por meio de entrevista semiestruturada com 40 pessoas: 12 gestores da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, das Regionais de Saúde e das unidades básicas incluídas no estudo; 07 profissionais das unidades de saúde e 21 usuários das PIS.

Os dados serão processados e analisados utilizando-se o software QualiQuanti por intermédio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, DSC.

Critério de Inclusão: profissionais responsáveis pela gestão da Atenção Básica e da Gerência das PIS, no nível central e no nível regional; gestores das unidades básicas incluídas no estudo, profissionais de saúde que praticam as PIS nas respectivas unidades selecionadas; e usuários a eles vinculados.

Critério de Exclusão: usuários com menos de um ano de acompanhamento em PIS nas unidades

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br



escolhidas no estudo e/ou que apresentem alguma incapacidade física ou mental e/ou crianças menores de 12 anos que possam representar alguma interferência na fidedignidade de suas informações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada. Assinada pelo Subsecretário de Atenção à Saúde.

Requerimento para parecer (CEP): Apresentado.

Termo de Concordância: Apresentado. Assinado pelos responsáveis das Unidades de Saúde vinculadas à rede de Atenção Primária de Planaltina, Sobradinho e Paranoá.

Currículo Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentado.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada.

TCLE: Apresentado.

Recomendações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

O pesquisador deverá encaminhar relatório final ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

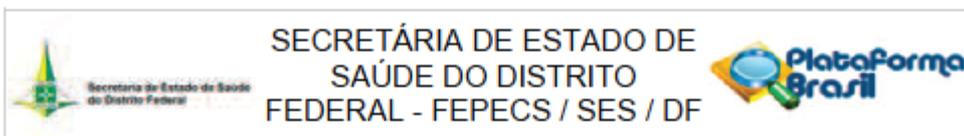
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Pendências Apresentadas.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br



BRASILIA, 08 de Outubro de 2012

Assinador por:
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** cepsesdf@saude.df.gov.br