

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida**

**Práticas integrativas e complementares e o  
modelo em defesa da vida: análise das  
novas políticas do SUS no Recife no  
período de 2009 a 2011.**

**Recife**

**2012**

**Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida**

**Práticas integrativas e complementares e o  
modelo de defesa da vida: análise das novas  
políticas do SUS no Recife no período de 2009  
a 2011.**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-graduação Integrado em Saúde  
Coletiva da Universidade Federal de  
Pernambuco com vistas à obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva

**Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins**

**Recife**

**2012**

Catálogo na Publicação  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A447p	<p>Almeida, Rodrigo Cariri Chalegre de. Práticas integrativas e complementares e o modelo de defesa da vida: análise das novas políticas do SUS no Recife no período de 2009 a 20011 / Rodrigo Cariri Chalegre de – Recife: O autor, 2012. 113 f.: il.; tab.; graf.; 30 cm.</p> <p>Orientador: Dr. Paulo Henrique Novaes Martins. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012. Inclui bibliografia, apêndice e anexos.</p> <p>1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Práticas integrativas - Complementares. 3. Integralidade. I. Martins, Paulo Henrique Novaes (Orientador). II. Título.</p>	
614	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS2012-211)



**Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde  
Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da  
Universidade Federal de Pernambuco**



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRAND(O)A

**RODRIGO CARIRI CHALEGRE DE ALMEIDA**

No dia 15 de março de 2012, às 14h, no Auditório do NUSP, Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (Doutor(a) do Departamento de Ciências Sociais da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Russell Parry Scott (Doutor(a) do Departamento de Ciências Sociais da UFPE) Membro Externo e Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida, sobre a sua Dissertação intitulada: “**Práticas integrativas e o modelo de defesa da vida: análise das novas políticas do SUS no Recife no período de 2009 a 2011**”. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Paulo Henrique N. M. de Albuquerque \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Russell Parry Scott \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra**

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. **Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque**

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. **Russell Parry Scott**

**Dedicatória**

**A Oscar Coutinho,  
pela amizade, pelos ensinamentos, e pelas lutas que ainda virão.**

## **Agradecimentos**

Ao estudar a teoria da dádiva, um dos fundamentos conceituais deste trabalho, me dei conta que agradecer é um grande privilégio, uma maneira de se botar no mundo e de completar um ciclo de se fazer humano. Isto autoriza uma seção de agradecimentos nada econômica, porém jamais suficiente, e para sempre inacabada.

À Mariana, minha companheira e inspiração. À Manuela pela renovação de todas as formas de esperança e a todos dessa enorme família que tenho a alegria de fazer parte. Orlando, Giovanna, Vitor, Valdísio, Zuleide, Valdemir, Lucas, meus incontáveis primos e primas, tios e tias, e em especial a minha maior e mais completa professora de medicina Lourdes Cariri.

A todas e todos os trabalhadores e usuários da UCIS Guilherme Abath e do NAPI, em especial a grande companheira Magui.

Aos profissionais e moradores do Morro da Cruz (Porto Alegre), do Coque e do Engenho do Meio.

Aos estudantes e residentes companheiros rizomáticos do eternamente novo fazer em educação.

A todos os trabalhadores do SUS de Recife, Bernadete Perez, Tatiane Torres e Silvana Moreira, e em especial ao amigo Aristides Oliveira pela oportunidade e pela confiança.

Aos sociólogos com quem trabalhei e com quem muito aprendi: Maria Luíza Jaeger, Eduardo Navarro Stotz e Paulo Henrique Martins e a equipe do NUCEM.

Doca, Anginha, os meninos da quixaba (Davi, José, Neulinha), pela ajuda na reta final.

Aos colegas professores e professoras da UFPE, em especial a Luci Praciano pela gentil e carinhosa acolhida no mestrado e a Tadeu Pinheiro pela corajosa aposta no CIS.

Aos companheiros que fizeram juntos o DEGES a quem devo a participação na comissão que escreveu a PNPIC, em especial Ricardo Burg Ceccim, Laura Camargo Feuerwerker e José Ivo Pedrosa.

Aos amigos da rede de educação popular em saúde e da ANEPS.

Aos queridos e marcantes amigos da Comissão de Saúde do V FSM.

Aos visitantes, freqüentadores, moradores e associados da república lúdico-afetivo-

cultural da Gonçalves Ledo e da(s) casa(s) dos macacos

Aos companheiros e companheiras da DENEM e do DAMUC.

Muito obrigado!

ALMEIDA, Rodrigo Cariri Chalegre. **Práticas Integrativas e Complementares e o modelo de defesa da vida: análise das novas políticas do SUS no Recife no período de 2009 a 2011**. 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC/UFPE. Recife, 2012

### Resumo

A busca por alternativas às abordagens biomédicas de cuidado à saúde tem despertado grande interesse nas pesquisas na área de saúde coletiva. Reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde como sistemas complexos de compreensão do corpo humano e de suas relações com o ambiente, as práticas integrativas também podem ser denominadas alternativas, tradicionais, paralelas, holísticas, com muitas diferenças entre estes conceitos. O município do Recife é pioneiro na implantação de um serviço específico de práticas integrativas e posteriormente, na ampliação da inserção das práticas nas diretrizes de seu modelo assistencial. Esta pesquisa dedica-se a analisar o núcleo de apoio em práticas integrativas – NAPI, um formato de núcleo de apoio à estratégia de saúde da família (NASF) com especificidade em práticas integrativas e complementares e principal estratégia da política municipal. Na experiência do Recife, este é mais um dos dispositivos de implantação e operacionalização do modelo de atenção em construção no município que visa, entre outras coisas, romper com a fragmentação do cuidado nas redes de atenção à saúde. A metodologia utilizada fundamenta-se na abordagem fenomenológica e hermenêutica da metodologia de análise de redes de cotidiano a MARES, uma metodologia qualitativa de estudo e intervenção sobre as redes sociais em saúde. Os resultados encontrados com a observação participante, com a pesquisa bibliográfica e com os grupos focais mostraram uma política em expansão e em processo de consolidação traduzido nas diretrizes do modelo assistencial e no cotidiano dos serviços. Redes assistenciais são analisadas a partir da premissa que são constituídas por redes sociais e as dificuldades estruturais provocadas por elementos externos a estas, como o subfinanciamento do setor saúde, que funcionam como fatores inibitórios à construção de vínculos entre os trabalhadores de saúde e os usuários, e entre si. Por outro lado, o dispositivo proposto funciona como elemento de produção de relações mais solidárias e redes assistenciais mais efetivas e afetivas, contribuindo para uma atenção à saúde mais integral.

Palavras-chave:

1. Políticas públicas de saúde; 2. Práticas integrativas e complementares; 3. Integralidade.

ALMEIDA, Rodrigo Cariri Chalegre. **Integrative and Complementary Health Practice and the Life Defense Model: analysis of the SUS new policies in Recife, in the period of 2009 until 2011.** 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC/UFPE. Recife, 2012

### **Abstract**

The search for an alternative to the biomedical approaches of health care has raised great interest in the researches on the collective health field. Acknowledged/recognized by the world health organization as a complex system of understanding of the human body and its relations with the environment, the integrative practices can also be named as alternatives, traditional, parallel or holistic, with many differences between these concepts. The city of Recife is a pioneer in the implementation of a specific service of integrative practices and on amplifying this insertion on the principles of its health care model. This research is dedicated to analyze the nucleus of support in integrative practices (NAPI), a kind of nucleus of support to the family health (NASF) that acts specifically on integrative and complementary practices, and the main strategy of the city policy. In Recife's experience, this is one of the implementation devices of the attention model under construction that aims to break the fragmentation of care into the health care network. The method used is based on the phenomenological and hermeneutical approach of the daily network analysis, the MARES, a qualitative research and intervention method about and on the social network in health. The results found with the participating observation, with the bibliographic research and with the focal groups show an expanding policy in a consolidation process, shown in the health care guidelines and in the everyday life of the health services. Health care network are analyzed from the premise that they are formed by social networks and the structural difficulties due to external elements like underfunding of health area works like inhibiting factors to the bond between workers and citizens, and between themselves. Otherwise, the device suggested helps to produce more solidary relationships, and health services network more effective and affective, contributing to an integrated health care.

Keywords:

1. Public Health Policy; 2. Integrative and Complementary Practices; 3. Integrality

## **Ilustrações**

### **Figuras**

Figura 1 - Paradigma do dom médico. ....	23
Figura 2 - Fluxogramas analisadores da UCIS (acupuntura, homeopatia, tai chi chuan e lian gong) .....	61
Figura 3 - Fluxogramas analisadores (yoga, bioenergética, DEP, psicomotricidade relacional, hidrogenástica) .....	62

### **Tabelas**

Tabela 1 - Documentos selecionados para análise documental .....	48
Tabela 2 – Evolução do FPF do município do Recife 2008-2011.....	54
Tabela 3 – Percentual de investimento próprio em saúde das capitais brasileiras.....	55
Tabela 4 - Práticas por USF. NAPI Recife. ACU – Acupuntura, ANT – Medicina Antroposófica, BIO – Análise Bioenergética, TAI – Tai Chi Chuan, NUT – Nutrição Integral, FITO – Fitoterapia, MASSO – Massoterapia e aromaterapia.....	57
Tabela 5 - Práticas abertas oferecidas na UCIS com acesso direto .....	63
Tabela 6 - Indicadores quantitativos de avaliação do NAPI. Período Junho a Dezembro 2010. ....	69
Tabela 7 - Formação profissional e técnica do NAPI.....	72
Tabela 8 - Procedimentos UCIS 2009-2011.....	74
Tabela 9 - Procedimento por CBO UCSI 2009-2011 .....	75

### **Quadros**

Quadro 1 - Características das redes na arena pública .....	26
---	----

### **Gráficos**

Gráfico 1- Evolução do investimento em saúde segundo a EC 29 .....	53
--	----

## Lista de abreviatura e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação na Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretário Municipais de Saúde
DENEM	Diretoria Nacional dos Estudantes de Medicina
DGAS	Diretoria Geral de Atenção a Saúde
DS	Distrito Sanitário
EC	Emenda Constitucional
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GAB	Gerencia de Atenção Básica
GTI	Gerência de Tecnologia da Informação
IAUPE	Instituto de Apoio à Universidade de Pernambuco
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
LAPPIS	Laboratório de Pesquisa em Práticas de Integralidade
MAC	Medicina Alternativas e Complementares
MDV	Modelo em Defesa da Vida
MARES	Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano em Saúde
MAUSS	Movimento Anti-utilitarista das Ciências Sociais
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
NAPI	Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PMPIC	Política Municipal de Práticas Integrativas
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PSF	Programa Saúde da Família
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RMR	Região Metropolitana do Recife
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIS	Unidade de Cuidados Integrals à Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## Epígrafe

“...eles são discretos  
e silenciosos  
moram bem longe dos homens  
escolhem com carinho  
a hora e o tempo  
do seu precioso trabalho...  
São pacientes, assíduos  
e perseverantes  
Executam  
segundo as regras herméticas  
desde a trituração, a fixação  
a destilação e a coagulação...  
Trazem consigo, cadinhos  
vasos de vidro  
potes de louça  
todos bem e iluminados  
Evitam qualquer relação  
com pessoas  
de temperamento sórdido  
de temperamento sórdido...”

## Sumário

Introdução .....	15
Capítulo 1 – Práticas Integrativas e Complementares e as Políticas de Saúde: elementos conceituais .....	19
1.1 Práticas Integrativas, Complementares e Alternativas.....	20
1.2 Redes de Atenção à Saúde e Redes Sociais.....	24
1.3 Apoio Matricial e Apoio Social.....	31
1.4 Práticas Integrativas Complementares e o SUS Municipal em Recife .....	36
1.5 Percurso do Autor .....	39
Capítulo 2 – A pesquisa .....	44
2.1 Aspectos metodológicos da pesquisa como incubação.....	44
2.3 Incubação: MARES como instrumento de avaliação institucional .....	49
2.4 Aspectos Éticos.....	50
Capítulo 3 – Resultados .....	51
3.1 A Evolução da Política Municipal de Saúde .....	51
3.2 Ampliação da Política Municipal de Práticas Integrativas.....	56
Discussão.....	77
4.1 O Apoio matricial em práticas integrativas e complementares sob o olhar fenomenológico e hermenêutico-dialético da MARES. ....	77
4.2 Ecologia de Saberes e Práticas, ou a biopotência das práticas integrativas e a produção de redes. ....	85
Referências.....	96
Apêndices e Anexos.....	100

## Introdução

Medicina Tradicional e/ou Complementar e Alternativa (MT/MCA) é o termo utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para tratar um conjunto de práticas de cuidado à saúde que convivem com o chamado Modelo Biomédico Hegemônico no século XXI. Em seu documento: Estratégia da OMS sobre a Medicina Tradicional 2002-2005 sugere a incorporação destas práticas nos sistemas nacionais e locais de saúde. O Brasil, sendo um dos países mais miscigenados do planeta abriga dezenas de racionalidades, modos distintos de compreensão do processo saúde/doença. São práticas de origens africanas, indígenas, de várias regiões da Europa, assim como de vários países do oriente que se encontram em solo brasileiro. Assim como em vários países, no Brasil muitas destas práticas são utilizadas por homens, mulheres e crianças há muito mais tempo que as vacinas, os antibióticos, e os bisturis. Fazem parte dos diversos modos de andar a vida, de se cuidar, a que recorremos desde bem antes dos primórdios da organização da nossa política de saúde. E aos quais seguimos recorrendo até hoje. Seguindo as orientações da OMS, em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil publica a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Esta política tem objetivo claro de ampliar acesso às Práticas Integrativas e Complementares – PIC pela população brasileira através da ampliação da ofertas destas no Sistema Único de Saúde - SUS.

Antes mesmo da implantação de uma política específica no conjunto das iniciativas do SUS, os estudos sobre as práticas integrativas, tradicionais, complementares ou alternativas já ocupavam uma agenda importante na academia brasileira. Spadacio et al (2010) mostram, através de uma metassíntese, um panorama geral destes estudos. Os autores apontam para um crescimento na produção sobre o tema analisando artigos publicados de 1997 a 2008. A grande maioria destes dedica-se ao estudo de aspectos sociológicos destas práticas e de como as mesmas se opõem ao modelo biomédico. A metateoria apresentada pelos autores, como orientação geral da maioria dos estudos analisados, mostra como a crise da saúde e do modelo biomédico, somada aos movimentos de contracultura no Brasil a partir dos anos 70 do século passado levam ao incremento dos usos e estudos sobre as práticas integrativas. Muitos estudos focam a problemática voltada para o SUS, porém

poucos estudos se dedicam a descrever e analisar a implantação e o impacto de políticas que dêem conta de introduzir estas práticas no cotidiano dos serviços que integram o SUS.

Com o advento da PNPIC e de seus desdobramentos nos sistemas municipais e estaduais de saúde, surgem novos objetos de pesquisa neste campo. Na medida em que as práticas integrativas são introduzidas nos sistemas e serviços de saúde, emergem novas questões e antigas são reeditadas. Qual deve ser a relação entre estas práticas e as práticas oriundas do Modelo Biomédico Hegemônico? Que lugar estas práticas devem ocupar nos sistemas de saúde? Qual o papel das práticas integrativas na construção do SUS e na garantia do direito humano à saúde?

Ressaltando a importância que o município do Recife tem no oferecimento destas práticas no seu modelo de atenção, Santos (2010) analisa a política municipal de práticas integrativas em sua dissertação de mestrado estudando o período de 2004 a 2009. Procuramos dar continuidade a este estudo, porém sob outra abordagem metodológica. Com a ampliação da política e sua relação com o modelo assistencial proposto, passa a nos interessar como foco de análise não apenas seus instituintes macropolíticos e sociológicos, mas também e, sobretudo, seus reflexos no cotidiano dos serviços de saúde, nas práticas das equipes e nas relações entre profissionais de saúde e destes com os usuários do sistema.

Para tal, se faz necessário inicialmente uma revisão sobre os conceitos e terminologias empregadas nas diferentes denominações destas práticas. Tais conceitos são carregados de sentidos e determinantes no pensar a relação entre práticas hegemônicas e não hegemônicas e, portanto, suas relações na política pública de saúde.

Também se faz necessário compreender o contexto em que esta política é apresentada a cidade do Recife, a evolução de seu modelo assistencial e a busca da gestão municipal pela integralidade através da proposta do Modelo em Defesa da Vida. Ao descrever a experiência do Recife, pretendemos debruçar nosso olhar sobre a relação entre profissionais e entre estes e usuários questionando-nos sobre alguns dos princípios instituintes do modelo assistencial proposto, como as noções

de clínica ampliada, acolhimento, apoio matricial e gestão do cuidado.

Entendemos que ainda é incipiente o debate e a produção acadêmica sobre o papel das práticas integrativas e complementares nos sistemas de saúde. Pretendemos oferecer algumas alternativas a este debate respondendo as questões que surgem da opção pelo modelo em defesa da vida: as práticas integrativas e complementares ajudam a ampliar o referencial da clínica praticada nos serviços de saúde? Que perspectivas as PIC oferecem para o apoio matricial e outros dispositivos de gestão da clínica? De que forma as PIC podem contribuir para a construção de um sistema de saúde mais integral?

No primeiro capítulo apresentamos os marcos teóricos e conceituais para o estudo. A polissemia das práticas integrativas e complementares e a justificativa do uso deste termo no Brasil e nesta pesquisa. Também trabalhamos as similitudes e diferenças entre os termos apoio social e apoio matricial, redes de atenção e redes sociais e o quanto estas coincidências (ou não) qualificam os conceitos mutuamente.

Dedicamos o segundo capítulo a descrição da pesquisa e a fundamentação metodológica que a ampara. Procuramos, neste capítulo, trazer elementos de uma metodologia de pesquisa qualitativa anti-utilitarista, aplicada à gestão de serviços e sistemas de saúde. A Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano em Saúde – MERES é descrita neste capítulo como uma estratégia de análise e qualificação dos dispositivos de gestão estudados.

No terceiro capítulo apresentamos os resultados da pesquisa partindo de uma análise sócio-histórica do percurso do autor que, em vários momentos, coincide com o percurso histórico da construção da política nacional e municipal de práticas integrativas e complementares. Apenas para contextualizar o cenário da pesquisa enumeramos alguns indicadores que apontam a ampliação da política em estudo no período estudado. O foco da análise está nas relações que se estabelecem entre as equipes de saúde a partir da implementação dos dispositivos de gestão da clínica integrantes do modelo em defesa da vida: o apoio matricial, os fluxogramas analisadores, a co-gestão de coletivos e o que convencionamos chamar os princípios de gestão da dádiva.

Por fim, na discussão trazemos as contribuições da mais recente produção do sociólogo português Boaventura de Souza Santos para a compreensão de um novo paradigma científico emergente e necessário. A ecologia de saberes proposta por Santos, (2010) é a concepção de ciência que nos permitiu analisar a contribuição das PIC para o SUS e para as demais práticas de saúde presentes no cotidiano dos serviços. Também são apresentados os conceitos de biopolítica, originalmente trabalhados por Michel Foucault, e aqui discutidos a partir da produção de Peter Pal Pelbart.

## **Capítulo 1 – Práticas Integrativas e Complementares e as Políticas de Saúde: elementos conceituais**

Dedicamos este primeiro capítulo a apresentação dos conceitos que foram importantes para o processo de pesquisa e permearam as intervenções descritas. Minayo, (1999) subordina a idéia de conceito à de teoria, que seria o conjunto de pressupostos e axiomas de tal valor de significado que se pode pensar em leis para o que já é empiricamente verificável. Os conceitos são, portanto, o sustentáculo de qualquer teoria. Para a teoria marxista os conceitos são histórica e socialmente construídos e a própria hierarquia dos conceitos também o é. Para a autora, esta hierarquia está presente em qualquer teoria, uma vez que os conceitos seriam operações mentais que focalizam aspectos dos fenômenos.

Para Deleuze (2009), a realidade é apenas uma multiplicidade atual e virtual. Os conceitos passam a ser estados de coisas, de organizações. O real confunde-se com o virtual e ganha novos sentidos. É aí onde repousa, para o filósofo francês, a virtude do pesquisador: na capacidade de construir conceitos. O que remete como cita Minayo a raiz etimológica da palavra, aquilo que é concebido.

No processo de revisão bibliográfica o pesquisador pode se colocar como um revisor ou sistematizador de conceitos previamente elaborados, ou relacionar-se com eles interagir, misturar-se, a medida em que se desterritorializa e reterritorializa a cada encontro teórico. Nos conceitos que descreveremos os dois modos estão presentes. Partimos da conceituação ou das convenções que nos permitem relacionar-se teoricamente com as práticas integrativas. A tentativa porém não da conta de esgotar os campos híbridos entre os conceitos, fronteiras que por ventura separem práticas tradicionais de práticas populares. Os contornos de cada racionalidade em permanente reedição no mundo contemporâneo, apresentam-se como vilosidades e microvilosidades que ampliam as superfícies de interface das práticas e seus símbolos.

É neste processo complexo que os conceitos e noções se apresentam inusitadamente coincidentes, compondo uma ecologia de saberes (SANTOS, 2010). Prefixos e sufixos comuns podem construir proximidades semânticas, caminhos de

sentidos e podem dar pistas de entrecruzamentos dos caminhos conceituais possivelmente ainda não traçados. É desta forma que se sobressaem as coincidências existentes entre o apoio matricial e o apoio social, assim como entre redes assistenciais e redes sociais. A revisão bibliográfica para este texto procurou construir alguns referenciais ou pontos de partida, coordenadas de tempo e espaço para o caminhar cartográfico da observação participante e dos outros procedimentos investigativos.

### **1.1 Práticas Integrativas, Complementares e Alternativas.**

São diversos os conceitos e denominações para o conjunto de práticas que não seguem rigorosamente a racionalidade médica nascida na modernidade. Em sua tese de doutorado, Andrade (2006) apresenta um mapeamento dos conceitos e dos sentidos que estes carregam ao enunciarem tais práticas. A pluralidade das manifestações, diferentes fontes filosóficas e doutrinárias e sua presença em diversas culturas e tradições tornam, segundo o autor, difícil a denominação conceitual destas práticas. O autor cita os estudos de Fulder (1996) que propõe quinze categorias e mais de setenta técnicas, de Lapantine e Rabeyron (1989) que classificam mais de noventa tipos de tratamentos e diagnósticos, de Sharma (1992) e Aasker (1986) que descrevem estas abordagens em vários países, e de Ribeiro e Magalhães (1997) que apresentam mais de setenta tipos de tratamentos diferentes presentes no Brasil.

Diante da dificuldade em classificar tamanha heterogeneidade de práticas e sistemas diagnóstico-terapêuticos partimos, a princípio, do conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde sobre Medicina Tradicional:

A soma total de conhecimento, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências indígenas em diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde como também na prevenção, diagnóstico ou tratamento de enfermidades físicas e mentais. (WHO, 2000, p. 1 tradução nossa).

Seguindo essa denominação, podemos sugerir que no Brasil as práticas de cura indígenas e afro-descendentes devem ser entendidas como Medicina Tradicional.

Porém estas cosmovisões persistem no universo simbólico e nos saberes e práticas populares de saúde em todas as classes sociais e de toda a população brasileira. Em alguns espaços do território nacional, estas práticas encontram-se, coexistem com outras medicinas tradicionais incorporadas à brasileira, como a Medicina Tradicional Chinesa. Neste caso a OMS prefere adotar o conceito de Alternativo ou Complementar.

Os termos medicina complementar ou medicina alternativa são usados de modo intercambiável com a medicina tradicional em alguns países. Eles se referem a um amplo conjunto de práticas e cuidados de saúde os quais não fazem parte da tradição própria de certos países e não estão integrados aos sistemas dominantes de cuidados médicos. (WHO, 2000, p. 1 tradução nossa)

Tesser e Barros (2008) discutem o fenômeno complexo da medicalização na sociedade contemporânea em artigo no qual revisam seus trabalhos de mestrado e doutorado, e oferecem uma síntese de várias classificações utilizadas por diversos autores. A primeira é a classificação do National Center of Complementary and Alternative Medicine que define Medicinas Alternativas e Complementares como um grupo de sistemas médicos e de cuidados à saúde, práticas e produtos que não são considerados parte da biomedicina. Nesta classificação aparecem os termos Sistemas Médicos Alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica), Intervenções Mente-corpo (meditações, orações), terapias biológicas (baseados em produtos naturais não reconhecidos cientificamente), métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens e exercícios), e terapias energéticas (reiki, chi gong). Dentro desta classificação, ainda cabe a noção de práticas complementares, quando utilizadas em conjunto com as práticas da biomedicina, alternativas quando utilizadas no lugar ou em substituição, ou integrativas quando referenciadas por avaliações científicas de boa qualidade em eficácia e segurança.

Madel Luz tem oferecido grande contribuição para a compreensão sobre estas práticas. A autora desenvolveu um sistema explicativo capaz de analisar e distinguir os diversos sistemas de compreensão e intervenção sobre a saúde humana. O que desde 1991 se convencionou chamar Racionalidade Médica, hoje é pensado como racionalidade de práticas em saúde e se caracteriza por um conjunto de características capazes de constituir um sistema de cura. Morfologia do homem,

dinâmica vital, sistema de diagnose, sistema terapêutico e doutrina médica, embasados em uma cosmologia, implícita ou explícita, são as categorias utilizadas pela autora que permitem comparar a medicina ocidental moderna e a milenar medicina tradicional chinesa.

Tesser e Barros citam ainda a perspectiva oferecida pela epistemologia de Fleck que faz referências a estilos de pensamento capazes de unificar concepções, valores, saberes e práticas de coletivos de pensamento com formação, interesses e atividades especializados. Isto corrobora com a noção apresentada pela classificação de Madel Luz, apontando para sistemas de compreensão que também se organizam socioepistemologicamente em círculos de ensino-aprendizagem e de cuidado da mesma forma que a medicina moderna.

Além das classificações oficiais ou acadêmicas, Tesser e Barros consideram a importância do valor simbólico em referência a noção de símbolo de Geertz, também para compreender o movimento que leva as pessoas a procurarem estas práticas. Para estes autores e também para Martins (2003) é fundamental a noção de campo de Pierre Bourdieu para a compreensão das representações simbólicas das práticas sociais, neste caso práticas de cuidado ou de saúde. A produção de Marcel Mauss e sua teoria da dádiva como referencial sociológico para a compreensão da circulação de bens simbólicos entre terapeutas e pacientes é descrita por Martins (2003) no que chama de paradigma do dom médico, elemento simbólico constituinte dos sistemas médicos de cura e dos modelos de gestão da saúde. Esta teoria e suas contribuições tornam a análise mais complexa recusando modelos explicativos utilitaristas e simplificados como mostra a figura.

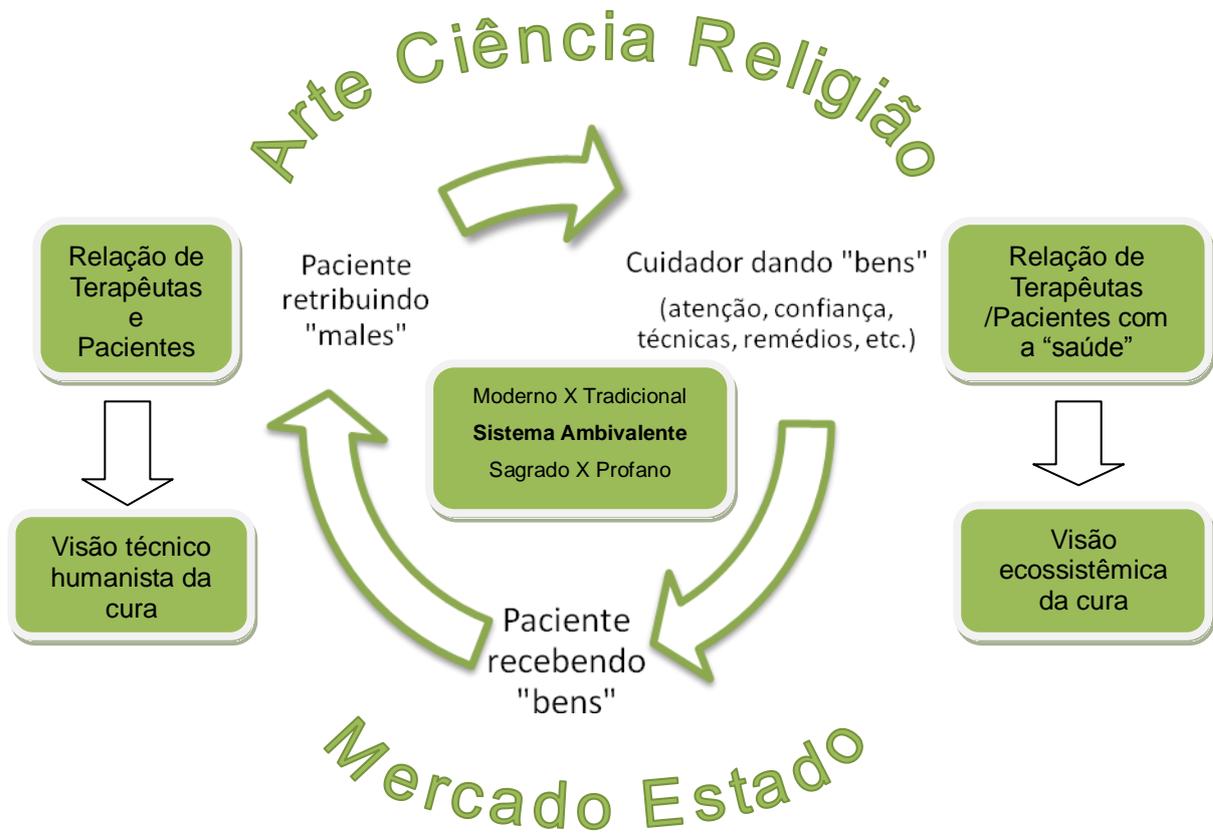


Figura 1 - Paradigma do dom médico. (adaptado de Martins, 2003)

Para estes e outro autores, a busca por medicinas alternativas nasce com outros movimentos de contestação ao capitalismo ocidental datados da década de 60 do século XX. Paralelamente, a busca por meios alternativos de cuidado com a saúde e os movimentos de contra-cultura também ajudaram a construir uma atitude mais independente em relação a sociedade de consumo em expansão, uma consciência ecológica o que, entre outras coisas levaria a construção de novas relações de poder entre profissionais de saúde e pacientes.

As disciplinas alternativas ameaçam visceralmente o campo oficial, ao imporem à prática médica um método fenomenológico e hermenêutico de cura que amplia os limites do método anátomo-clínico. Contra uma medicina excessivamente formalizada, prisioneira de diplomas e cânones consagrados, as *medicinas alternativas* propõem a revalorização da experiência vivida diretamente por curador e doente na organização do sistema de cura. Contra o discurso disciplinar monolítico da biomedicina ocidental, o campo alternativo sugere a validade de uma pluralidade de práticas e técnicas de cura que dialogam entre si em favor de um conhecimento interdisciplinar e transcultural efetivo. Contra a tirania de uma racionalidade médica, inspirada na inovação tecnológica incessante, propõem uma pluralidade de racionalidades e, sobretudo, o diálogo entre a

técnica racional e a técnica mágica, o que significa a revalorização do ritual e do simbólico na cura médica. (MARTINS, 2003, p. 24)

Sob o ponto de vista de Martins as práticas integrativas ou complementares possuem então, um potencial humanizante ou rehumanizante das práticas de saúde. Tal aposta é compartilhada por Cunha (2004), que em sua dissertação de mestrado analisa as contribuições da homeopatia e da acupuntura para a ampliação da clínica na atenção básica. A tese da Clínica Ampliada se apresenta em oposição à clínica degradada ou degenerada que Campos (2000) entende como conseqüência da tecnicização e mercantilização da saúde. Para este autor, as políticas de saúde precisam considerar os instituintes subjetivos das práticas que compõe o sistema de saúde. Uma clínica mecanizada, que reproduz o modelo taylorista de produção, contribui para os resultados limitados das ações de saúde pública e precisa ser ressignificada. Para Gustavo Tenório Cunha as racionalidades instituintes da homeopatia e da acupuntura, por exemplo, podem ajudar neste processo.

O contexto descrito acima e os apontamentos conceituais recém-apresentados definem o foco do nosso olhar sobre a política municipal de saúde do Recife. O Modelo Assistencial pensado para o Recife pressupõe a criação de vários dispositivos de ampliação da clínica ou de humanização das práticas e serviços da saúde. Neste contexto utilizamos a terminologia de práticas integrativas e complementares pelo significado que vem se constituindo em torno deste termo. Mas também pela adoção deste termo pela política oficial de saúde do Brasil. Além disso, pelo sentido que vem ganhando nas iniciativas de apoio matricial e construção de redes no território de Recife. O conceito de prática integrativa traz consigo a idéia de integração com outras práticas, imprescindível para o dispositivo do apoio matricial em análise.

## **1.2 Redes de Atenção à Saúde e Redes Sociais**

Um conceito que pode se tornar a marca do século XXI. Atualmente quase todos os campos de conhecimento desde a engenharia de produção, passando pela

comunicação, à sociologia produzem inúmeros significados para palavra rede. A mais marcante das concepções trata-se de uma revolução em curso, o surgimento da rede mundial de computadores. A internet faz a ficção científica invadir a realidade com experimentações de realidades virtuais capazes de ludibriar os observadores mais críticos. Na revisão bibliográfica para este estudo encontramos alguns conceitos de rede com aplicações para o pensamento sociológico e gerencial da saúde. Durante o percurso de apropriação dos conceitos e dos encontros e desencontros deste emergem algumas questões persistentes. O que há em comum nos termos? Há algum referencial teórico comum? As teorias, conceitos, noções são contraditórias ou complementares? Em que medida?

Para Lenir Santos (2008), a primeira imagem descrita é da sociedade em rede de Manuel Castels. A imagem que remete a um sistema de interdependências econômicas em todo o mundo, produzindo uma unidade em tempo real. A partir desta referência defende a idéia que o elemento constitutivo fundamental das redes são a utilização de tecnologias de informação. Exemplifica com a organização de empresas multinacionais que possuem seu corpo diretivo em um país, seus operários em outro e seus criadores também em outro lugar. Sendo a comunicação a via de produção de economia para o sistema ampliando as perspectivas lucrativas. Esta visão se traduz para o pensar a organização dos sistemas de saúde. Onde a rede não é apenas o um conjunto de serviços de saúde, mas requer elementos que dêem sentido ao entrelaçamento de ações e processos. Neste caso uma institucionalidade, uma organicidade. Há também, um componente ético que diz ser imprescindível o reconhecimento das dependências e interdependências. Uma aposta na operação conjuntas de serviços, sistemas e organizações. Para tal:

É crucial que as correlações de forças na rede sejam centradas na partilha do poder decisório, e que os entes co-responsáveis, em razão da interdependência que sabem existir e que reconhecem explicitamente, tenham determinadas garantias que evitem a insegurança dos envolvidos. (SANTOS, L., 2008, p. 32).

Outro pressuposto é o da obrigatoriedade da coordenação e cooperação que oferecem sentido de ordem, de proporção, de ligação de coisas sempre unidas. A autora conclui apresentando vantagens e riscos da organização em rede na arena

pública.

Redes na Arena Pública	
Vantagens	Riscos
Democratização do conhecimento	Descentralização concentrada
Descentralização integrada	Fragmentação da autoridade
Processos administrativos horizontais	Desinteresse diante de novas informações e conhecimentos
Cooperação	Perda de controle dos processos
Surgimento de novas lideranças	Perda de autonomia política dos mais fracos
Planejamento integrado	Individualismo e personalismo
Reconhecimento das dependências e interdependências	Conflitos permanentes
Conhecimento das múltiplas realidades	Negociação infundável
Respeito às diversidades socioculturais	Cooptação dos mais fracos
Fortalecimento contra pressões externas	Acomodação diante das negociações
Aumento da eficiência administrativa e técnica	Falta de capacidade gerencial para novas atribuições
Otimização de recursos	Excesso de controles diante da complexidade do sistema de rede
Negociação/Consenso	Desequilíbrio de poder
Valorização das relações de confiança	
Solidariedade e compartilhamento	

**Quadro 1 - Características das redes na arena pública. (Adaptado de Santos, 2008)**

Neste caso partimos de uma concepção ou imagem geral de rede para pressupostos de redes assistenciais. A publicação é direcionada e organizada por secretários municipais de saúde para apoiar os processos de implantação do Pacto pela Saúde.

Na mesma produção e um pouco mais específicos Silva e Magalhães Jr. Levam 3 argumentos que justificam a construção de redes:

- a) o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas;
- b) a maior perspectiva de avanços na integralidade e a construção de vínculos;
- c) os custos crescentes no tratamento das doenças.

Os dois ex-secretários de saúde propõem que redes de atenção à saúde são “uma malha que interconecta e integra estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.” (SILVA e MAGALHÃES Jr., 2008). Vistas destas formas as redes possuem então componentes como:

- a) um espaço territorial e uma população;
- b) serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas e com distintas características nesses territórios;
- c) logística que contribua para identificar e orientar os usuários em seu caminhar nas malhas das redes;
- d) sistemas de regulação, com normas e protocolos a serem adotados para orientar o acesso, definir competências e responsabilidades;

Outro elemento que entra na análise das redes de atenção segundo estes autores é sua íntima associação com o modelo de atenção vigente. Os modelos são síntese ou expressão da inteligência que opera os recursos e os dos determinantes históricos da organização das práticas de saúde. Nos modelos assistenciais podemos enxergar expressões das necessidades de saúde e as formas de organização da oferta. Silva Jr. descreve três modelos assistenciais o modelo médico assistencial privatista, o modelo de vigilância à saúde e o modelo em defesa da vida. A descrição do modelo de atenção médico assistencial privatista, reconhecidamente hegemônico, reporta a uma organização de práticas a partir dos ditames do mercado e de sua aliança com a ciência. Trata-se de um conjunto de práticas centradas na medicina curativa, na abordagem biomédica centrada e nas ações de impacto imediatas. Tais princípios contrariam os pressupostos descritos por Santos, (2008) e, se não impedem, dificultam a organização de redes assistenciais.

O modelo de vigilância à saúde é organizado a partir das necessidades de saúde apontadas por indicadores epidemiologicamente construídos como mecanismo de diminuição ou diluição de desigualdades sociais com repercussões no adoecimento

coletivo. É marcado por uma racionalidade que tenta dimensionar a oferta de serviços e de saúde de acordo com os problemas mais prevalentes, vulneráveis e de maior magnitude.

O modelo em defesa da vida, elaborado a partir das produções do laboratório de planejamento e avaliação – LAPA da Universidade Estadual de Campinas, propõe uma lógica organizacional complexa que enxergue os processos micropolíticos do trabalho e sua influência nas práticas de cuidado. Este modelo foi implantado em várias cidades do país sob diferentes arranjos político-institucionais Betim e Belo Horizonte em Minas Gerais, Vitória no Espírito Santo, Campinas em São Paulo e mais recentemente Recife em Pernambuco. As experiências de organização do SUS nestes municípios influenciam a política atualmente adotada pelo MS. Estiveram presentes também na reformulação da Secretaria Executiva do MS, quando da reestruturação organizacional do ministério a partir de 2003. A SE é responsável desde então, pela implantação da Política Nacional de Humanização. Uma política transversal de (re)articulação de redes sócias. Na Secretaria de Atenção à Saúde - SAS está inserido o Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde encarregado de operar processos de apoio a descentralização e formação de redes de atenção.

Há ainda uma referência conceitual importante para o campo da saúde coletiva discutida por Silva, (2008). O ex-secretário de saúde de Londrina-PR e ex-presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS destaca a produção de Mendes, (2007) sobre modelagens de redes de atenção e apresenta modelos e diretrizes operacionais. São cinco os requisitos mínimos para a implantação de uma rede assistencial.

- a) Definição de território entendido como um espaço de interação de sujeitos sociais, sendo imperioso compreender seus aspectos culturais, sociais e políticos;
- b) Diagnóstico situacional que inclui descritores demográficos, socioeconômicos, epidemiológico-nosológico e de organização dos serviços de saúde;
- c) Construção de uma situação desejada para os serviços de saúde, isto significa condições adequadas de oferta/necessidade/acesso;

- d) Criação de um serviço logístico de suporte como sistema de identificação de usuários e/ou prontuários eletrônicos;
- e) Criação de sistemas de regulação e governança para o funcionamento da rede.

Os três primeiros requisitos são da ordem estrutural e descrevem os componentes da rede, aqui chamada de assistencial. Os dois últimos são elementos de ligação, de tessitura da malha de serviços e práticas que permeiam ou compõem o sistema de saúde. Em especial o último requisito, o do sistema de regulação e governança tem sido a principal aposta de aperfeiçoamento dos sistemas de saúde municipais, estaduais e das regiões de saúde. É também para este último que cabem as premissas éticas defendidas por Lenir Santos.

Com mesmo prenome e com várias aproximações conceituais, o conceito de redes sociais aparece como fundamental para este estudo. Martins, (2008) entende este conceito como tema da maior atualidade sociológica, necessário para a compreensão da complexidade da vida social. Interessante, portanto, a militantes de movimentos sociais assim como a intelectuais dedicados ao desenvolvimento das ciências sociais. Numa perspectiva sócio-histórica recorre a três grandes autores do pensamento sociológico para reconstruir o objeto das redes sociais diante das novas metodologias de intervenção social, e de participação e mobilizações coletivas. A partir das contribuições de Emile Durkheim, Norberto Elias e Marcel Mauss apresenta um paradoxo sociológico entre a liberdade individual e a obrigação coletiva como categorias para a análise do conceito em questão. Discutiremos as implicações destas noções para a teoria das redes assistenciais no terceiro capítulo.

Segundo Lacerda, (2010) a noção de rede social foi introduzida pelo antropólogo John Barnes para descrever processos sociais em que vínculos interpessoais extrapolavam a organização de grupos e categorias institucionalizadas. Atualmente podem ser compreendidas como “um conjunto de unidades sociais e de relações, diretas ou indiretas que essas unidades estabelecem entre si, através de cadeias de extensão variável” (MERCCKLÉ, 2004 apub LACERDA, 2010, p. 72). A evolução do conceito apresentado por Barnes em 1954 acompanha o desenvolvimento do pensamento sociológico. Neste percurso o foco da análise migra das análises

centradas nos atributos individuais (faixa etária, sexo, profissão) para compreender as características das relações e suas interferências no comportamento social (MERCKLÉ, 2004 apud LACERDA, 2010, p. 72).

Ao introduzir o conceito Martins (2008) sugere que a noção de rede de movimentos de Ilse Scherer-Warren pode ajudar a entender a articulação entre o local e o global, entre o particular e o universal, entre o uno e o diverso permitindo extrapolar a noção de ordem nacional. Ainda discutindo às aplicações do conceito para os movimentos sociais trabalha a idéia apresentada por Alberto Melucci de que estes são movimentos de redes e não mais de atores sociais. Ainda mais complexo é o conceito de relês de Breno Fontes em que redes de redes se entrelaçam através da inscrição de cada ator social em diferentes circuitos de trocas.

Para Lacerda (2011) a produção sociológica sobre redes é a base para várias outras ciências e seguiu dois caminhos na segunda metade do século passado. A primeira oriunda da antropologia social britânica e a segunda de origem nos estudos americanos de tendências quantitativas. Neste percurso, defende inicialmente a contribuição de Simmel que atenta para as interações sociais entre indivíduos e influenciadas pelos demais atores do meio social. A relação de pertencimento ou entre as partes e o todo são a síntese da diferença anotada por Martins (2008) nas teses de Durkheim, Elias e Mauss. Este últimos estabelece, a partir da teoria da dádiva a base para o entendimento do paradoxo citado anteriormente. Seguindo a linha do pensamento anti-utilitarista Godbout distingue dois tipos de redes nas sociedades contemporâneas: as mercantis e as sociais. Nas mercantis as trocas se dão apenas pela obrigação do contrato. Nas redes sociais os vínculos se estabelecem a partir de uma obrigação coletiva mais ampla. A dimensão econômica é relevante, mas está subordinada a outras como a moral. Na mesma linha Caillé define rede como “o conjunto de pessoas com as quais o ato de manter relações de amizade ou de camaradagem, permite conservar e esperar confiança e fidelidade” daí ser importante reconhecer que essas redes, tradicionais ou modernas, são alianças generalizadas criadas na aposta na dádiva e na confiança (CAILLÉ, 2002 apud MARTINS, 2008, p. 43).

A crítica ao utilitarismo nas pesquisas sociais sobre redes repousa sobre as

tendências que apostam na(s) dualidade(s) psicologia x sociologia, indivíduo sociedade, sagrado x profano. Esta é a influência que permeia as concepções do *network analysis*, herdeira da tradição americana, e mostra-se utilitarista por que serve apenas ao interesse exclusivo dos indivíduos. Isso nos faz ver que além dos elementos estruturais de uma rede, precisamos considerar que as obrigações sociais que une os membros de uma rede vão além do caráter formal, mas também político. As redes sociais na perspectiva da dádiva possuem uma dimensão simbólica fundamental, ao que interessa não apenas o objeto da doação, mas a intenção. Se da troca entre indivíduos ou se destes com o a comunidade, com o todo.

Dos estudos sobre redes sociais, Lacerda destaca ainda a definição conceitual de redes sociais de apoio como um conceito ainda não explicitado ou inerente ao senso comum. São como redes menores formadas no cotidiano e com o suposto benefício de gerar, para os atores envolvidos, o sentimento de pertencimento. Podemos deduzir que toda rede social de apoio é uma rede social, mas a recíproca não é verdadeira. O que circula entre os atores destas redes é o apoio social, outro conceito homônimo em seu pronome e importante para o presente estudo, que trataremos com mais detalhe a seguir.

### **1.3 Apoio Matricial e Apoio Social**

Por Método Paidéia, Campos (2000) apresenta uma teoria complexa sobre o trabalho em saúde e as possibilidades para uma gestão democrática e compartilhada. Tomando como base contribuições do pensamento da psicanálise, das políticas de saúde e da pedagogia freiriana, propõe um método: “apoio Paidéia”.

Para esta teoria função de apoiador define-se por:

- a) Um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe;
- b) Um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa;
- c) Uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que

com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações

d) Dependendo da instalação de alguma forma de cogestão.

O autor apresenta quatro eixos de conformação do método:

- a) O caráter “anti-taylor” do método, entendido como oposição ao modo *taylorista* de se operarem os atos em saúde. Uma repetição ou reprodução de padrões que usurpa os vínculos e tecniciza o cuidado;
- b) A inscrição no paradigma ético-estético-político da democratização institucional, da cogestão, e da constituição de sujeitos com capacidade de análise e intervenção;
- c) Por uma reconstrução conceitual e prática do trabalho, que passa por uma reaproximação do mundo do trabalho ao mundo da vida e a resignificação dos conceitos de objeto de trabalho e investimento;
- d) Uma visão dialética visto como um agir pedagógico respeitoso e responsável com transformação de práticas de gestão, atenção e pedagógica.

No caso mais específico do que vamos analisar é preciso aprofundar a noção sobre uma possibilidade de arranjo de apoio, o apoio matricial. Por definição Campos, (2000) entende o apoio matricial como dispositivo de gestão capaz de produzir coletivos organizados em torno de um objeto comum de trabalho. Unidade de Produção e Equipes de referência são outros conceitos concebidos por Campos para a recomposição do trabalho em saúde. O apoio matricial é, portanto o elo entre as equipes de referência e equipes especializadas construído a partir de uma lógica solidária e dialética de composição de projetos comuns, partilhados. Os projetos terapêuticos aqui são chamados de singulares por admitirem uma composição que leva em conta o sujeito da ação em saúde, comumente chamado de paciente ou usuário. Ao contrário do modo taylorista que opera por núcleos sólidos de específico saber, o modo Paidéia opera por campos híbridos, conjugados de saber compartilhado sem descartar a contribuição dos saberes nucleares.

A referência à matriz como operação matemática é uma das possibilidades para a polissemia do apoio matricial. Uma operação que compreende um conjunto de

cálculos entre colunas e linhas de números. São operações verticais, horizontais e em linhas transversais. Mas também podemos entender o termo como um agenciamento de conexões de redes de saber que buscam ampliação dos coeficientes de transversalidade. Por matriz se entende também o lugar o ser que cria, que gera. Por isso:

O apoio matricial inscreve-se, nesse sentido, nas estratégias de implementação de novos arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não aquelas centradas principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador do resultado de seu trabalho. A invenção de outra cultura organizacional que estimule o compromisso das equipes com a produção de saúde e permitindo-lhes, ao mesmo tempo, sua própria realização pessoal e profissional (Campos, 1997 apud Oliveira, 2011, p. 41).

A incorporação e grande disseminação dos conceitos de apoio matricial e institucional se devem a dois momentos importantes da agenda da política nacional de saúde. A criação da Política Nacional de Humanização – PNH que parte do pressuposto de uma reconstrução das práticas em oposição às diversas formas de autoritarismo presentes nas organizações de saúde. Trata-se de promover a inclusão de coletivos organizados na malha institucional de produção social da saúde. Inclusão aqui pode ser entendida como diretriz metodológica

[...] deve buscar o fortalecimento dos coletivos para a ampliação de suas capacidades de análise e de intervenção, afirmando a produção de saúde como produção de subjetividade. O apoio institucional tal como proposto pela PNH tem o papel de operacionalizar a diretriz da inclusão e constitui seus modos de fazer (Oliveira, 2011 p. 35)

Outro momento importante ainda mais específico para o cenário de Recife é a introdução da estratégia de apoio nos NASF, com a possibilidade de inserção das práticas integrativas. Este arranjo de complementaridade ao trabalho das equipes de saúde da família passou a fazer parte da política nacional de atenção básica em 2008, quatorze anos depois de criado o programa de saúde da família e contando, o país com cerca de 30.000 equipes já em funcionamento. O Recife é o primeiro município do país a formar uma equipe específica de apoio matricial em práticas integrativas, assim denominada de NAPI.

Em se tratando de redes de atenção, o apoio matricial propõe novas formas de relação entre os serviços e entre os profissionais. A equipe de referência pode

permanecer responsável pela condução dos casos inscritos em seu cadastro, mesmo quando algum tipo de apoio especializado foi acionado. Cada serviço da rede pode ser organizado na lógica das equipes de referência, tendo temporalidades e processos de vinculação dependentes de cada objeto de trabalho. Aqueles usuários que estão em acompanhamento no centro de referência podem permanecer vinculados a uma equipe de referência desse serviço, a qual pode ser apoiada por equipes da atenção básica, por profissionais da saúde mental. O desenho proposto no Recife foi o de apoio a partir da unidade especializada, ou centro de referência. Porém a inserção da equipe do NAPI na UCIS também proporcionou o fluxo contrário com o NAPI fazendo apoio matricial a partir da atenção básica para a UCIS.

É importante considerar que são várias as concepções de sujeito na teoria Paidéia e nos usos posteriores a sua publicação. Oliveira, em sua tese de doutorado sugere que os referenciais se quem apóia ou é apoiado são designações operacionais. Torna-se, portanto, impreciso o lugar distinto e entende-se assim o apoio como uma prática que só se faz em co-gestão.

O apoio matricial tem como objetivo construir e ativar espaços para comunicação e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. Personalizar os sistemas de referência e contra-referência, estimular e facilitar o contato direto entre a referência encarregada do caso e o profissional de apoio. Altera-se, dessa forma, o papel e o modo de operar das Centrais de Regulação, atribuindo a estas uma função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação e no ofertamento do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. Há aqui uma aposta, como em outros países, no "empoderamento" dos trabalhadores de saúde com a responsabilidade de regulação do sistema, a partir de suas próprias tomadas de decisão em coerência com as diretrizes clínicas, princípios e diretrizes operacionais do sistema (CAMPOS, 2007 apud OLIVEIRA 2011, p. 43).

O conceito de empoderamento é uma das ligações conceituais coincidentes ou não dos referenciais conceituais de apoio matricial e apoio social.

Apoio social na saúde passa a ser utilizado na literatura de saúde a partir da década de 1970, em estudos de pesquisadores norte-americanos que sugeriam a importância dos relacionamentos para a saúde dos sujeitos e grupos sociais. Cassel,

(1976) compreendia o apoio social como recursos fornecidos pelos grupos primários mais importantes para o indivíduo e que, diante dos estressores psicossociais, ajudariam a tamponar os efeitos sociais do estresse no organismo. A partir daí vimos a complexificação conceitual nos estudos que se seguem. Lacerda, recorre a uma vasta revisão do uso dos conceitos na área da saúde, com ênfase às produções de Victor Valla no Brasil que define apoio social como sendo:

[...] qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. (VALLA, 1998 apud LACERDA, 2010 p. 62)

Comportamentos positivos seria o fato de que os atores passam a ter maior sentido de controle diante da própria vida. O apoio social implica em relações de troca que se processam nos vínculos interpessoais e nas redes sociais, e uma de suas características é ser um processo recíproco. Ainda segundo a autora o cuidado está intimamente relacionado ao conceito de apoio social, o que estudou também estar presente nas práticas de homeopatia no SUS. Ou seja, a construção do direito à saúde, que passa pela noção de integralidade compreende, entre outras coisas o olhar sobre as redes sociais que se constituem por laços aqui denominados de apoio social. Um direito que é imprescritível por que não se escreve, e sim se exerce. No qual as noções de cidadania e pertencimento se alicerçam sobre os vínculos pessoais e comunitários. Para apreensão deste conceito é necessário a definição anterior sobre de que rede se está falando. Descrições estruturais ou quantitativas impedem ou dificultam a visualização e mediação das relações cotidianas tendendo a reproduzir relações autoritárias quer seja entre trabalhadores de saúde e usuários, quer entre trabalhadores e gestão.

Para os estudos de Lacerda e Valla, os conceitos construídos no seio do Movimento Anti-utilitarista das Ciências Sociais – MAUSS são fundamentais para a compreensão de redes e do funcionamento do apoio social. A contribuição que a teoria da dádiva de Marcel Mauss empresta para se pensar redes e apoio social é do entendimento de que as relações integram um complexo sistema simbólico de trocas, um sistema tríadico de dar-receber e retribuir. Este movimento permite entender e sustentar as teorias atuais sobre a determinação social da saúde

levando-se em conta a qualidade dos vínculos e a possibilidade de mediação de conflitos entre os atores sociais, fortalecendo-os. As trocas simbólicas assim pensadas e construídas quando ocorrem ajudam a construir um sistema de reconhecimento e responsabilidade que ultrapassa as relações interpessoais, inclusive nas somas de seus fatores.

#### **1.4 Práticas Integrativas Complementares e o SUS Municipal em Recife**

A política aqui estudada se torna possível graças a uma conjunção de fatores favorável presente no território de Recife e da Saúde Coletiva brasileira, em especial no campo das ciências sociais e saúde. A capital pernambucana experimenta, hoje, os tensionamentos oferecidos por um modelo de gestão centrado nas pessoas. O Modelo em Defesa da Vida tem a noção de democracia participativa como tese instituinte central das práticas de gestão, leia-se neste caso, co-gestão. Esta noção idealiza, elege como imagem objetivo um sistema de saúde cuidador, para o que se faz necessário a democratização das relações de gestão e de trabalho. É aí que se encontra a nossa aposta, na análise de redes do cotidiano dos serviços como mecanismo/dispositivo de apoio a tomada de decisões, de fortalecimento das rodas de mediação e pactuação dos contratos coletivos de trabalho/cuidado.

Entre os diversos dispositivos propostos para a implementação deste modelo de atenção consta a incorporação das práticas integrativas no cotidiano do sistema municipal de saúde. Espera-se com isso potencializar as medidas de ampliação da clínica e o fortalecimento das iniciativas de humanização da saúde. É sobre as práticas integrativas que repousa nosso olhar mais específico. Pela capacidade, descrita na literatura, destas práticas em constituir ou oferecer apoio social. Na experiência analisada, estas práticas são vistas no conjunto de propostas de consolidação das relações de rede entre os serviços de saúde. Apoiando-se sobre as pesquisas avaliativas debruçamo-nos sobre a produção da sociologia sobre redes sociais para analisar as redes de serviços e esperamos assim contribuir com a produção de conhecimento em saúde e com o desenvolvimento de práticas e políticas de saúde.

O Recife, capital de Pernambuco, é uma das cidades mais antigas do país. Fundada em 1537 é uma cidade marcada por desigualdades sociais desde a sua origem. Atualmente reconhecida como metrópole regional é a maior região metropolitana do nordeste do Brasil. Sua população é de 1.536.934 habitantes segundo o censo do IBGE (2010). Porém a região metropolitana da qual faz parte possui 14 município e é a terceira maior aglomeração urbana do país. Seu sistema de saúde tem origem com as primeiras ações de saúde pública do país. Desde o campanhismo do início do século XX até o desenvolvimento do segundo maior parque hospitalar do país no final do século, Recife fez parte da política nacional de saúde como um centro de formação, pesquisas e desenvolvimento tecnológico. Conseguiu a contento acompanhar o desenvolvimento dos grandes centros do país e do mundo na incorporação de tecnologia ligadas às intervenções biomédicas.

Ao final do período da ditadura o projeto neo-liberal que governava a cidade compreendia a política de saúde como uma política minimalista, distante dos princípios e diretrizes do SUS. Os governos formados pelas elites de Recife e pelos políticos que aceitaram compor com os militares os governos que deram sustentabilidade ao golpe militar e a subsequente ditadura, tinham para a cidade um projeto totalmente privado com investimentos públicos na construção do pólo médico do Recife.

A política de saúde segundo as diretrizes de descentralização, hierarquização e participação popular no Recife têm início na primeira década do século XXI. Reflexo disto é o padrão de investimentos em saúde do tesouro municipal que situava-se em torno de 5% (analisado a seguir). Para o enfrentamento deste modelo assistencial e projeto de sociedade a primeira escolha foi pela expansão da rede assistencial especialmente da rede de atenção primária a saúde. Recife adotou o modelo proposto pelo Ministério da Saúde aumentando em quase 1000% a cobertura assistencial da atenção primária. Isto fez despencar alguns indicadores epidemiológicos vergonhosos que persistiam até menos de 10 anos. As prioridades da política de saúde foram definidas com forte embasamento sob a ótica da epidemiologia social. Hanseníase, tuberculose, filariose, dengue foram definidos como prioridade a partir de conceitos epidemiológicos como vulnerabilidade e

magnitude. Mas que convivem com as doenças crônico-degenerativas e com as neoplasias. Uma das referências da política municipal de saúde do Recife é a criação do programa Academia da Cidade com academias ao ar livre e que contam com professores de educação física promovendo atividade física e hábitos de vida saudável numa das mais bem sucedidas experiências de promoção de saúde do país. Outro avanço reconhecido na política de saúde foi empreendido na atenção à saúde mental. No início da reformulação do modelo assistencial o Recife contava com uma ampla rede de serviços privados de internação psiquiátrica que foi paulatinamente sendo substituída pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e hoje possui uma das maiores redes substitutivas do país.

A superposição destes problemas numa população em grande vulnerabilidade social é parte da justificativa da criação da UCIS Guilherme Abath. Porém ao final do processo de expansão o sistema municipal de saúde apresentava os problemas inerentes ao modelo de atenção que organiza verticalmente a relação entre serviços e equipes. Os equipamentos sociais se comunicavam por meios administrativos ou burocráticos, as pessoas são representadas por números com repercussões sobre o modo de se fazer saúde, no cuidado.

A partir de 2009 a gestão que dá continuidade ao projeto de reforma do sistema municipal de saúde reduz o ritmo de expansão de serviços e passa a propor o aprimoramento e a qualificação da rede instalada. As diretrizes de gestão passam a ser as de qualificar as relações entre serviços e equipes, o acesso aos serviços e, por conseguinte, a ampliação da clínica. Os mecanismos adotados são os descritores do Modelo em Defesa da Vida que passa a ser a marca da gestão municipal. Acolhimento, apoio matricial e apoio institucional, projetos terapêuticos singulares são dispositivos de implantação do modelo e de qualificação das relações em rede.

É neste momento que as práticas integrativas e complementares assumem um papel instituinte no modelo de atenção da cidade. A experiência de uma unidade de cuidados integrais mostrava para toda a cidade a potência que as práticas integrativas possuem no enfrentamento das doenças que não cediam facilmente as primeiras iniciativas de reorientação do modelo. Mais que isso, o nível de satisfação

dos usuários e dos trabalhadores também ofereciam perspectivas práticas de como aproximar-se do ideal de um sistema de saúde cuidador. Estes elementos micropolíticos de uma política de saúde são de difícil percepção pelos modelos avaliativos em uso na atualidade e constituem um dos objetivos deste estudo.

No período analisado as práticas integrativas e complementares passam a compor um conjunto de iniciativas de construção do modelo de atenção, deixam portanto, de constituir uma experiência bem sucedida de um serviço de saúde para encarar o desafio de permear todo o sistema tensionando os instituintes da clínica praticada nos serviços a partir da atenção primária. Esta perspectiva nova impõe dois desafios a priori. Em primeiro lugar reformular os fluxos assistenciais ampliando as relações do serviço especializado, a UCIS Prof. Guilherme Abath, para um funcionamento em rede. Este desafio implicava uma relação mais solidária deste equipamento com outros, um compartilhamento dos projetos terapêuticos ou de intervenção social, mas, sobretudo relações entre trabalhadores que vão além do aperfeiçoamento de um sistema logístico. O segundo desafio consistiu a implantação dos Núcleos de Apoio em Práticas Integrativas e Complementares, uma experiência pioneira no Brasil, amparada pela política nacional de atenção básica, um desafio que se desdobrava em vários outros avaliados neste estudo. Trabalha as interfaces culturais entre racionalidades como a chinesa nas comunidades da periferia do Recife, fortalecer os vínculos entre as equipes de saúde da família seus usuários e entre estes e a equipe da UCIS Guilherme Abath, e desta forma apoiar a transição do modelo de atenção.

### **1.5 Percorso do Autor**

É importante considerar em caráter introdutório o percurso do autor e suas implicações com o tema. Médico formado na Universidade Federal de Pernambuco UFPE, o pesquisador foi militante do movimento estudantil e reconhece esta militância como de suma importância para sua formação profissional e acadêmica. O movimento estudantil da década de 1990 foi muito criticado por alguns estereótipos como o dos “caras pintadas” que militaram pelo processo de impeachment do ex-presidente Fernando Collor de Melo. Outro estereótipo é o da superficial

partidarização e pragmatismo de alguns setores do movimento que sugeriam uma despolíticação dos estudantes e sua fácil cooptação pela estrutura partidária da recente democracia brasileira. Porém, especificamente no movimento estudantil de medicina, o autor foi co-partícipe de várias rupturas na forma de se entender e fazer política estudantil. É fato que o crescente individualismo e a degradação das redes sociais de apoio (o que veio a se tornar um dos objetos de estudo deste trabalho) produziram um ambiente universitário de aparente desmobilização. Muito se deve a todos os movimentos coercitivos dos trinta anos de ditadura que acabavam de se encerrar no final dos anos 1980. É justamente no final desta década que o movimento estudantil de medicina se reorganiza em articulação com outros movimentos sociais inseridos no movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Sem distanciar-se ou desconsiderar as questões macro-estruturais do neoliberalismo imposto pelas elites à incipiente organização democrática nacional, os estudantes buscam uma agenda positiva na construção da política pública de saúde. Esta agenda possui em interface com o cotidiano opressor dos estudantes de medicina submetidos a um modelo pedagógico desumanizante e autoritário. Assim a militância na Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina – DENEM é por muitos atuais ex-militantes reconhecida como uma escola.

Os que militaram na década de 1990 conseguiram através de um movimento reconhecidamente institucionalista intervir na política de suas instituições de ensino e articulados com outros atores sociais desencadear um movimento de reforma do ensino da medicina. Porém ainda se formaram no modelo flexneriano, sem oportunidades de conhecer outras possibilidades para o entendimento e/ou intervenção nos processos de saúde e doença. Esta experiência o autor vai buscar na segunda residência médica e no Rio Grande do Sul. A primeira experiência com a pós-graduação lato sensu teria sido a continuidade e acentuação do desconforto de acreditar na construção de um caminho de mudança percorrido solitariamente. A formação em ginecologia e obstetrícia, que se acreditava ser mais integral pelo mito de ser o ginecologista o médico da mulher se mostrava como uma especialização em útero, vulva, vagina e mamas. Ainda pior um adestramento para um comportamento de aceitação e tolerância com a dor do outro, no caso da outra. As recorrentes situações de assujeitamento e humilhação às quais foi obrigado a assistir e participar acentuaram a indignação e revolta contra a medicina capitalista e

seus desdobramentos.

A residência de medicina de família e comunidade foi a retomada do processo de militância o reencontro com os coletivos organizados e a descoberta de um governo popular possível em Porto Alegre. Além de toda a rede de profissionais e estudiosos engajados na construção do SUS, Porto Alegre vivia os tempos de um governo de radicais transformações em diversos setores da política pública. Educação, transporte, segurança, orçamento participativo, cultura, juventude, o que fazia de qualquer política pública uma experiência radical de cidadania e participação popular. Não foi a toa que sediou os 3 primeiros Fóruns Social Mundial - FSM.

A experiência no sul do país também foi marcada pela transição nos dois governos: estadual e federal. Em 2002, na mesma eleição em que Lula foi eleito pela primeira vez presidente do Brasil o PT perdia a eleição estadual no Rio Grande do Sul. O foco da ação institucional passa ser de resistência ao desmantelamento da política construída e a perspectiva de construção do governo federal. No âmbito local foi o tempo de radicalizar a experiência nos movimentos sociais do campo e da cidade que tinham como pauta a luta pelo direito à saúde. Isto viria complementar a formação em Medicina de Família que trabalhava um clínica integral porém em um ambiente totalmente institucionalizado. Foi o tempo da militância na rede de educação popular e saúde e nos movimentos que integraram a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação na Saúde – ANEPS.

Na montagem do Ministério da Saúde - MS do primeiro governo Lula empreendeu uma reforma organizacional cujo um dos principais avanços foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. Esta secretaria integrava as políticas setoriais de educação e do trabalho entre si e davam às mesmas, lugar de destaque dentre as ações do MS. A coordenação técnico-política da SGTES coube a Maria Luiza Jaeger, ex-secretária de saúde do Rio Grande do Sul. O eixo principal da política de educação e do trabalho estava na descentralização das ações com empoderamento dos atores locais, visando a superação da relação vertical imposta por programas e editais. Um dos componente inovadores da política de educação na saúde foi a área de Educação Popular e Saúde para a qual o autor foi consultor. Herdeira dos antigos programas de

formação de conselheiros de saúde e, agora, encarregada de ser a tensionadora dos movimentos de mudança da formação profissional a Coordenação Geral de Práticas Populares de Educação na Saúde se propunha a incluir os movimentos sociais nas rodas de educação permanente. O trabalho como consultor levou o pesquisador ao seio dos movimentos sociais, inicialmente dentro de uma iniciativa de pesquisa articulada com outros pesquisadores brasileiros e posteriormente como articulador/apoiador institucional. Como muitos dos militantes de esquerda que viveram este momento, a transição do lugar de movimento social para a posição de governo foi muito intensa e repleta de contradições. Por ser um dos poucos médicos da equipe e pela organização matricial do Departamento de Gestão da Educação na Saúde foi preciso atender à outras áreas como a de residência médica e hospitais universitários.

Neste percurso, o interesse pelo convívio e pelas contribuições que as práticas populares de saúde podiam oferecer ao SUS às lutas pelo direito humano à saúde sempre esteve entre as inquietações mais presentes no cotidiano do trabalho e nas reflexões teóricas. Porém, dois momentos guardam grande associação com o tema desta pesquisa e podem ser entendidos como os primeiros passos deste processo de investigação. A participação na comissão que viria a escrever a PNPIC e a coordenação da delegação do MS no 5º FSM.

Na comissão das PIC teve a dupla incumbência de contribuir com o planejamento das ações de educação permanente e continuada e de representante dos movimentos populares na comissão. Esta vivência foi de suma importância para as discussões sobre os resultados deste estudo e a relação entre os entes federados, entidades associativas e os movimentos sociais na produção da política.

A coordenação da delegação oficial do MS no Fórum propiciou a vivência na Casa Civil da Presidência da República, onde se reuniam todos os representantes dos ministérios da área social. Uma das poucas experiências de articulação intersetorial nesta passagem por Brasília. Mas a mais significativas das vivências foi a da participação como médico, militante e representante do governo na elaboração, construção e execução do Espaço de Saúde e Cultura – Ernesto Che Guevara. O primeiro de muitos dos espaços alternativos que o sucederam em congressos como

os da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (Tenda Paulo Freire). O espaço Che foi uma experiência auto-gestionada de oferecer aos 30 mil acampados do FSM uma atenção integral à saúde construída a partir do convívio entre a medicina (e outras profissões) biomédica e as práticas alternativas ou populares. Ao todo foram 52 ônibus com militantes dos movimentos sociais articulados pelas ANEPS que, custeado pelo MS, foram ao FSM oferecer suas práticas e construir outra saúde possível. O espaço também se propunha a ser um espaço cultural da saúde, uma forma de abrigar os debates políticos sobre, por exemplo, a saúde das populações em situação de grande vulnerabilidade como as guerras étnicas da África, a saúde da população negra, ou a descriminalização das drogas. Encontros ecumênicos como a saudação ao Sol ou os ritos de danças circulares executados em rodas de mais de 200 pessoas. Neste cenário os terapeutas eram convidados a responder duas perguntas para participarem das discussões. Como as práticas alternativas podem ajudar a desconstruir o modelo biomédico hegemônico? E como as práticas se inserem nos sistemas nacionais de saúde?

Estas perguntas renovam sua pertinência e são parte da delimitação do objeto deste estudo.

## Capítulo 2 – A pesquisa

### 2.1 Aspectos metodológicos da pesquisa como incubação

Segundo Minayo, a metodologia inclui a articulação entre a teoria, os métodos e as técnicas empregados na investigação da pesquisa. Portanto a escolha destes últimos deve estar em consonância com o objeto de investigação e responder aos pressupostos teóricos que fundamentam as noções de ciência e da pesquisa. Fazemos aqui uma opção por uma metodologia qualitativa que atente para aspectos subjetivos e simbólicos presentes no cotidiano das práticas de saúde.

Para responder aos objetivos propostos nos apoiamos no referencial teórico metodológico da saúde coletiva e da sociologia, com especial interesse na interface entre os distintos campos de saber. Utilizamos uma metodologia qualitativa concebida com esta especial finalidade, a de analisar redes do cotidiano. Partindo de uma crítica à ciência social de enfoque utilitarista, Martins sugere um método de pesquisa de orientação fenomenológica e hermenêutica para “desconstruir a superfície da vida comum, visando expor os planos de organização das intersubjetividades”. Diante do desafio de estudar os movimentos de integração entre diferentes serviços, feitos por diferentes trabalhadores, entre e si, e destes com seus respectivos usuários, parece-nos adequado a escolha da Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano em Saúde (MARES), como estratégia metodológica para este estudo.

A concepção anti-utilitarista se organiza a partir da produção de Marcel Mauss, antropólogo e sociólogo francês que nas primeiras décadas do século XX propôs a teoria da dádiva. Estudando os movimentos que levam aos agrupamentos humanos arcaicos, sugere uma tríade de relações de dar, receber e retribuir como princípio de relações humanas que constituem as sociedades. Releituras contemporâneas enxergam estes movimentos presentes nas sociedades complexas do século XXI, movimentos que contrariam a ordem hegemônica instituída pelo mercantilismo, pelas relações de troca marcadas por relações utilitaristas unidirecionadas de dar e receber. As implicações disto, que para Callier (1998) constitui o único paradigma

sociológico aceitável, para a pesquisa social são várias e compõem, por si, o itinerário de pesquisa aqui proposto. Porém de antemão podemos firmar compromisso com alguns pressupostos ético-políticos como o da relação entre os sujeitos envolvidos na produção coletiva do conhecimento. Estamos falando de uma relação solidária entre o ato de pesquisar e a ação social cotidiana. Nesta perspectiva consideramos todos os envolvidos no processo como sujeitos da pesquisa, e também, fazemos opção por uma comprometida com a construção da integralidade na saúde e de relações humanas mais solidárias. Como explicita Martins:

A MARES é uma metodologia de base qualitativa que busca resgatar a complexidade simbólica das práticas sociais articuladas em sistemas interativos sobrepostos que articulam as regiões da afetividade, da moral, do direito, da associação espontânea e da co-responsabilidade na esfera pública. Esta metodologia encerra uma reação sociológica e normativa contra as estratégias reducionistas e utilitaristas levadas adiante por teorias como as do *network analysis*, que reduzem a análise das práticas a alguns modelos analíticos legitimados em indicadores superficiais como os de tamanho e densidade, que não respondem, em absoluto, à complexidade dos sistemas de trocas e relacionamentos, sobretudo nas esferas do mundo da vida. (MARTINS, 2009, p. 62)

Por seu fundamento fenomenológico e hermenêutico-dialético, o método utilizado parte do pressuposto que todos os indivíduos envolvidos na pesquisa são sujeitos do processo complexo de produção de conhecimento implicado. Entretanto nos cabe elucidar alguns elementos novos para o presente estudo. As pesquisas, que elencamos no processo de construção do referencial teórico, apoiam este desenho metodológico foram pesquisas avaliativas em saúde com enfoque no usuário. Escolha que nos parece acertada em dois aspectos. O primeiro ético-político da opção de mundo do fazer ciência, das escolhas por um conhecimento vivo e implicado com o fazer saúde e com o ser humano. O segundo pela capacidade que deriva deste primeiro em assim produzir cidadania. Mas precisamos destacar que todos os desenhos metodológicos que até o presente estudamos, entende usuário e trabalhador como entes distintos, mesmo que para efeitos teóricos. No estudo proposto prevemos uma adaptação face ao desenho de gestão que se pretende estudar.

Os apoiadores, supostos agentes mediadores da ampliação da clínica no modelo assistencial proposto, são cidadãos cujo trabalho possui um usuário direto e um

usuário intermediário que são outros trabalhadores de saúde. Portanto nossas etapas investigativas contemplam um passo a mais, um outro nó da rede social que se estabelece por dentro da política de saúde e dos serviços. Isto nos parece corroborar com o desafio proposto pelo autor proponente do método em qualificar a rede de usuários como um sistema diferente da rede de cidadãos. Esta diferença repousa nas variações de cidadania interpostas entre o estado a sociedade civil, e o mundo da vida. Portanto, ao nos debruçarmos sobre o caso em questão, consideramos também aspectos de uma pesquisa participante visando o processo de formação e educação permanente dos profissionais. Expandimos o olhar sobre as redes buscando apreender os movimentos de circulação de dívida presentes nos atos de gestão do sistema de saúde e dos diversos processos de trabalho/cuidado que permeiam os atos normativos.

O campo de pesquisa é a rede municipal de saúde do Recife e os sujeitos integram duas categorias. Profissionais da equipe do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas, apoiadores matriciais em práticas integrativas, e os trabalhadores das equipes de saúde da família atendidas por este núcleo. O objeto central de análise é o dispositivo do apoio matricial desenvolvido pelo NAPI e sua capacidade de produzir de redes de apoio social. Portanto é imprescindível considerar, dentro de uma perspectiva sócio-histórica, a política de saúde em âmbito municipal, assim como em âmbito nacional. Há que se considerar os precedentes políticos institucionais desta política, mas o foco da análise está nas relações entre trabalhadores que fazem esta política, sua relação com a cidade, com os usuários e movimentos sociais da saúde.

## **2.2 Objetivos**

### **Geral**

- Avaliar a política municipal de práticas integrativas e complementares no período de 2010 a 2011.

## Específicos

- Analisar o impacto dos Núcleos de Apoio em Práticas Integrativas e Complementares no cotidiano dos serviços de saúde;
- Avaliar a contribuição das práticas integrativas para a construção do modelo assistencial.

Assim procedemos a uma primeira etapa de observação participante definida por Schwartz & Schwartz como:

[...] um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (SCHWARTZ & SCHWARTZ, 1955 apud MINAYO, 1999 p. 135)

Dentre as perspectivas possíveis para este método seguimos a mesma orientação filosófica proposta pela MARES, de fundamento fenomenológico e hermenêutico-dialético. O pesquisador se apresenta na condição de participante total na classificação proposta por Raymond Gold (MINAYO, 1999. p 141). Desta forma:

[...] o pesquisador, no trabalho de campo que inclui a observação participante, está mais livre de prejuízos uma vez que não é, necessariamente, prisioneiro de um instrumento de coleta de dados ou de hipóteses testadas antes, e não durante o processo de pesquisa. A fluidez da própria observação participante concede ao pesquisador a possibilidade de usufruir ao mesmo tempo de dados que os 'surveys' proporcionam e de uma outra abordagem não estruturada. Na medida em que convive com o grupo, o observador pode retirar de seu roteiro questões que percebe como irrelevantes; consegue também compreender aspectos que se explicitam aos poucos, e que o pesquisador que trabalha exclusivamente com questionários certamente desconheceria. A observação participante ajuda, portanto, a vincular os fatos a suas representações e as contradições vivenciadas no próprio cotidiano do grupo. (DENZIN, 1973, apud MINAYO, 1999, p. 146)

O projeto de pesquisa intervenção contempla a incorporação de instrumentos de pesquisa no cotidiano da gestão, um processo que vimos chamando de incubação.

O pesquisador se propõe a estudar a realidade experimentada, mas guarda certo distanciamento na escrita. A imanência da condição de pesquisador e gestor, professor e colega de trabalho pode produzir certa confusão para quem lê os

resultados apontados, por isso o uso da terceira pessoa. Os resultados descritos são fruto da vivência de um dos sujeitos da pesquisa. Mas podem ser entendidos como uma produção coletiva de um grupo de trabalhadores por este autor publicizados.

Os Grupos Focais analisados foram realizados pela coordenação da PMPIC e da UCIS em dois momentos com cada grupo de trabalhadores (NAPI e PSF). O diálogo foi gravado para posterior transcrição, para o que foi solicitado consentimento livre e esclarecido conforme termo anexo. Os únicos riscos relacionados com a participação na pesquisa foram a possibilidade de constrangimento durante os grupos focais e as entrevistas, estão relacionados no termo de consentimento. Após a sistematização e análise do material deve-se proceder a devolutiva ao grupo e respectivo registro. Os dados utilizados na pesquisa são considerados secundários por serem obtidos a partir dos instrumentos de avaliação utilizados pela gestão para o que também foi concedida autorização formal.

Também são dados secundários as informações obtidas através da pesquisa documental que subsidiaram análises quali-quantitativas apresentados no quadro a seguir:

**Tabela 1 – Documentos selecionados para análise documental**

Publicações	Documentos
Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares PMNPC (resumo executivo) – MS, 2005	Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008
Atlas da Cidade do Recife	Estratégia da OMS sobre a medicina tradicional 2002-2005
Plano Municipal de Saúde 2006-2009, 2009-2011, 2012-2013.	Portaria GM/MS N° 971 de 3 de maio de 2006 (PNPIC)
	Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, – Regulamentação da Lei 8.080
	Decreto nº 5813 (Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos)
	Portaria MS/GM N° 648, de 28 de março de 2006 - PNAB 2006 – Pacto pela Saúde – Política de Atenção Básica
	Portaria MS/GM N° 2.488, de 21 de outubro de 2011- PNAB 2011 – Nova política de atenção básica
	Portaria GM/MS N° 154 de 24 de janeiro de 2008 – Criação do NASF

### **2.3 Incubação: MARES como instrumento de avaliação institucional**

Ao descrever a MARES, Martins sugere ainda alguns princípios a serem observados ao se eleger o usuário (nesta caso trabalhador) como ponto de partida para se discutir o impacto da ação pública sobre as redes do cotidiano, quais sejam:

1 – A perspectiva fenomenológica se cruza com uma compreensão formal de sistemas complexos para configurar o conjunto de variáveis que interferem nas práticas sociais.

2 – As redes sociais de usuário são construídas sempre nos espaços públicos situados entre sistemas e experiências.

3 – As redes de relacionamentos se articulam por mediadores humanos e não humanos.

4 – As redes sociais e comunitárias interativas podem constituir recursos importantes para se conceber novos critérios e indicadores de avaliação dessas políticas públicas.

Tendo estes princípios como horizonte, seguimos as orientações operacionais que se dividem em dois métodos.

Primeiro Método (M1): Mapeando as Redes de Crenças e Horizontes na Saúde.

Neste momento nos interessa apreender as representações do trabalhador acerca dos determinantes micro e macrosociológicos de sua saúde. Especificamente para este estudo sairemos do plano macrossocial sobre as condições de integralidade da saúde para a atenção primária e as inserções das práticas integrativas na rede de serviços.

Segundo Momento (M2): Mapeando a Rede de Conflitos e Mediações da Pessoa.

Nesta etapa nosso objetivo é detectar o modo como o usuário vem enfrentando estes problemas, a quem ou a que recorre para mediar tais conflitos e construir pactos de solidariedade. Também se divide em outras duas etapas:

- a – mapa de identificação de problemas da rede da pessoa
- b – análise coletiva do mapa da pessoa

Estas etapas devem ser realizadas através de grupos focais com os trabalhadores do NAPI e do PSF, e entrevistas com os usuários.

A observação participante, assim como os grupos focais, deve buscar estudar e dialogar os movimentos de circulação de dádiva, as sociabilidades primárias e secundárias, sentidos de interesse e desinteresse, experiência de reconhecimento e desconhecimentos como partes de um sistema simbólico complexo na determinação social da saúde. Foi realizada, na UCIS e em outros serviços atendidos pelo NAPI, assim como em espaços de gestão. Isto equivale ao que sugere Martins como os espaços ideais para aplicação das entrevistas semi-estruturadas de exploração (em comunidade em espaços públicos ou nas próprias residências dos usuários).

## **2.4 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE de acordo com as exigências da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Apesar de se tratarem de dados secundários os trabalhadores que participaram dos grupos focais foram consultados e puderam se recusar a participar da pesquisa em qualquer momento. A observação participante e a análise documental foram autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Recife e discutidos nas reuniões técnicas da UCIS e do NAPI.

## Capítulo 3 – Resultados

Para atender ao primeiro objetivo proposto neste trabalho utilizaremos as observações anotadas no diário de campo do pesquisador, análise de documentos oficiais da política de saúde e informações sobre os serviços municipais de saúde do Recife obtidas por consulta direta ou por bases de dados públicas. Inicialmente apresentaremos a PMPIC – Recife no contexto de implantação do MDV. Em seguida discutiremos o processo de incubação, o uso da MARES como ferramenta para operar a gestão do cuidado a partir dos processos avaliativos centrados nos trabalhadores e usuários.

### 3.1 A Evolução da Política Municipal de Saúde

Como citamos anteriormente, Santos (2010) dedicou-se a estudar a Política Municipal de Saúde do Recife sob a lente da análise de políticas públicas. Com base em um estudo sistemático sobre o referencial teórico-conceitual deste campo de pesquisa o autor conclui que a política municipal com relação às práticas integrativas, no período estudado, restringiu-se a criação da UCIS – Guilherme Abath. Os métodos utilizados são a análise de políticas de saúde de Walt e Gilson (1994; apud SANTOS) e Araújo (2000; apud SANTOS). As categorias de análise foram macro-contexto (político, econômico e social), micro-contexto (política setorial, finanças e serviços de saúde), conteúdo (programas, projetos, propostas e objetivos), processo onde o método para análise foi o ciclo da política de Viana (2008) e Kingdon (1995) (entrada na agenda, formulação, implantação e avaliação) e atores (individuais e institucionais). Com isso conclui:

Outro fator importante para o sucesso da política é um arcabouço jurídico institucional fixado em bases firmes e suportado por uma retaguarda que lhe garanta financiamento, avaliação e retroalimentação da política. O que não foi encontrado na política de PIC no Recife, pois houve apenas a criação de um serviço, que acabou por personificar as PIC no município e isso se deu, em parte, por uma falta de institucionalização e normatização firme, o que fragilizou a inserção das práticas no serviço público municipal, principalmente após a saída de alguns atores chaves do cenário da gestão de saúde pública da cidade. Alguns fatores podem ser apontados como

prováveis para que isso acontecesse, entre eles: a ausência de prioridade dada à política, com isso, a sua saída da agenda da secretaria municipal de saúde, devido a questões como ausência de regulamentação de algumas profissões, precariedade de vínculos empregatícios e falta de incorporação do discurso das práticas por parte da sociedade. (SANTOS, F., 2010, p. 110)

Apesar de citar no seu processo metodológico o autor não estabelece relações entre o contexto macro-político institucional e as adversidades para a gestão municipal. Exceto pelo momento em que trata do subfinanciamento federal nos gastos com a saúde no município do Recife, o pesquisador atribui majoritariamente a gestão municipal a capacidade de formular, implantar e, sobretudo, sustentar uma política sem anteparo dos outros entes federados ou de possíveis parceiros na região de saúde. A nosso ver, falta à análise empreendida considerar em todo o período analisado a ausência do ente estadual na política de atenção básica, assim como na política setorial de práticas integrativas. O período da pesquisa é concomitante à virada no modelo assistencial do Governo do Estado com a implantação, apenas na Região Metropolitana de 3 novos hospitais e 7 Unidades de Pronto Atendimento, o que interfere diretamente nas ações de saúde em todo os níveis hierárquicos do sistema.

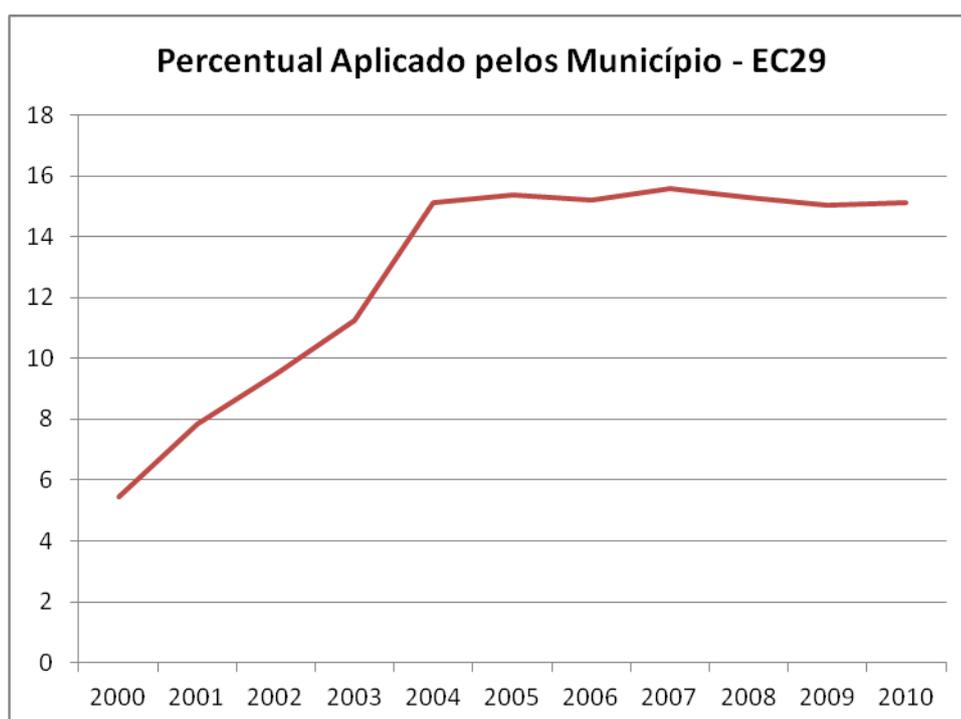
Mas nosso objetivo não é dar continuidade a análise neste prisma. Tão pouco o de contradizer as afirmações do autor. A partir das contribuições de Paulo Henrique Martins sobre a desumanização da medicina, analisar uma política que aposta na co-gestão de coletivos, na produção de autonomia e de cooperação entre trabalhadores e usuários como caminho para a democratização e para a cidadania (CAMPOS, 2000).

Nosso olhar se vale das contribuições da sociologia e dos estudos anti-utilitaristas das ciências sociais para analisar as redes sociais que se estabelecem a partir das relações entre os atores envolvidos no cotidiano da política.

Contudo, a priori, faz-se necessário descrever aspectos da política municipal no período justamente posterior ao estudo supracitado. Cabe salientar que Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares é assim denominada por Santos por ocasião de seu projeto de pesquisa. A gestão municipal só incorpora esta dimensão ao seu discurso posteriormente ao período estudado pelo autor. Mas

concordamos com a necessidade de uma institucionalização e reconhecimento público que deve se dá com a publicação da PMPIC por meio de adequado instrumento legal posteriormente a publicação deste estudo.

Partindo de um parâmetro macroeconômico importante para análise de investimentos em saúde que é o percentual de investimento da arrecadação municipal em saúde estabelecido pela Emenda Constitucional 29. O Recife apresenta na série histórica um significativo crescimento partindo de ínfimos 5,45% no ano de 2000 para o patamar mínimo estabelecido pela emenda de 15% em quatro anos. Porém ao atingir este patamar o Recife interrompe a tendência de aumento do investimento próprio em saúde e mantém-se oscilando entre 15,03% e 15,37%.



**Gráfico 1- Evolução do investimento em saúde segundo a EC 29. Fonte SIOPS/DATASUS.**

Ainda no plano macro-político e econômico a eleição do prefeito João da Costa se deu quase que concomitante à crise financeira mundial causada pela bolha especulativa das agências de crédito imobiliário norte-americanas. No Brasil, as conseqüências foram mais bem absorvidas que em outros países do mundo face às grandes reservas produzidas pelo superávit primário impostos pelos governos anteriores, e pelas iniciativas empreendidas pelo governo brasileiro em desonerar

alguns setores da economia de impostos para incentivar o consumo interno e a produção. Os setores desonerados foram os da indústria automobilística, da chamada linha branca (eletrodomésticos, fogões e geladeiras) e da construção civil. O mecanismo fiscal utilizado foi à redução da alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados, componente do Fundo de Participação dos Municípios. O FPM integra o orçamento municipal e o montante de recursos próprios disponíveis para investimento na área social. O primeiro ano da gestão João da Costa, 2009, é marcado pelos impactos desta crise financeira. Soma-se a isto, a opção política da gestão municipal de não utilizar mecanismos considerados de terceirização para algumas funções públicas especialmente no que tange a gestão de pessoas, ou recursos humanos. Assim, Recife entra na segunda década do século XXI como umas das únicas capitais do país que tem todos os seus trabalhadores de saúde contratados como funcionários públicos estatutários. Os impactos desta opção ainda estão sendo analisados por outros pesquisadores, mas seguramente ela limitou a capacidade própria de investimento do município, chegando a afetar inclusive ações de custeio e manutenção da rede instalada.

**Tabela 2 – Evolução do FPM do município do Recife 2008-2011. Brasil, 2012.**

<b>ANO</b>	<b>FPM</b>	<b>Evolução %</b>
2008	<b>245.092.069,35</b>	
2009	<b>228.614.348,91</b>	-6,72307369
2010	<b>250.414.741,47</b>	9,535881131
2011	<b>311.519.777,25</b>	24,401533

Ao final do período de análise (ano de 2010) a capital pernambucana configura no penúltimo lugar de investimento próprio em saúde no comparativo entre as demais capitais do país conforme a tabela a seguir.

Tabela 3 – Percentual de investimento próprio em saúde das capitais brasileiras. Fonte SIOP/DATASUS

2010					
Município	%aplicado	Ranking	Município	%aplicado	Ranking
Teresina	30,7	1	São Paulo	18,32	14
Campo Grande	26,47	2	Macapá	18,18	15
São Luís	25,17	3	João Pessoa	17,36	16
Fortaleza	22,74	4	Maceió	17,32	17
Cuiabá	21,71	5	Palmas	17,31	18
Boa Vista	20,85	6	Aracaju	17,01	19
Natal	20,08	7	Rio de Janeiro	16,91	20
Belo Horizonte	19,73	8	Curitiba	16,42	21
Porto Alegre	19,56	9	Porto Velho	16,3	22
Manaus	19,5	10	Vitória	15,38	23
Florianópolis	19,07	11	Rio Branco	15,32	24
Belém	18,9	12	Recife	15,12	25
Goiânia	18,86	13	Salvador	10,59	26

As análises macroeconômicas dos investimentos em saúde são um campo bastante complexo e com muitas variáveis. Não julgamos suficientes os dados apresentados para imprimir um juízo de valor às prioridades da gestão municipal. Porém podemos sugerir que apesar do Recife configurar-se com a segunda pior capital em termos de investimentos próprios no SUS têm ampliado os investimentos em práticas integrativas. Este argumento sugere que a gestão municipal do Recife vem conseguindo manter, do ponto vista econômico, as práticas integrativas como parte de seu modelo assistencial.

Com isso a opção anunciada pela secretaria municipal de saúde foi a de qualificação da rede e ampliação de novos serviços. Nas ações empreendidas e no discurso anunciada a SMS Recife passa a adotar o Modelo em Defesa da Vida no lugar do Modelo de Vigilância em Saúde. Passa a considerar questões como o acolhimento aos usuários nas unidades de saúde, a construção de projetos terapêuticos singulares, apoio matricial e institucional como dispositivos de co-gestão de coletivos, descrito como método Paidéia. Como veremos nos relatos encontrados a gestão municipal passa a observar também aspectos micro-políticos da produção dos atos em saúde, isto dentro de uma aposta de que processos institucionais

democratizantes produzem práticas de saúde mais cuidadosos.

### **3.2 Ampliação da Política Municipal de Práticas Integrativas**

Neste contexto, a política de práticas integrativas é reformulada. Os princípios desta reformulação já são descritos pelo trabalho de Santos. Nosso objetivo é analisar os aspectos sociológicos, porém de uma sociologia que se aproxima da psicologia e da ciência política como descrevem Campos, (2000) e Caillé, (2008). A partir da observação participante que empreendemos podemos identificar 3 três estratégias principais de ampliação da política municipal no Modelo em Defesa da Vida. A primeira consiste na criação do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas – NAPI, inspirado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o NAPI concentra profissionais de práticas integrativas em um núcleo de apoio como o NASF. A segunda estratégia consiste no estabelecimento da Coordenação da Política na Unidade de Referência, no caso a UCIS Guilherme Abath. A terceira consiste em produzir fluxos e relações entre os serviços municipais, adequando a UCIS ao funcionamento dos outros serviços da rede municipal.

O NAPI foi inicialmente implantado nos distritos 2 e 3, responsáveis por mais da metade da demanda referenciada à UCIS. Foram contratados profissionais das seguintes áreas: acupuntura (1 fisioterapeuta e 1 médica), medicina antroposófica (1 médico), fitoterapia (1 farmacêutica), Tai Chi Chuan (2 instrutores), Yoga (2 instrutoras), nutrição integral (2 nutricionistas e 1 técnica de nutrição), massoterapia e aromaterapia (1 massoterapeuta). Os profissionais foram contratados em regime CLT de 20, 30 e 40h, em contratos temporários. O processo de implantação se deu por pactuação com as equipes de saúde mediante termo de intenção (anexo) apresentado em reuniões das 6 micro-regiões de saúde compreendidas pelos dois distritos sanitários. De acordo com a manifestação de interesse das equipes foram organizadas três modalidades de apoio matricial: o atendimento compartilhado, o apoio a realização de grupos e a realização de cursos. Desta forma foram inicialmente contempladas 47 equipes de saúde da família em 26 unidades de saúde dos dois distritos conforme o quadro abaixo.

**Tabela 4 - Práticas por USF. NAPI Recife. ACU – Acupuntura, ANT – Medicina Antroposófica, BIO – Análise Bioenergética, TAI – Tai Chi Chuan, NUT – Nutrição Integral, FITO – Fitoterapia, MASSO – Massoterapia e aromaterapia.**

DS	MR	USF	ACU	ANT	YOGA	BIO	TAI	NUT	FITO	MASSO
DS II	MR1	CHÃO DE ESTRELA								
		IRMÃ TERESINHA								
		PONTO PARADA								
		CHIÉ								
		ILHA DO JOANEIRO								
		FRANCISCO AREIAS								
	MR2	ALTO DO PASCOAL								
		TIA REGINA								
		BEBERIBE								
		ALTO DO CÉU/PORTO DA MADEIRA								
	MR3	ALTO MARACANÃ								
		ALTO CAPITÃO								
		BIANOR TEODÓSIO								
		CLUBE DOS DELEGADOS								
	DS III	MR1	COR. FORTUNA							
IRMÃ DENISE										
POÇO										
SANTANA										
MR2		JOSÉ BONIFÁCIO								
		MANGABEIRA								
MR3		COR. JENIPAPO								
		COR. BICA								
		PASSARINHO								
		SÍTIO SÃO BRAZ								
		SÍTIO DOS MACACOS								
		STA. TEREZA								

Num primeiro momento a estratégia de implantação do NAPI diferiu do NASF. A oferta de Práticas Integrativas se deu por espontânea adesão, quando o NASF trabalhou com adscrição populacional e de equipe. Enquanto uma equipe do NAPI chega a atender 14 unidades de saúde e mais de vinte equipes o NASF limita-se a fazê-lo para 8 a 10 equipes. Porém, há certa obrigatoriedade em trabalhar com o NASF enquanto que o NAPI se constitui como oferta espontânea, o que analisaremos mais adiante.

A segunda estratégia de ampliação da política de práticas integrativas foi a de estabelecer na gerência da UCIS a coordenação da política. Isto se deu em fevereiro de 2011, e segue uma diretriz da gestão municipal de aproximar os processos de

gestão do cotidiano dos serviços. Esta iniciativa proporcionou que a coordenação da política pudesse operar os dispositivos do modelo junto com os trabalhadores e usuários do principal serviço municipal. Também propiciou maior apropriação por parte da coordenação municipal do universo das práticas, suas racionalidades e modos de operar o cuidado tão específicos. Isto foi favorecido pela existência de apenas um serviço municipal com as características da Guilherme Abath e pelo apoio institucional da Diretoria de Gestão da Atenção à Saúde, sua Gerência de Atenção Básica e pela Diretoria do Distrito Sanitário 2, onde está sediada a UCIS.

Mas, talvez, o maior ganho do estabelecimento da coordenação da política municipal na unidade de referência tenha sido a capacidade desta de operar junto com os trabalhadores os dispositivos do modelo em defesa da vida. Esta foi a terceira estratégia de ampliação e reformulação da política. A qualificação de fluxos de referência e contra-referência por meio da construção de projetos terapêuticos singulares, como propõe Campos, 2000. A qualificação do acolhimento e o trabalho em rede. Também há que se destacar a estratégia de comunicação da UCIS construída no mesmo enfoque e que procurava qualificar as relações institucionais e sociais da UCIS e de seus profissionais com a rede de serviços e de pessoas. Em diversos trechos de seu trabalho, Santos (2010) afirma que as PIC em Recife tiveram uma construção vertical. Citando autores como Sabatier e Mannheim, o pesquisador afirma com precisão que a política de práticas em Recife foi construída no modelo *top-down*. Ele identifica estas características em diversos achados de seu processo de investigação. Primeiro pelas relações de referência e contra-referência da UCIS com outros serviços da rede municipal. Segundo pela fala de profissionais e usuário, e pela leitura de documentos do Conselho Municipal de Saúde que mostra o pouco envolvimento destes atores nas fases de elaboração, implantação e avaliação da política.

A literatura brasileira já caracteriza bem estes procedimentos como partes ou reflexos do modelo de vigilância à saúde Mendes, Campos, Silva Jr., Pinheiro e Luz foram autores brasileiros que se dedicaram a estudar os modelos assistenciais e seus componentes técnicos sociais e políticos. O modelo proposto para o Recife pressupõe estratégias radicais de democracia participativa expressos na diretriz de co-gestão. O primeiro passo da gerência da UCIS na perspectiva de reformulação de

seu modelo de gestão foi a escuta sistemática de todos os profissionais da casa e do NAPI, além de vários usuários e profissionais da rede municipal. Soma-se a isto o fato do atual gerente ter trabalhado como médico de família em uma unidade do Recife, e coordenar um programa de pós-graduação na modalidade de residência médica. Desde 2005, os residentes deste programa realizam um estágio chamado integrativo, na UCIS o que oferece uma aproximação prévia com a problemática.

A escuta aos profissionais empreendida pela gerência da UCIS corresponde com o que encontrou Santos e vai além. Como discutiremos a seguir, as contribuições do pensamento sociológico recente podem apoiar as iniciativas de gestão de diversas formas. Neste caso foram importantes para orientar o olhar da gestão para possíveis sofrimentos relacionados ao trabalho e a vida contemporânea advindos da degeneração dos processos de socialização, no cerne do que está o olhar atento para as redes sociais. Neste caso encontramos um incômodo nos profissionais pelo fato de sentirem seu trabalho pouco reconhecido por outros profissionais e até mesmo pela gestão. Isto se apresenta paradoxalmente ao fato de que os profissionais da UCIS Guilherme Abath mostram uma clara satisfação em trabalhar neste serviço, o que destoia da média dos serviços públicos na região metropolitana do Recife.

A partir do que já fora constatado anteriormente, da escuta dos profissionais e em consonância com as diretrizes do modelo de atenção a gerência da UCIS passa a empreender uma série de iniciativas de construção e requalificação de fluxos de rede entre a UCIS e os outros serviços do SUS na RMR. A primeira iniciativa foi a adoção dos fluxogramas analisadores propostos por Merhy e Franco como dispositivos analíticos do processo de trabalho na UCIS e do itinerário dos pacientes no sistema de saúde. Os fluxogramas foram construídos com os trabalhadores por unidade de produção que congrega as racionalidades próximas em grupos de trabalho com profissionais de NAPI e da UCIS. Os fluxogramas foram apresentados no seminário de acolhimento realizado pela UCIS com técnicos da DGAS, da GAB, do DS 2 e alguns profissionais de saúde da família do distrito como ilustramos a seguir.

A metodologia utilizada no seminário foi a de análise compartilhada dos fluxos

assistenciais para junto com os profissionais da UCIS, do DS e de outras unidades de saúde pensar a qualificação destes. Utilizou-se a metáfora de um rio para ilustrar através da nascente, leito e foz o caminho que o usuário percorre na rede de serviços. Como nascentes os participantes foram convidados a encenar, dramatizar situações de acolhimento (ou desacolhimento) vivenciadas na vida cotidiana. A partir das discussões nos grupos os conceitos de acolhimento, vínculo e responsabilização foram problematizados. Foi utilizada a cartilha de acolhimento da SMS e textos complementares como material de apoio.

O leito do rio foi representado pelos fluxogramas analisadores a partir da discussão de uma caso clínico de uma paciente atendida pelo NAPI junto à uma equipe de saúde da família (caso anexo).

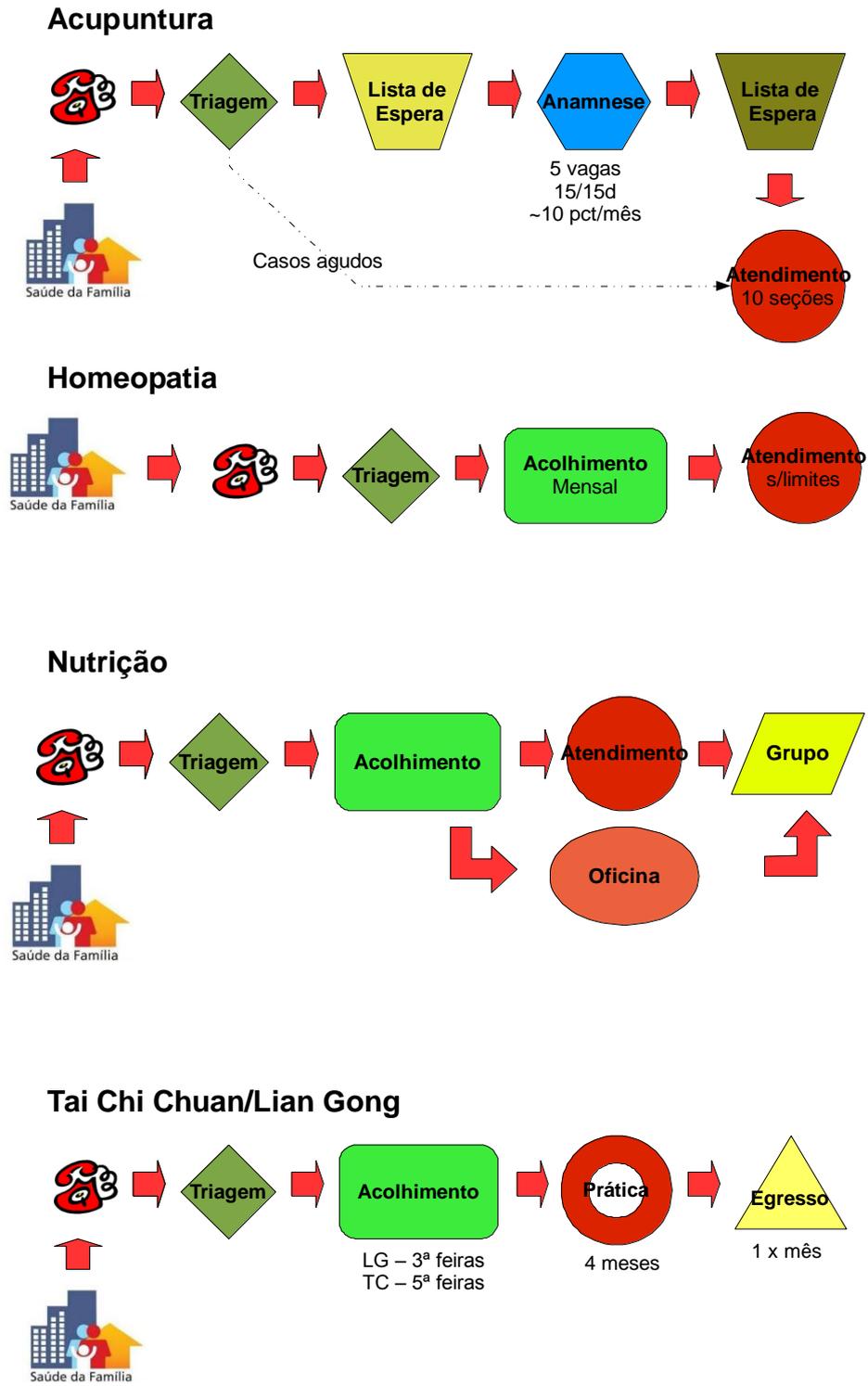
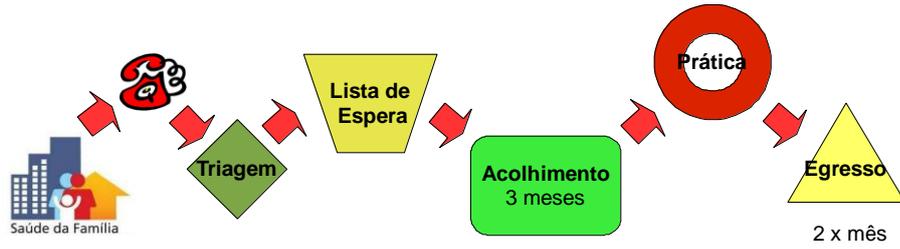
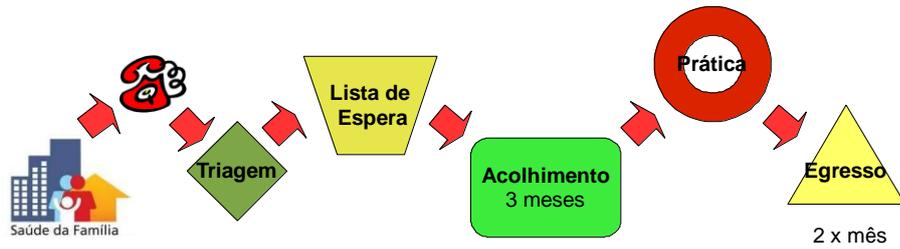


Figura 2 - Fluxogramas analisadores da UCIS (acupuntura, homeopatia, tai chi chuan e lian gong)

### Yoga



### Bioenergética

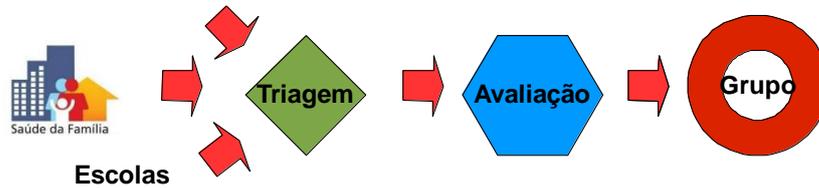


### Corporificação da Consciência (Dinâmica Energética do Psiquismo)



### Psicomotricidade Relacional

#### Conselho Tutelar



### Hidroginástica



Figura 3 - Fluxogramas analisadores (yoga, bioenergética, DEP, psicomotricidade relacional, hidroginástica)

Além das práticas descritas a UCIS também oferecia práticas abertas com acesso direto chamadas até então de oficinas.

**Tabela 5 - Práticas abertas oferecidas na UCIS com acesso direto**

<b>Oficinas (atividades abertas)</b>
<b>Dança Circular</b>
<b>Auto massagem</b>
<b>Percussão e Dança</b>
<b>Alimentação Saudável</b>
<b>Suco Clorofila / Alimentação Viva</b>

Como propõe Franco, (2003) para os fluxogramas analisadores, cada elo da cadeia de cuidados e representado por uma figura geométrica diferente e sinalizam os momentos de tomada de decisão e/ou intervenções no itinerário do paciente. Como podemos observar a maioria dos fluxogramas se inicia pelo saúde da família. O paciente é orientado a marcar sua consulta por telefone. O primeiro atendimento era chamado de triagem. Um primeira incoerência. Nas escutas realizadas, profissionais e usuários concordam que a UCIS é um dos, se não o melhor, serviço que acolhe na rede. Não convinha a idéia de triagem, geralmente utilizada em serviços hospitalares para designar quem entra ou não no serviço. O seminário de acolhimento reviu este termo e passou adotar a denominação de acolhimento para este primeiro atendimento.

A antiga triagem, inicialmente era realizada por vários profissionais. Devido instabilidade da contratação do final de 2008, passou a ser realizada apenas por profissionais fixos na unidade. Ou seja, por 5 profissionais 2 nutricionistas, 2 psicólogas e 1 assistente social. Porém, apesar de se constituir uma equipe multiprofissional, não havia espaço para discussão e tomada de decisões compartilhada. Tão pouco um protocolo a ser seguido que orientasse os profissionais quanto às condutas a serem adotadas em cada caso. Isto também produzia certo desconforto nos profissionais que realizavam o acolhimento e uma

certa arbitrariedade na construção dos planos terapêuticos para os pacientes. Reflexo disso é a fala dos profissionais que apenas recebiam os pacientes em suas práticas, mas não participavam do acolhimento. Muitos se queixavam de que aquele caso não era para ele.

Também foi possível examinar junto com os trabalhadores os pactos de montagem e modelagem dos grupos que no projeto terapêutico inicial atendiam a imperiosidade de funcionar apenas por certo período de tempo para garantir o acesso a mais usuários. Durante o seminário desvelou-se os acordos internos entre profissionais terapeutas e instrutores e usuários em funcionar de acordo com a necessidade do usuário estendendo-se assim os prazos pactuados pela gerência. Esta situação ao invés de ser tratada como insubordinação ou desobediência passou a ser incorporada pela gerência como um saber clínico necessário ao operar os processos decisórios da UCIS.

O encaminhamento mais objetivo do seminário foi a instituição da reunião semanal de acolhimento com a equipe de 5 profissionais e a gerência, aberta e usualmente freqüentada por todos da UCIS e do NAPI. Nesta reunião discutia-se a relação demanda oferta, como estava a marcação por telefone, a disponibilidade da agenda dos profissionais e práticas. Mas, sobretudo, discutiam-se casos clínicos e as situações de saúde complexas que chegavam ao acolhimento funcionando como uma retaguarda aos profissionais do acolhimento, um espaço de compartilhamento de responsabilidade muito bem recebido por todos.

A presença da gerência nas reuniões fez com que este espaço também passasse a funcionar como um espaço de co-gestão da própria UCIS. Além dos casos discutiam-se aspectos gerências, problemas operacionais em um coletivo menor e mais operativo que as reuniões técnicas da UCIS. A partir da criação deste ambiente a gerência, numa perspectiva de educação permanente começou a operar os mecanismos “vivos” de produção de redes analisados a seguir. Cada caso complexo era motivo de discussão inicialmente do local de origem. Marcante no início deste processo é como este dado, de suma importância para uma unidade especializada, não constava no elenco da anamnese dos profissionais do acolhimento. Paulatinamente, semana a semana, caso a caso e motivados pela resolutividade e

pelos aspectos cuidadores que esta iniciativa proporcionava os profissionais passaram a incorporar noções de rede a seu raciocínio clínico. Os primeiros casos foram conduzidos pela própria gerência, identificar a unidade de referência, entrar em contato com o profissional e dar início a construção do PTS. Por vezes o profissional da equipe de referência foi convidado a participar da reunião, conhecer a UCIS e discutir com a equipe de acolhimento a indicação das práticas. Em algumas ocasiões os pacientes também foram convidados.

Da reunião de acolhimento, motivado pelo debate entre os profissionais e pela análise da demanda surgiu a necessidade da gerência da UCIS/coordenação da política iniciar um processo de pactuação com os serviços que mais encaminhavam pacientes para a UCIS. Este problema também havia sido identificado na escuta aos trabalhadores do acolhimento realizada no início da gestão. Muitos pacientes eram encaminhados para UCIS sem diagnóstico ou plano definido, por vezes com indicações com para atividades “relaxantes” ou “significativas”. A crescente demanda de saúde mental, materializada por encaminhamentos dos CAPS fez desses os primeiros serviços a serem visitados, (CAPS José Carlos Souto, Galdino Loureto e Jandira Massur). Na visita a gerência apresentava a UCIS, seu funcionamento, o mecanismo de marcação de consultas e propunha uma integração entre os profissionais com visitas mútuas.

A presença do NAPI na reunião do acolhimento proporcionou que os casos das unidades atendidas pelo NAPI fossem discutidos com os apoiadores e no caso de haver alguma dúvida ou, no caso da equipe entender que o caso podia ser manejado em comunidade os apoiadores levavam a situação para discussão *in locu*. Posteriormente este passou a ser mais um dos formatos de apoio matricial do NAPI.

É importante ainda apresentar algumas iniciativas paralelas a estas de qualificação do processo de trabalho da UCIS, que serão discutidas mais adiante como iniciativas de gestão da dívida. Ou seja, orientadas a partir do olhar sobre as trocas simbólicas no espaço de produção de cuidado. São elas a estratégia de comunicação da UCIS/PMPIC, as reuniões técnicas da UCIS/NAPI e os eventos nos quais a equipe de práticas é convidada a participar e os promovidos por ela. Diante da problemática da falta de comunicação entre a UCIS e a rede de serviços da

RMR<sup>1</sup>, e a partir da motivação de um dos auxiliares administrativos com formação em comunicação social foi o estabelecimento de uma estratégia de comunicação da UCIS (anexo). A principal estratégia foi a criação do blog da UCIS com as seguintes seções:

- notícias – notícias da Política Municipal e Nacional, de eventos da UCIS e de outras políticas;
- nossos profissionais – mini-currículo dos profissionais como forma de reconhecimento de suas práticas na UCIS e fora dele;
- nossas práticas – descrição das práticas com objetivo de esclarecer ou dar noções sobre a racionalidade, usos freqüentes, indicações e contra-indicações;
- como chegar a UCIS – mapa dos arredores e linhas de ônibus que chegam a UCIS;

Ao final do ano de 2011 o blog já contava com mais de 10.000 acessos e tornou-se um instrumento de comunicação já incorporado no cotidiano da UCIS. Tem permitido de maneira interativa informar sobre eventos, sobre o funcionamento da unidade, eserve de referência no caso da necessidade de orientar algum usuário ou profissional de referência sobre uma prática em específico. Como pode ser visto no anexo a estratégia inclui outras iniciativas ainda em construção e estabeleceu um fluxo de comunicação direto com a assessoria de comunicação da SMS.

A UCIS sempre contou com reuniões técnicas onde se discutiam os problemas cotidianos da unidade. Estas reuniões aconteciam com freqüência quinzenal e estavam desmobilizadas no início de 2010. As reuniões foram retomadas inicialmente como espaço de educação permanente discutindo as diretrizes do MDV. A medida que o processo de educação permanente passou a ganhar corpo a gerência passou a testar nas reuniões quinzenais a iniciativa de convidar atores sociais implicados com as práticas integrativas no Recife. Estiveram presentes durante o período de observação os professores Paulo Henrique Martins e Alexandre Freitas, da UFPE; O coordenador do centro ecopedagógico Bicho do

---

<sup>1</sup> Temos nos referido a RMR sempre que tratamos da demanda assistencial da UCIS pelo fato da unidade ser utilizada por usuários de toda a região e não apenas do município do Recife.

Mato, Tomás Enlazador; O coordenador da organização não governamental – ONG Centro Sabiá, Alexandre Henrique Pires; O educador holístico do Núcleo Educacional Menores Francisco de Assis, Berg; e o físico organizador do Simpósio de Saúde Quântica, Wallace Lima. Os espaços foram pensados como espaços de circulação de dádiva, produção de encontro e ampliação da rede social na qual a UCIS está inserida e por onde a PMPIC acontece. A satisfação e gratidão dos profissionais nas avaliações que seguiam os encontros reforçaram a importância da iniciativa.

Foi nas reuniões de equipe que surgiu a iniciativa proposta por profissionais da UCIS e do NAPI de estabelecer uma política de sustentabilidade na casa onde funciona a UCIS. Foi então pactuado o melhor uso do telefone, uma estratégia de separação do lixo e uma a criação de uma composteira para o lixo orgânico produzido na oficina de alimentação saudável. Também fez parte da proposta alguma forma de reutilização da água da farmácia homeopática e da captação da água da chuva.

Outra produção da reunião técnica foi a reformulação dos eventos organizados na UCIS. A unidade aos seus 5 anos de existência já havia construído uma tradição de comemorar datas festivas como o Natal, o São João, o Carnaval e a Páscoa. Estas comemorações sempre foram momentos de congregação entre os profissionais e em algumas situações com os usuários. Em discussão nas reuniões técnicas os eventos passaram também a ter um caráter mais simbólico e político buscando uma certa coerência entre as comemorações e as práticas da UCIS. No São João, por exemplo, servia-se todas as comidas de milho tradicionalmente consumidas nesta época do ano. Pamonhas, canjicas, munguzá são alimentos extremamente calóricos não recomendados para boa parte da clientela da UCIS. Passou-se a celebrar a memória simbólica da festa da colheita com o compartilhamento de espigas de milho. Os usuários foram convidados a trazer as espigas cozidas na UCIS e compartilhadas na festa de São João. Iniciativa elogiada por que viverá a festa do ano anterior onde houve certa confusão na partilha das comidas mais enriquecidas. No natal abandonou-se o tradicional amigo secreto de cunho consumista e adotou-se uma prática da Yoga, o Satsanga. Um café da manhã com frutas e flores, onde ao invés de rabanadas, frutas secas, perus e pennis foram oferecidas mandalas de

frutas. No lugar dos presentes, frutas num exercício de simplicidade mais coerente com os comemorativos do aniversário de Jesus Cristo.

O evento mais significativo construído a partir da reunião técnica foi o 7º aniversário da UCIS. Inspirado na racionalidade da Medicina Antroposófica que entende a vida acontecendo em ciclos de sete anos, os setênios, a gerência da UCIS propôs uma semana de atividade para celebrar a passagem deste momento simbólico. O simbolismo proposto era a virada de uma unidade “em si mesmada” para uma unidade com funcionamento em rede. Aberta a cidade e aos movimentos sociais que lutam por um modelo de saúde mais integral e que, dentro de uma visão sistêmica, se articulam com o trabalho da UCIS. Foram cinco dias de atividades oferecidas pela equipe da casa e por convidados. Exposições de artes plásticas, exhibições de vídeos, palestra sobre agro-ecologia, novas práticas criadas para a semana de atividades como a oficina do perdão e a dinâmica das sensações, organizadas por profissionais do NAPI e da UCIS. No processo de construção do 7º aniversário a equipe da política foi motivada pela DGAS a elaborar e publicar a PMPIC. Durante a semana de comemorativos foi lançada a consulta pública sobre o texto da portaria que institui a política e a proposta do Conselho Municipal de Práticas Integrativas. (Minuta anexa).

Outro aspecto apontado por Santos como um descritor de uma política pública mais institucionalizada é o processo avaliativo. Na observação do pesquisador durante o período de 2004 a 2009 não foi encontrado nenhuma iniciativa sistemática de avaliação. No período em que estamos descrevendo identificamos três momentos de avaliação da política de práticas integrativas. O primeiro empreendido pela própria gerência da unidade/coordenação do NAPI ao completar 6 meses de implantação. O segundo acompanhado pela equipe da Diretoria Geral de Planejamento da SMS/Recife, e o terceiro realizado pela DGAS no final de 2011.

A avaliação do NAPI sistematizou a avaliação de processo que vinha sendo feita nas reuniões quinzenais da equipe com a coordenação do Núcleo e gerência da UCIS. A avaliação foi feita com caráter participativo e emancipatório, tendo sido eleitos critérios quantitativos e qualitativos pelos próprios trabalhadores. Os indicadores quantitativos foram construídos pela própria equipe. A avaliação qualitativa foi feita

com a colaboração da pesquisadora Islândia Carvalho do CPqAM-Fiocruz através de um grupo focal com os trabalhadores do NAPI e sem a presença da coordenação. Também foi feito um grupo focal com profissionais de saúde da família atendidos pelo NAPI, onde foi aplicada a MARES, como analisaremos posteriormente.

**Tabela 6 - Indicadores quantitativos de avaliação do NAPI. Período Junho a Dezembro 2010.**

		DS 2	DS 3
AT.IND	ATENDIMENTOS USUÁRIOS	467	108
	ATENDIMENTOS TRAB.	183	28
	ATENDIMENTOS COMPARTILHADOS	473	79
	ATENDIMENTOS COM NASF	0	0
	VISITAS DOMICILIAR	127	42
	USUÁRIOS ACOMPANHADOS	80	40
	USUÁRIOS DESISTENTES	54	10
	REFERENCIAS PARA REDE	7	1
	REFERENCIAS PARA UCIS	3	0
	CONTRA REFERENCIA DA UCIS/ESF	2	0
	PROJ. TERAPEUTICO SINGULAR	2	1
GRUPOS	ATENDIMENTOS EM GRUPO	936	757
	GRUPOS NOVOS	19	11
	GRUPOS ANTIGOS	23	20
	ENCONTROS MARCADOS	139	76
	ENCONTROS DESMARCADOS	20	9
	GRUPOS COM NASF	3	3
CURSOS	INSCRITOS	146	24
	CONCLUINTES	109	19
	TURMAS	18	4
	PROFISSIONAIS C/PROJETO	62	16
	AULAS NÃO REALIZADAS	6	0
	CURSOS COM NASF	0	0
OUTROS	REUNIÕES COM GT/APOIO	28	8
	REUNIÕES DA ESF	29	29
		0	9
		0	0

Na avaliação qualitativa emergem alguns desconfortos da equipe em relação a diretriz de co-gestão expressos como uma certa incerteza quanto ao papel institucional e a condução da política. Este desconforto também foi observado na

primeira escuta aos trabalhadores do NAPI e da UCIS. A chegada do NAPI produz um certo tensionamento inicial na UCIS por trazer consigo a mudança no modelo de atenção. Mas também os profissionais do NAPI passaram por uma capacitação específica sobre apoio matricial e outros dispositivos do MDV.

É importante destacar o regime de contratação do NAPI e de alguns profissionais da UCIS após a crise do final do governo João Paulo. A primeira forma de contratação possível para a UCIS foi o convênio com o Instituto de Apoio à Universidade de Pernambuco – IAUPE. Esta modalidade de contratação implicava o recebimento dos proventos por meio da prestação de serviço, o que representou muitas vezes atrasos maiores que 3 meses. No fim do governo de João Paulo todos os convênios com Fundações de Apoio ou Institutos como o IAUPE forma suspensos. Os profissionais assim contratados acabaram por se desligarem da UCIS e a política sofreu um grande refluxo.

No primeiro ano do governo de João da Costa, mesmo diante da crise financeira por que passava o município, a SMS refaz os objetos de convênio agora com novas instituições parceira na implantação dos dispositivos do MDV e com capacidade de contratação dos profissionais em regime temporário, porém com os direitos trabalhistas da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Desta forma foram contratados os primeiros profissionais do NASF, do Serviço de Atendimento Hospitalar – SAD, NAPI e alguns profissionais da UCIS. Discutiremos a dificuldade de contratação como um elemento crítico para as políticas de práticas integrativas no Brasil, mas no momento é importante destacar os conflitos que surgiram no momento inicial da implantação do dispositivo, uma vez que os profissionais com funções semelhantes possuíam vínculos distintos (estatutários e contratados por CLT) e remunerações diferentes. Esta situação foi discutida com transparência nas reuniões de equipe, porém o compartilhamento de projetos terapêuticos e institucionais é o que talvez tenha transformado o conflito em motivação e energia de mudança. A criação das unidades de produção (MERHY e FRANCO, 2003) visava o estabelecimento de grupos de trabalho e discussão clínica em torno das racionalidades médicas ou em saúde. Esta organização institucional rompeu com a identidade de profissional da UCIS e NAPI. A partir dos tensionamentos discutidos nas reuniões técnicas passamos a observar a fala de vários profissionais que se

diziam NAPI e UCIS, com ênfase em substituição à dicotomia que se percebia nas falas anteriormente. As unidades de produção possibilitaram o compartilhamento das práticas, do *modus operandi*, e ajudaram a trazer para o NAPI um certo raciocínio clínico já bem sedimentado na UCIS.

Por parte da coordenação do NAPI foi encontrada certa dificuldade com o fato da composição inicial do NAPI ter sido proposta com uma centralidade nas práticas. O que foi bastante positivo em termo de apropriação da técnica e da racionalidade. Porém vários terapeutas e instrutores nunca tinham tido nenhuma vivência com a política de saúde. Alguns, por mais paradoxal que isso possa parecer, não entendiam sua prática como uma prática de cuidado. Isso não significa dizer apego à técnica, ou a forma. Muito pelo contrário, por entender que se trata de um caminho ou trajetória a ser vivida, ou de uma busca. Esta compreensão ainda encontra dificuldade de inserção no modo como se operam as práticas de saúde. No cotidiano das reuniões quinzenais com o NAPI essa é a leitura mais freqüente quando se avalia a adesão da equipe às práticas ofertadas. Em relação ao atendimento compartilhado, a equipe nunca está disponível para discutir casos. Está sempre atendendo. Nas práticas coletivas há a delegação do grupo ao agente comunitário de saúde – ACS, que quando falta ou não se mobiliza inviabiliza a ação. Nos cursos a presença e o interesse são majoritariamente dos ACS também.

Outro elemento que descreve esta centralidade nas práticas é a diversidade de racionalidades oferecidas, não necessariamente relacionadas às práticas reconhecidas pela PNPIC e por vezes com apenas um profissional como “representante”. Como pode-se ver no quadro a seguir:

Tabela 7 - Formação profissional e técnica dos terapeutas do NAPI.

Prática	Formação Profissional
Massoterapeuta/Aromaterapeuta	Téc. Enfermagem
Yoga	Arquiteta e Jornalista
Tai Chi Chuan	Dois instrutores: um Chinês (em processo de regularização da escolarização no Brasil e um Brasileiro com o ensino médio completo)
Nutrição	Duas nutricionistas, uma com residência em saúde da família. Uma técnica em nutrição.
Medicina Antroposófica	Médico sanitarista.
Acupuntura e MTC	Uma médica e um fisioterapeuta.
Fitoterapia	Uma farmacêutica

Além das dificuldades relacionadas aos fatores institucionais e estruturais da política, no campo micropolítico podemos perceber que esta diversidade dificultou a implantação do dispositivo de diversas formas:

- pela dificuldade de compreensão por parte das equipes de saúde da família e da população do complexo sistema de explicação dos processos de saúde e doença de cada racionalidade;
- pela indefinição inicial de um campo de saber comum<sup>2</sup>, em torno do qual se articulem os saberes nucleares;
- pela pouca sustentabilidade das práticas em rede, por em várias situações dependiam de um profissional no SUS de toda a RMR ou estado de Pernambuco;
- pela relação equipes atendidas e equipe disponível que representou a necessidade de interromper algumas práticas em certas unidades para poder oferecer em outras.

<sup>2</sup> Para o conceito de Campo e Núcleo, ver Campos, (1999).

O modelo de análise de política utilizado por Santos foi o de Walt e Gilson, subdividido em contexto, conteúdo e processo. No campo do contexto, mais especificamente micro contexto, o modelo contempla os aspectos setoriais da política:

- O âmbito político setorial, no qual são ressaltadas as diretrizes e linhas de ação da política de saúde, o contexto político-institucional no setor saúde;
- A estrutura do financiamento setorial: as finanças setoriais, os gastos com a política e suas tendências nas três esferas de governo, os mecanismos instituídos de repasses financeiros, assim como as fontes e o valor dos recursos destinados à política;
- E o panorama sanitário, epidemiológico e de organização de serviços, contemplando os principais problemas e mudanças no contexto epidemiológico e sanitário, assim como os aspectos referentes à organização da rede de serviços de saúde.

Vimos tratando do primeiro e terceiro aspecto na descrição da observação participante. Quanto à estrutura do financiamento setorial o pesquisador utilizou dados dos repasses federais ao município do Recife relativos às consultas de acupuntura e homeopatia, únicos procedimentos remunerados pela PNPIC. O empenho da gerência da UCIS e coordenação da política foi de implantar na UCIS, no âmbito de sua gerência administrativa um centro de custos próprios com o objetivos de discutir com ou outros entes federados uma possível orçamentação da unidade, o que discutiremos no próximo capítulo. As ações empreendidas para a organização deste centro de custos foi o levantamento das despesas correntes, ou de custeio da UCIS, e a apropriação pela gerência da UCIS do sistema de informações ambulatoriais que processa as informações produzidas na unidade em âmbito municipal e exporta para o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS o SAI-SUS. Também passou a ser preocupação da gerência o cadastro dos serviços municipais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES que encontrava-se desatualizado. A gerência também construiu um banco de dados próprio para o registro das informações do acolhimento.

As despesas da UCIS estão descritas no quadro a seguir. A gerência não conseguiu o valor exato do investimento em folha de pagamento, mas estima-se que o investimento total em recursos humanos esteja em torno de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por mês para um contingente de 40 trabalhadores entre estatutários, contratados em regime CLT e terceirizados (limpeza e segurança). Além disso a UCIS recebeu no período estudado 10 recursos de suprimento (5 por ano), no valor de R\$ 1.800,00 (mil e oitocentos reais) para as despesas de manutenção e reforma da casa.

A iniciativa de acompanhamento do SIA-SUS permitiu a identificação de uma subnotificação das ações da UCIS, e o uso equivocado de códigos de procedimentos. A reformulação dos códigos utilizados na unidade e a inclusão dos procedimentos do NAPI podem ser vistos nos quadros a seguir.

**Tabela 8 - Procedimentos UCIS 2009-2011 – Fonte SIA-SUS**

<b>Procedimentos - UCIS GUILHERME ABATH</b>			
<b>Procedimento</b>	<b>2009-2010</b>	<b>2010-2011</b>	<b>Aumento %</b>
0101010010 ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	9.456	6.308	-33,29
0101010028 ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	2.484	3.013	21,30
0101010036 PRÁTICA CORPORAL / ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO		600	
0101010044 PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA		491	
0201020041 COLETA DE MATERIAL P/ EXAME LABORATORIAL		16	
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)	36	34	-5,56
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	2.520	2.187	-13,21
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	4.915	5.950	21,06
0301040036 TERAPIA EM GRUPO	3.738	3.785	1,26
0301080160 ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO		129	
0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR (PACIENTE)	234	1.253	435,47
0301100020 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS EM ATENCAO BASICA (POR PACIENTE)	420	5	-98,81
0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL	7	3.313	47228,57
0301100152 RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BASICAS (POR PACIENTE)		1	
0309050022 SESSAO DE ACUPUNTURA COM INSERCAO DE AGULHAS	2.397	1.597	-33,38
0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)		1	
<b>Total</b>	<b>26.207</b>	<b>28.683</b>	<b>9,45</b>
<b>MÉDIA DE PROCEDIMENTOS/MÊS</b>	<b>2.184</b>	<b>2.390</b>	<b>9,45</b>

O quadro acima mostra o aumento de 9,45% no número total de procedimentos realizados, quando comparados os períodos de maio de 2009 a abril de 2010, e

maio de 2010 a abril de 2011. Este aumento se deu apesar da redução do número de alguns dos procedimentos relacionados como as atividades de grupo na atenção básica, registrados equivocadamente no período de 2009/2010 e que em 2010/2011 passam a representar apenas os grupos realizados pelo NAPI. O mesmo vale para as consultas na atenção básica tanto de médicos como de não médico, assim como para a administração de medicamentos, código utilizado para registrar a dispensa de medicamentos na farmácia homeopática.

O aumento se deu, sobretudo nos procedimentos de enfermagem, como a aferição de pressão que precede algumas práticas e algumas consultas ambulatoriais. Este procedimento era registrado como atividade educativa na atenção básica e passou adotar o código adequado depois da reorientação. A queda nos procedimentos de acupuntura se deu por motivo de férias e licenças de um dos profissionais. Quando analisamos os procedimentos pelo Código Brasileiro de Ocupações – CBO, encontramos:

**Tabela 9 - Procedimento por CBO UCSI 2009-2011 – Fonte SIA-SUS**

QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS POR CBO – UCIS GUILHERME ABATH					
Profissional-CBO	2009/2010		2010/2011		Aumento %
	Total	Méda Mensal	Total	Méda Mensal	
223101-Médico acupunturista	6.017	501	6280	523	4,37
223135-Médico homeopata	1.491	124	2314	193	55,20
223710-Nutricionista	4.186	349	5118	427	22,26
251510-Psicólogo clínico	1.682	140	1695	141	0,77
251605-Assistente social	2.762	230	2668	222	-3,40
322230-Auxiliar de enfermagem	10.069	839	10608	884	5,35
<b>Total</b>	<b>26.207</b>	<b>2.184</b>	<b>28683</b>	<b>2390</b>	<b>9,45</b>

Ou seja, houve um significativo aumento no registro dos procedimentos de acupuntura e sobretudo nos de homeopatia. Estes últimos em tendência de queda apontado no estudo de Santos, devido a sub-notificação.

Outro reflexo da centralidade nas práticas é a composição inicialmente do NAPI não corresponder ao perfil profissional admitido pela portaria ministerial 154/2008 , que cria o NASF e estabelece os critérios para credenciamento de equipes e transferência de recursos. Este problema foi parcialmente resolvido com a

contratação de um instrutor de Tai Chi com formação em educação física, o que possibilitou o credenciamento de uma equipe. A outra equipe do NAPI continua de custeio integral do município do Recife.

O banco de dados (anexo) criado na UCIS ainda encontra-se em aperfeiçoamento junto com a equipe da Gerência de Tecnologia da Informação – GTI da Diretoria de Regulação da SMS. Tem por objetivo permitir o acesso às informações colhidas nas anamnese do acolhimento, os planos terapêuticos pactuados e as unidades de referência de procedência do paciente.

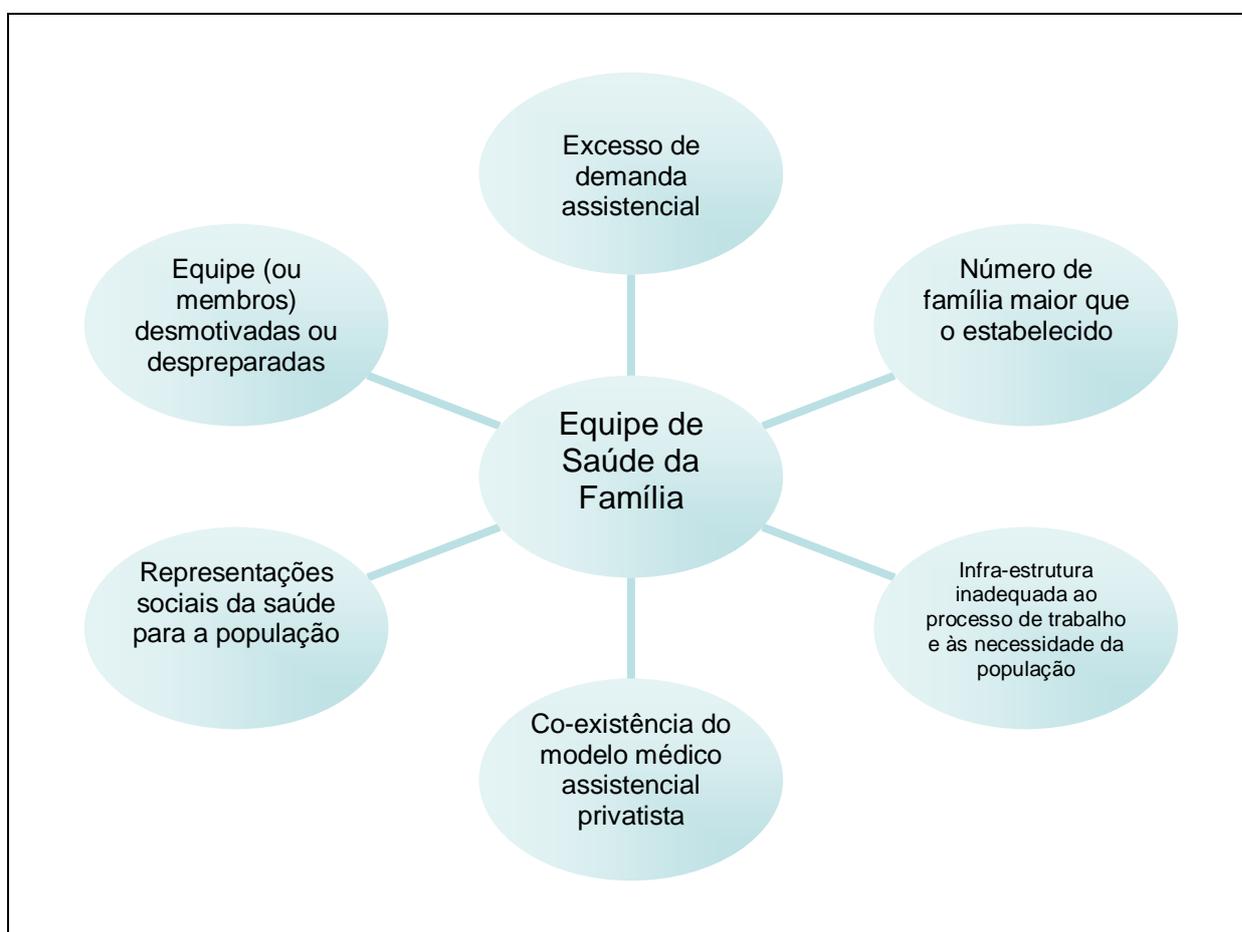
## Discussão

### **4.1 O Apoio matricial em práticas integrativas e complementares sob o olhar fenomenológico e hermenêutico-dialético da MARES.**

Como discutimos anteriormente as duas concepções de rede aqui apresentadas propõem a avaliação como um porto de partida metodológico para a intervenção sobre as relações entre serviços ou entre atores sociais, no caso, trabalhadores em saúde. A concepção de Mendes, apresentada por Silva (2008), sugere uma avaliação estrutural, epidemiológica e social. A MARES oferece uma possibilidade para este olhar social. No caso um olhar que recusa as análises simplificadas das relações como relações duais. Portanto é preciso que o pesquisador esteja atento à tríade do dar receber e retribuir proposta por Mauss e incorporada e metodologia de análise de rede de Martins. O referencial fenomenológico orientou todo o processo da pesquisa participante, e se apresenta como um conhecimento necessário para a prática de gestão que pretende levar em conta interesses e desejos dos trabalhadores na composição dos arranjos de equipes, dos processos de trabalho. Os grupos focais são então pensados como momentos reflexivos entre os próprios trabalhadores. Partem de uma identificação de seu referencial de saúde, da expressão de suas posições no mundo traduzidas no entendimento, na capacidade de escuta e reflexão sobre o cuidado em saúde como instituintes das necessidades a que precisam atender.

Nos dois grupos focais realizados pela coordenação do NAPI com os trabalhadores do PSF esta noção se mostrou sempre muito bem fundamentada. Os profissionais apresentaram nos momentos iniciais de apresentação e discussão do propósito da avaliação a noção ampliada de saúde que povoa as práticas de atenção primária. A indissociabilidade das práticas de prevenção, promoção e atenção a saúde, assim como a devida apropriação da relevância social dos problemas sociais e suas implicações na saúde são rapidamente manifestas junto com a própria identidade de trabalhador de saúde e do lugar da saúde da família. A degeneração das redes de apoio social apontadas por Valla como um elemento sistêmico do adoecimento

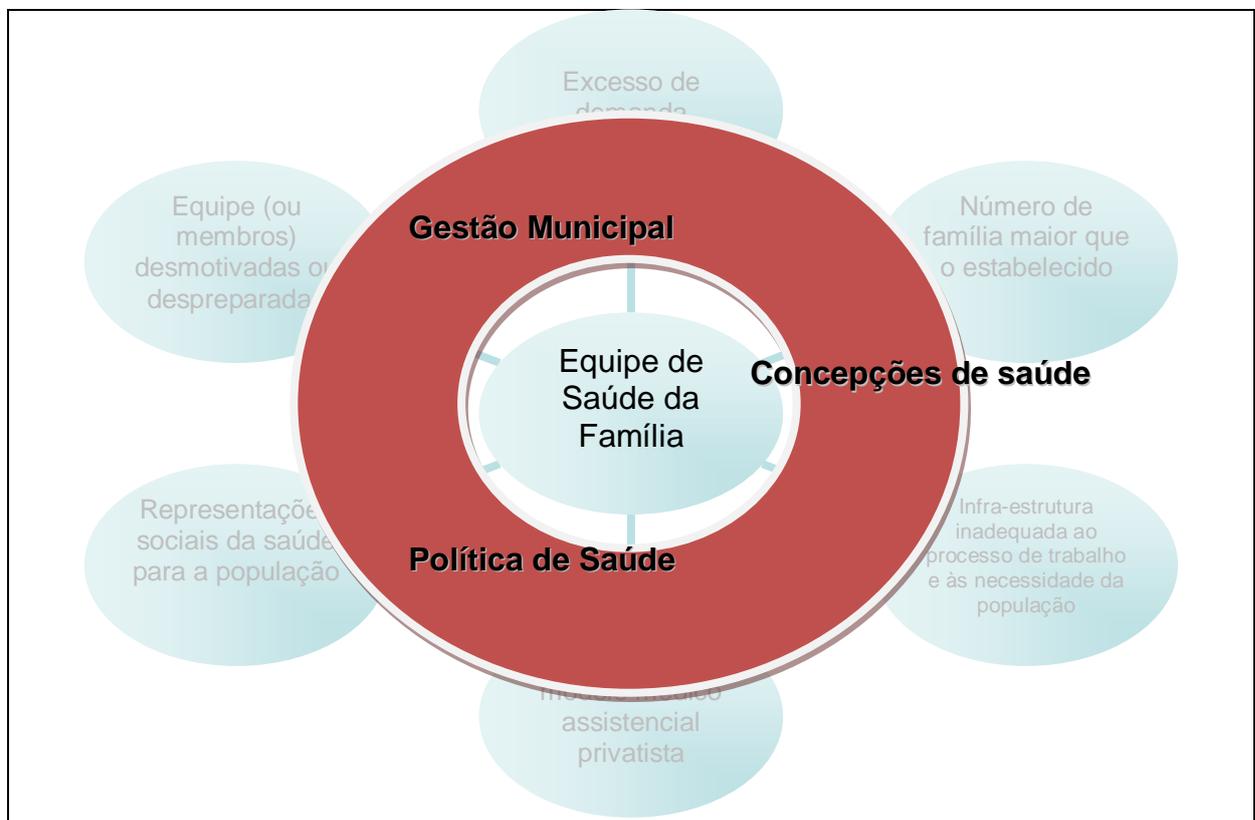
difuso, do mal estar social, da patologia social que determina a grande maioria dos casos de seu dia-a-dia. Esta é a representação simbólica da origem do adoecimento ou do sofrimento mental que a cada dia ocupa mais intensamente a agenda das equipes e pede uma organização do processo de trabalho diferenciada. Os principais problemas relatados no mapeamento destes e das soluções gerais na organização da promoção da integralidade em saúde na comunidade. Porém os grupos diferem temporalmente quanto ao reconhecimento da rede que se organiza para oferecer soluções. No primeiro grupo realizado aos seis meses de implantação do NAPI e de outros dispositivos do MDV, o grupo apresentou uma referencia muito clara na gestão municipal como o principal responsável pelas poucas soluções possíveis.



**Figura 4 - Mapeamento dos problemas específicos na organização da atenção a saúde na rede de Recife. Primeiro grupo focal – 2011.**

Os principais problemas apontados foram a infra-estrutura inadequada às necessidades de saúde da população e às readequações do processo de trabalho apresentadas pela gestão municipal, o excesso de demanda assistencial, o número

elevado de famílias (mais de 4000 pessoas por equipe em situações de grande vulnerabilidade social), o persistência do modelo de atenção centrado na doença, intervenção e cura, e as demandas assistenciais da população. Esta provocação da MARES produz breve estranhamento ao grupo que sinaliza corporalmente uma expectativa de ser interrogado sobre o NAPI, o que responde ao componente pedagógico freiriano da problematização sobre conceitos de fortes significados com as questões vividas pelos trabalhadores. Todos os trabalhadores se posicionam e fazem questão de apresentar um argumento, uma narrativa de algum fato que explicita o problema ou uma reflexão sobre as causas de tal problema.



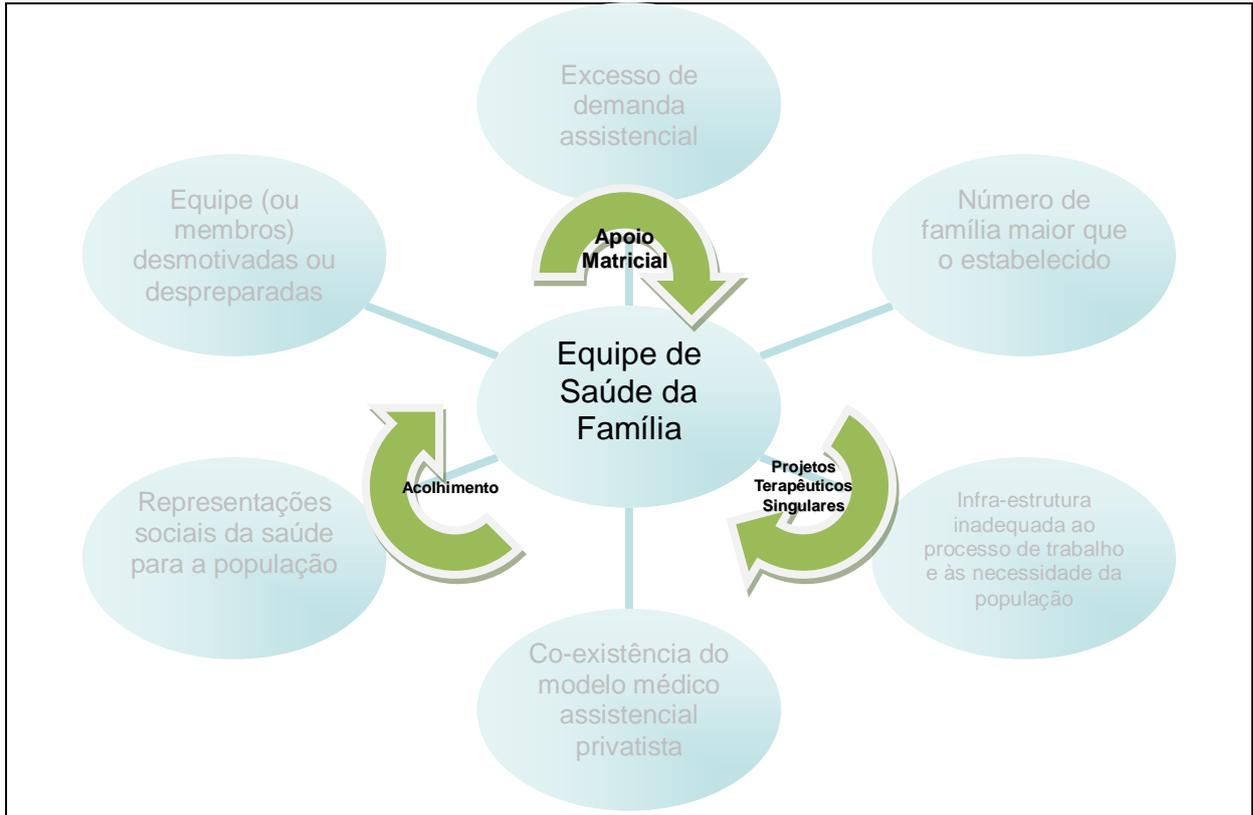
**Figura 5 - Forças de inibição da circulação da dívida e estabelecimento de redes de apoio social. Primeiro grupo focal – 2011**

A implantação do MDV em Recife foi pactuada com as equipes no espaço do trabalho. Acolhimento, apoio matricial, projetos terapêuticos singulares foram apresentados como ferramentas de operar a gestão da clínica, a partir do anúncio da gestão de estas são novas diretrizes do modelo. O primeiro encontro destas duas trajetórias implicou muitas vezes na recusa aos dispositivos oferecidos ou a simples não adesão. Isto esteve muito presente durante todo o período observado, nas

reuniões do NAPI e do apoio integrado (iniciativa desenvolvida pela GAB/DGAS de articulação das ações de apoio institucional no território). Como reação os trabalhadores reivindicavam reformas estruturais nas unidades que ainda persistiam as mesmas desde a implantação do PSF no Recife e que claramente se mostravam lugares até insalubres para o trabalho ali desenvolvido. Este sempre foi um ponto crítico para implantação do modelo.

A maior mudança qualitativa nas relações estudadas e trabalhadas pela MARES neste caso foi na identificação da rede de conflitos e mediações da pessoa, segundo momento metodológico dos grupos focais. Quando interrogado sobre a quem costumavam recorrer para solução daqueles problemas apontados o grupo apresentou-se relutante, persistiu por alguns instantes em um silêncio desconfortável. Uma das participantes suspirou e respondeu: “Aí! Só Deus!”. O silêncio ainda volta a tona por mais algum tempo e outro membro responde como a uma pergunta de escola, um teste de conhecimento: “a gente pode recorrer a GT, a direção do Distrito, ao apoiador institucional, ao Sindicato... tem muito o que a gente pode fazer.”

No segundo grupo focal realizado em dezembro de 2011, podemos identificar os dispositivos do MDV como agentes mediadores (simbólicos) da produção de redes entre os trabalhadores e a gestão e destes entre si. Quando perguntados sobre os problemas foram enfáticos em responder o mesmo elenco de problemas em nada atacados pelo MDV: excesso de trabalho e demanda assistencial, percepção dos usuários e colegas sobre prevenção e promoção da saúde. Apesar de não entenderem os dispositivos como o NAPI como estratégias para dirimir ou resolver os conflitos estruturais, reconhecem o apoio matricial como possibilidade de ampliação da clínica.



**Figura 6 - Dispositivos de co-gestão e a circulação da dádiva.**

Quando confrontados com a situação anterior perpassam uma familiaridade com os dispositivos do modelo que outrora resistiram a incorporar. As dificuldades mantêm-se, porém, os dispositivos apresentaram outra possibilidade de intervenção, resignificando o trabalho em equipe e o reconhecimento da população. Paradoxalmente os problemas ainda persistem e os profissionais não relutam em afirmar que a primeira necessidade ainda é a de reformas estruturais nas unidades de saúde e no processo de trabalho. São expressões claras disso falas como “a população não entende por que tem psicólogo no posto, mas não pode atender. Em compensação a demanda continua imensa e a gente tem que atender o mesmo número de consultas, fazer o mesmo número de visitas, reuniões, etc...”

As dificuldades estruturais funcionam aqui não só como empecilhos operacionais, mas como elementos simbólicos de uma relação gestão trabalhador, atravessada por ditames macropolíticos e econômicos herdeiros dos modelos hegemônicos de saúde e de gestão (MARTINS, 2008). No sistema analisado percebemos estas dificuldades como agentes inibitórios de produção de sociabilidade. Ou melhor, dizendo de sociabilidades secundárias. Como mecanismos que dualizam as

relações no sistema, dificultam o estabelecimento de vínculos. Como a tríade de circulação de bens simbólicos está interrompida a tendência é que as relações assumam facilmente um caráter de trocas unidirecionais entre os trabalhadores e a gestão, entre os trabalhadores de diferentes serviços e entre estes e os usuários. Mesmo a segurança e estabilidade produzidos pelo concurso público não são suficientes para superar estes conflitos. Na relação direta com o NAPI percebemos estes sentimentos entre os profissionais nos grupos focais assim como nas falas cotidianas dos apoiadores:

[...] como a gente não tem espaço pra grupo, e na comunidade não encontramos um espaço adequado a prática do Tai Chi acaba prejudicada[...]

[...] eu não tenho como fazer uma aula de Tai Chi com os alunos todos olhando por cima de mim com medo de bala perdida [...]

A demanda é muito grande e a gente não consegue parar pra discutir com o pessoal do NAPI, nem mesmo participar das práticas

A gente só consegue fazer grupo com os ACS. A enfermeira ainda dá uma passada, mas médico num tá presente. E se a ACS falta ou tem outro compromisso, não tem grupo.

Um componente diferencial do apoio em práticas integrativas que mencionado pelos participantes do grupo focal. Mesmo sem ser este o objetivo, ou foco do grupo, os profissionais identificaram uma diferença entre o NAPI e o NASF. Esta diferença não é simples de se analisar a luz da hermenêutica aqui aplicada. Pelo que indica a fala dos profissionais de saúde o apoio em práticas integrativas possui um diferença quanto ao NASF que são de duas ordens interpostas. A dimensão da clínica a que a outra racionalidade reporta, contribuindo para abordagens mais humanizantes exatamente como analisou Martins.

[..]a atitude do pessoal do NAPI já é diferente, todo mundo Zen. Já passa uma tranquilidade assim que chega. Não tem aquele peso, sabe[...]

Outro elemento é o fato de as práticas sempre portarem alguma oferta simbólica, algo que de fato possa ser incorporado ao plano de cuidados pactuados entre profissionais e usuários. Não apenas uma segunda opinião ou uma orientação específica.

[...] a diferença é que o pessoal do NAPI vem e sempre faz alguma coisa, o NASF é que fica lá na salinha de reunião esperando a gente pra discutir algum caso [...]

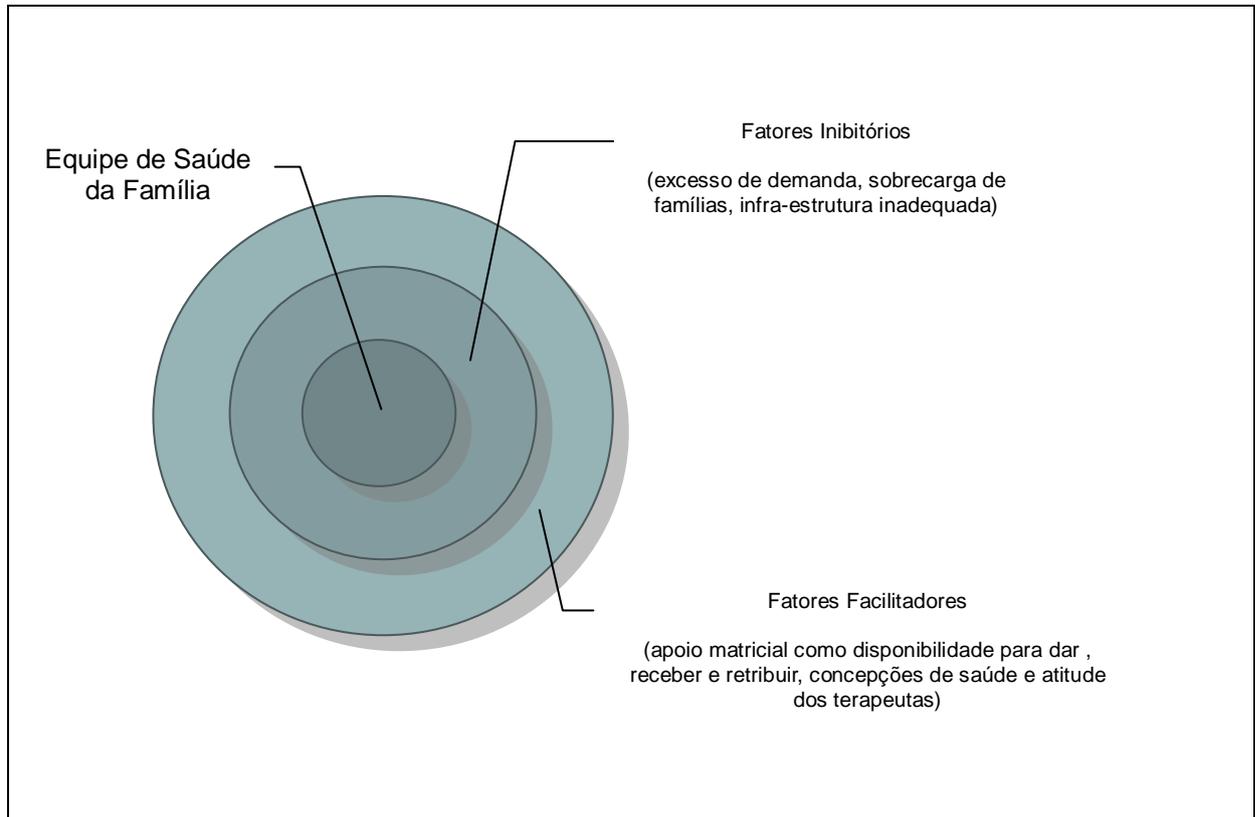
Essa não é uma situação generalizável, e o foco desta análise não é a simples comparação entre estratégias de apoio ou perfis das equipes. Mas se atentarmos para a tríade aqui estudada, podemos entender que para o apoio matricial funcionar como mecanismo de produção de redes, é preciso que se incorpore a integralidade por princípio e se esteja disponível para receber e retribuir os dons trocados nos encontros entre saberes e práticas. É dessa forma que entendemos também a fala mais presente nos encontros entre apoiadores e trabalhadores da saúde da família. A solicitação de que as práticas sejam oferecidas para os trabalhadores.

[...] eu quero, mas quero pra mim[...]

Sempre foi apresentada dentro de um contexto de manifestação de algum sofrimento relacionado ao trabalho, e uma crença de que as práticas integrativas poderiam ajudar ou atenuar este sofrimento. Isto nos leva a crer que no universo simbólico das práticas de saúde os trabalhadores de saúde do Recife às práticas integrativas se constituem como recurso potente para o enfrentamento do sofrimento difuso.

Seria leviano afirmar que a aplicação da MARES como instrumento avaliativo do processo de trabalho e das relações entre equipes foi responsável pela diluição dos fatores inibitórios de produção de redes, por si só. Devemos considerar a insipiência da experiência de apoio em práticas integrativas e o esforço conjugado da gestão municipal em dialogar estes dispositivos também fatores que influenciaram a construção de vínculos e de redes sociais de apoio. Mas podemos perceber as potencialidades da MARES como ferramenta de gestão (MERHY, 2002) a partir do momento de devolução das reflexões provocadas pelos grupos focais aos participantes. O segundo momento de aplicação da MARES no grupo focal, os trabalhadores já não polarizavam suas análises sobre os instituintes macro-estruturais da rede de atenção à saúde. Apresentaram-se mais próximos e descontraídos e conseguiam elencar uma rede social de apoio mais ampla que no primeiro momento. Assim podemos sugerir que é possível incorporar aos princípios

da avaliação institucional elementos de desconstrução e reconstrução de valores dos atores sociais envolvidos. E que este é um processo de permanente mudança institucional. O mapa do self sugerido como estratégia de devolução aos participantes dos grupos foi assim apresentado:



**Figura 7 - Mapa do self após segundo grupo focal.**

Como proposto por Martins, (2010) o último passo da MARES é a discussão com o grupo sobre seu mapa do self. Esta etapa não foi concluída a contento para efeitos metodológicos. Apenas na abertura dos trabalhos do segundo grupo focal foi possível discutir a imagem construída no primeiro. O que podemos extrair das falas dos participantes sobre este arranjo de efeitos inibitórios e de facilitadores é a identificação que sem estes dispositivos não havia mediação possível. Ou seja, no modelo anterior o que prevalecia para a construção de redes eram apenas as relações duais entre indivíduos. Quer seja entre profissionais de saúde e da gestão, quer seja entre profissionais de saúde de diferentes serviços entre si, apenas as relações pessoais é que podiam garantir alguma mediação. Os mecanismos de apoio matricial e produção de redes propostos no MDV aparecem como movimentos

em direção a institucionalização das práticas de mediação. A MARES utilizada como estratégia de gestão também oferece possibilidades, não apenas de construir o olhar de gestores e trabalhadores, mas também de funcionar como elemento mediador numa perspectiva dialética.

#### **4.2 Ecologia de Saberes e Práticas, ou a biopotência das práticas integrativas e a produção de redes.**

As concepções de políticas de saúde, filosofia, sociologia, que orientam este estudo possuem vários planos de interseção e de afastamento. Convergem para a percepção de uma transição paradigmática, ou seja, de mais que uma racionalidade científica a sua produção social. Desde a história de vida apresentada no primeiro capítulo como uma memória reflexiva, portanto uma produção subjetiva e posicionada sobre diversos planos que atravessam os caminhos de militância no SUS. Passando pela abertura a percepção do fenômeno social total e na articulação com a hermenêutica dos grupos focais. Até a proposição de novos sentidos para as práticas de co-gestão, gestão do cuidado e gestão da clínica. Apontamentos para uma clínica nômade, uma clínica da imanência, e outras produções do estudo apresentado são contemporâneas ao caminho descrito por Boa Ventura de Souza Santos na introdução do volume *A Gramática do Tempo: para uma nova cultura política*. O volume quatro de sua obra síntese, “*Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*” Nesta obra o sociólogo português faz uma análise crítica da pós-modernidade e posiciona-se por uma ciência não indolente. Desde a sua primeira obra, *Um discurso sobre a ciência*, 1988, até esta última, apresenta os questionamentos de um pensamento incomodado com a insuficiência e com relação com os regimes de dominação do paradigma da ciência moderna. Ao acompanhar redes de movimentos sociais em todo o mundo o autor de *Conhecimento prudente para um vida decente* esteve acompanhando a produção acadêmica das ciências sociais e tencionando sobre que pós-modernidade está se construindo. Ao discutir criticamente suas primeiras produções sobre a transição paradigmática acreditava que:

[...] estávamos a entrar num período de transição paradigmática que designei como de transição entre a ciência moderna – que identifiquei com a mecânica clássica, cartesiana e newtoniana (determinista, reducionista e dualista) – e uma ciência emergente que designei por ciência pós-moderna. Com base na reflexão epistemológica da nova física ou física pós-clássica, defendi que caminhávamos para um conhecimento pós-dualista assente na superação das dicotomias que dominavam a ciência clássica moderna: natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observador/observado, subjetivo/objetivo, etc. Este colapso não só destruiria as disciplinas, como produziria a prazo a superação entre as ciências sociais e as ciências naturais. (SANTOS, B., 2010, p. 139)

Ao rever sua produção sobre a superação do modelo dicotômico surpreende-se e adverte a emergência de uma ciência sociobiológica que contraria suas especulações sobre uma nova ciência. A sobredeterminação da ciência natural à ciência social levada ao extremo do positivismo e do reducionismo. A busca pela unificação das ciência pelo caminho da demonstração por meio da biologia molecular. Edward Wilson (apud Santos, 2010 – p. 140) chama de *consilience* a perspectiva de que todos os fenômenos vivos obedecem às mesmas leis da física e da química já que os níveis mais altos da organização da vida (incluindo a cultura e sociedade) decorrem de fenômenos de agregação, acontecimentos, que ocorrem nos níveis mais baixos (biológicos e físico-químicos).

Ao contrário disto, outra corrente seguiu o que previu o pensador português. Ciências que incluem a cibernética, as ciências da computação, a teoria do caos, a teoria dos jogos, a teoria dos sistemas complexos, e auto-reguladores ou autopoiesis, a inteligência artificial, as ciências cognitivas, a nova matemática. Novas ciências que propõem:

Em vez do simples, o complexo; em vez da reversibilidade, a irreversibilidade; em vez do tempo linear, os tempos não lineares; em vez da continuidade, a descontinuidade; em vez da realidade construída ou criada, os processos de criação e as qualidades emergentes; em vez da ordem, a desordem; em vez da certeza, a incerteza; em vez do equilíbrio, a instabilidade e as ramificações; em vez do determinismo e dos sistemas lineares, o caos e o caos determinista e a teoria das catástrofes; em vez da prioridade da investigação da relação causa e efeito, a prioridade da investigação dos meios para atingir objetivos; em vez da separação, entre sujeito e objeto, objeto que é sujeito; em vez da separação entre observador e observado, o observador na observação; em vez de separação entre o pensar e o agir, a interatividade entre ambos os processos de investigação. (SANTOS, B., 2010, p. 141)

No processo reflexivo de síntese das experiências e leituras neste trabalho, a teoria

de Santos ajudou a reunir as produções subjetivas e intersubjetivas dos atores em questão, os dados e documentos importantes para a história das práticas integrativas e da política de saúde no Recife e no Brasil, concepções e práticas de gestão da clínica, co-produção de atos e itinerários terapêuticos, desenvolvimento e incubação de instrumentos, ferramentas, dispositivos de cuidado. Buscando um *cuidado prudente para uma vida decente* (MATTOS, 2006), buscamos discutir a contribuição das práticas integrativas e complementares para a construção de uma clínica ampliada na atenção primária, a partir dos estudos anti-utilitaristas da dádiva, dos atos simbólicos em saúde, do reforço do apoio social entre trabalhadores e usuários como construção da cidadania e do direito a saúde. A advertência que faz Ruben Mattos parafraseando Boaventura torna-se muito pertinente neste estudo. Ao apresentar as concepções de saúde presentes em Virchow e Illich, defende um cuidado prudente que admita as contribuições do avanço da ciência biomédica sem torná-la senhora da vida e a sua necessária convivência com outras práticas na construção de uma sociedade cuidadora.

A ecologia de saberes de Santos é uma perspectiva epistemológica que utilizamos como nosso norte ou, melhor seria, sul conceitual. Esta ecologia se coloca contra as posições de uma ciência unicista e universal. Uma posição crítica do pensador português acerca da pós-modernidade. Sua transição de uma pós-modernidade crítica para o que hoje, entende por pós-colonialismo. Os reflexos das correntes unicistas e universalistas se expressam nos mais refinados e abrangente meios de dominação cultural, política e subjetiva. O universalismo é a expressão da hierarquia entre o universal e o particular, assim como a globalização é a hierarquia imposta entre o global e o local. A concepção da ecologia de saberes se sustenta sobre dois princípios de pluralidade científica, interno e externo.

A pluralidade interna pode ser expressa por uma epistemologia feminista que rompe com a suposta dualidade entre duas culturas – científica e humanística. Impõe a prática científica questionar a neutralidade da ciência diante das lutas empreendidas pelas mulheres no mundo contemporâneo. No nosso caso esta pluralidade interna está no encontro das produções da saúde coletiva. O próprio campo fundado no Brasil já traz consigo sinais, presságios dessa rotura paradigmática. Porém a imperiosidade da relação com a institucionalidade da prática científica colonizada

impõe que os estudos sejam classificados como estudos de ciências sociais em saúde ou de planejamento e gestão. Experimentamos aproximações ou reaproximações dos pensamentos nos dois campos estudando contribuições do olhar da sociologia anti-utilitarista e pós-colonialista para a gestão de uma política de saúde.

Por pluralidade externa entende-se a relação da ciência com outros saberes. As perspectivas inter-culturais têm aberto a possibilidade para o reconhecimento de outros sistemas de saberes plurais, alternativos à ciência moderna. Para o presente estudo esta pluralidade se mostra ainda mais contundentemente pertinente. É ela que torna possível sustentar perante a sociedade o conceito de saúde que se produz em ato, com a própria sociedade e que acolhe práticas que não apostam no modelo explicativo unicista da biomedicina. O sistema de saúde precisa ser construído a partir de práticas cientificamente testadas e comprovadas, mas estas comprovações também precisam ser socialmente analisadas, discutidas. O pressuposto para a relação entre os diferentes saberes que permeiam as práticas de saúde é principalmente ético, antes mesmo de ser epistemológico. Em síntese a ecologia de saberes proposta por Santos, (2010) sustenta que não há epistemologia neutras e que a reflexão epistemológica deve incidir não nos acontecimentos abstratos, mas nas práticas de conhecimento e seus impactos em outras práticas sociais. A pluralidade externa é a base da proposição da MARES como dispositivo de gestão. Ou seja, para a avaliação das necessidades de saúde, precisa-se levar em conta os saberes cotidianos das práticas, os componentes simbólicos das trocas que instituem redes sociais e que permeiam as iniciativas de gestão.

A análise do cotidiano de uma política de saúde em construção e o olhar mais atento sobre as relações entre trabalhadores fez emergir dois conceitos chave para as pesquisas em saúde coletiva, rede e apoio. Além da coincidência entre os conceitos que trabalhamos no primeiro capítulo, acreditamos que a ecologia de saberes permite explorar novas possibilidades semânticas, novas extrapolações conceituais. A concepção anti-utilitarista que a teoria maussiana ou pós-maussiana traz para o debate sobre redes, a partir da teoria da dádiva, complementa os olhares sobre redes para as gestões públicas. No nosso entendimento trata-se de posições epistemológicas plurais internas ao campo das ciências sociais e da administração

de sistemas de serviços de saúde. O apoio matricial estudado sobre as perspectivas tríadicas da dívida ultrapassa a perspectiva da produção de redes entre trabalhadores e pode passar a ser entendido como um mecanismo de produção de cidadania, da reconstrução de um novo trabalho e de uma nova sociedade. O efeito Paidéia é, talvez uma expressão do terceiro momento descrito por MAUSS, onde a retribuição não é material mas simbólica. A retribuição de um plano de cuidados partilhados não é apenas a melhor resolutividade das equipes, redes ou sistemas. Mas pode construir uma sociedade mais autônoma e prudente na relação com as possibilidades que a ciência biomédica oferece.

Porém ao examinar as teses de Gastão Wagner e as bases epistemológicas da teoria da dívida encontramos dois conceitos que talvez precisem ser melhor trabalhados.

No modelo explicativo da teoria Paidéia identificamos uma ênfase na dualidade entre interesse e desejo como motivações dos sujeitos na produção dos atos cotidianos que fazem os serviços de saúde. Ao defender que ambas as noções devem estar presentes no dia a dia da gestão de serviços e de sistemas de saúde o autor entende:

[...][o Interesse indica um compromisso maior com o real. Para a psicanálise, com o interesse estariam implicadas pulsões de auto-conservação do Ego (Lalanche & Pontalis, 1992). Ou seja, o atendimento de interesses depende de maior capacidade do Sujeito para lidar com dados de realidade. Daí a possibilidade de contraposição entre desejo e interesse: a relativa liberdade do Sujeito de autoconsumir-se ou também a de renunciar ao desejo que lhe pareça uma ameaça. (CAMPOS, 2000, p. 76).

Allain Caillé considera a questão do reconhecimento como um conceito transversal a toda produção da sociologia. O estudo da produção de Campos e um encontro com o próprio autor<sup>3</sup>, no percurso deste, nos permitem conhecer os autores das ciências sociais que influenciam a teoria Paidéia. Como indica Martins (2002) a sociologia da saúde no Brasil tem seguido os caminhos da sociologia herdeira da produção norte-americana e cujo interesse está concentrado na sociologia das

---

<sup>3</sup> Tivemos a oportunidade de discutir as prováveis contribuições da teoria da dívida com o Prof. Gastão Wagner por ocasião de sua visita ao Recife para um fórum sobre apoio e gestão da clínica organizado pela SMS.

profissões da saúde e em autores como Talcott Parsons, Erving Goffman e Howard Becker. Ao revisar o conceito de reconhecimento em autores clássico do pensamento sociológico, o sociólogo francês analisa as contribuições de Tocqueville, Marx, Weber, Durkheim, Bourdieu e na tradição sociológica americana. Conclui a partir da produção de Axel Honeth que o reconhecimento passa por questões sobre quem reconhece quem, o que se reconhece, e o que chama de grau de consistência do próprio reconhecimento. Portanto conclui:

Boa parte da discussão atual recai sobre a distinção entre o que se poderia chamar de reconhecimento positivo e o reconhecimento normativo, ou seja, a identificação reiterada, a admissão de um fato, de um acontecimento, de uma pessoa, ou a atribuição de um valor positivo ou negativo ao acontecimento, ao fato ou à pessoa... Ora, o que queremos dizer quando propomos que o que é próprio dos sujeitos humanos é desejar o reconhecimento? Dando continuidade à trilogia proposta por A. Honneth – entre a autoconfiança em que buscamos na esfera do Amor, o respeito ao qual aspiramos na esfera político-jurídica e a autoestima que pretendemos acessar pela nossa contribuição à divisão social do trabalho – propomos analisar se o conceito de reconhecimento é de fato aquele que inclui necessariamente amor, respeito e autoestima. (CAILLÉ, 2008, p. 157).

Com isso podemos sugerir o acréscimo à ecologia de saberes presente na teoria Paidéia que o reconhecimento passe a ser um dos elementos analíticos para se operar uma política que tenha dentre seus pressupostos uma proposta radical de democratização institucional. A expressão disto para o apoio matricial ou apoio institucional é que apoiadores, mediadores, formuladores precisam considerar questão inerentes ao reconhecimento. Os resultados apontados neste estudo sugerem que está é uma categoria importante para os profissionais de saúde, sobretudo quando apresentam o desconforto produzido pela pouca apropriação de usuários e outros colegas sobre as especificidades de seu trabalho. Neste momento os elementos simbólicos do trabalho em saúde sobressaem-se em relação aos elementos financeiros, e o que pedem os médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, agentes comunitários de saúde é o reconhecimento do que fazem como uma prática capaz de mudar o rumo das coisas. A dádiva é o elemento presente na representação para si do ambiente de trabalho, um ambiente degradado não dificulta apenas o trabalho por falta de espaço ou luminosidade. Impede a circulação da dádiva e a produção do cuidado. A mesma análise está presente na concepção de rede assistencial de Mendes e na produção de Campos. Porém, em ambas, as condições estruturais são apresentadas como condicionantes do trabalho. A

perspectiva que oferece as noções de reconhecimento discutidas pelos autores do MAUSS permite compreender a complexidade deste fenômeno social e da produção dos elementos simbólicos ligados ao trabalho. Esta compreensão jamais pode ser confundida com a idéia de que, a partir da incorporação dos conceitos de gestão da dádiva aqui proposto as questões estruturais deixem a agenda pública. Uma noção ampliada de rede deve oferecer a política pública uma perspectiva mais complexa e permite admitir que a produção do cuidado, aqui em questão, possa extrapolar as questões estruturais. Dentro da visão sistêmica isto pode não só oferecer capacidade de resistência aos coletivos organizados, mas sobretudo capacidade de ampliação de direitos a partir do fortalecimento de vínculos e das redes de apoio social.

Os principais estudos da área da saúde coletiva que se dedicaram a estudar as práticas integrativas descrevem a PNPIC publicada em 2006 com muita esperança. Advinda da comemoração do reconhecimento por parte do Ministério da Saúde, possivelmente. Porém no plano de organização de ações assistenciais, como descrito na inscrição da política, a ampliação de acesso e sobretudo nas práticas corporais integrantes do conjunto de ações da Medicina Tradicional Chinesa, leia-se Tai Chi Chuan e Lian Gong. O segundo componente foram os procedimentos ambulatoriais em acupuntura e homeopatia. Com destaque para procedimentos de acupuntura realizados por profissionais não médicos. (Dados apresentado no II Encontro de Gestores em Práticas Integrativas. Ministério da Saúde. Brasília, 2010). Estes são procedimentos relacionados na tabela do SIA, única forma de cofinanciamento por parte do Ministério da Saúde. O processo de construção da PNPIC foi fruto muito em parte, da reivindicação de seguimentos corporativos de subcategorias profissionais. É indiscutível a contribuição destas entidades da sociedade civil, inclusive na construção do marco teórico que justifica a PNPIC. Feito com base em uma visão bastante ampliada de saúde e de sociedade. Porém a imperiosidade institucional só tornou possível a inclusão das práticas com “reconhecido valor técnico-científico” e com reconhecimento formal no Código Brasileiro de Ocupações.

Esta dificuldade legal se traduz nos municípios na dificuldade de contratação efetiva (desprecarizada) dos profissionais. Porém nos municípios as práticas integrativas

compõem um universo de práticas que dialoga com a cidade. A possibilidade da política da saúde apoiar estes movimentos, ou ser permeada por eles é como a publicização destas práticas. Infelizmente, do ponto de vista financeiro este esforço é praticamente de apenas um ente federado. Na visão dos autores a quem recorre Santos certamente são descritores de uma política mais frágil do ponto de vista institucional. E de fato o é. Este não é um fenômeno exclusivamente financeiro, a falta de uma base comum de reconhecimento e certificação dificulta a incorporação, por exemplo, da Yoga, uma prática com forte nível de evidência para vários problemas clínicos.

Os esforços de integração da política setorial de práticas integrativas por parte de sua coordenação no Departamento e Atenção Básica do MS estão presentes produções do DAB mais recentes. Desde a portaria 154 de 2008, que algumas práticas estão representadas no NASF. Porém com a re-edição da Portaria 648 de 2006, a nova política de atenção básica passa a incorporar novas práticas no elenco de composição possível para as equipes do NASF, além de ampliar o seu financiamento. Com o lançamento do programa Academia da Saúde o ministério abre a primeira linha de financiamento que permite a construção de espaços de práticas integrativas nos pólos das academias contratados. Por fim, o recém criado programa de melhoria do acesso e da qualidade reconhece as práticas integrativas como elenco de práticas que podem fazer parte das práticas da atenção básica.

O decreto 7508 de 2011 regulamenta a lei 8.080 de 1990 e, entre outras coisas, abre uma brecha legal para ampliação do elenco de práticas que pode integrar o quadro de práticas do SUS. O decreto menciona a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES. Uma relação já ampliada deve ser publicada em 2012 e deverá ser revista periodicamente. A RENASES pode ampliar as possibilidades de reconhecimento e incorporação das práticas ao SUS alterando as possibilidades de financiamento.

Uma iniciativa que nos parece muito acertada, sobretudo quando discutida à mesma luz dos estudos de Boaventura de Souza Santos é a cooperação internacional do Ministério da Saúde e do México na construção de referenciais para as Medicina Tradicionais, como algumas práticas integrativas são reconhecidas pela OMS/ONU.

A experiência Mexicana de incorporação ao elenco de práticas reconhecidas por seu ministério da saúde utilizou o conceito de interculturalidade para defender a convivência entre os saberes e práticas indígenas e do sistema biomédico. A interculturalidade é para Santos uma expressão de uma nova ciência capaz de dismantelar barreiras, diluir fronteiras e romper com colonialismos políticos e científicos.

A política municipal de Recife inclui outras práticas desde mesmo antes da publicação da portaria 971 de 2006. Estas práticas são a análise bioenergética, a yoga, a psicomotricidade relacional, a dinâmica energética do psiquismo, as práticas artísticas e culturais, a hidroginástica, as práticas de nutrição integral, a dança circular, a automassagem, e a contação de histórias. O NAPI incorporou a massoterapia e aromaterapia e a medicina antroposófica. O estudo de Paulo Henrique Martins sobre as práticas integrativas no Recife entende como um dos elementos de humanização presentes nas práticas integrativas são as redes que se constituem entre coletivos e terapeutas. Estas redes se pautam por problemas mais amplos e procuram construir outros modos de se colocar na cidade. Esta perspectiva de movimento é captada pela MARES quando aplicada ao processo de trabalho e vem a tona por meio das propostas dos trabalhadores de implementar uma política de sustentabilidade na UCIS e nas práticas de saúde.

A teoria de interculturalidade e a concepção anti-utilitarista da aplicadas ao pensar e o agir em gestão nos faz sugerir a tese da Gestão da Dádiva, como uma ética de gestão para a democratização, atenta aos valores simbólicos das práticas de saúde, atenta às redes de apoio que se constituem no cotidiano dos serviços, a complexidade da produção social dos determinantes de saúde e nos paradoxos presentes na relação entre as liberdades individuais e as obrigações coletivas. Por Gestão da Dádiva, há que se advertir, não entendemos o controle o vigilância dos atos simbólicos, o que vários autores vêm descrevendo como desvios à teoria Paidéia. A utilização dos recursos semióticos da análise institucional, da psicanálise, e até da educação crítica para o desenvolvimento de micrototalitarismos no cotidiano dos atos em saúde.

O caminho que tomou a sociobiologia descrito por Santos nos remete a noção de biopolítica apresentada por Pelbart (2008). Em Vida Capital, o autor retoma o

conceito inicialmente utilizado pelos filósofos judeus-alemães como Walter Benjamin, e posteriormente trabalhado por Foucault em suas últimas obras. O biopoder é descrito por Foucault como uma das faces do capitalismo, sobretudo por sua capacidade de controle da produção de subjetividades. A biopolítica seria a forma como o capitalismo opera e constrói o biopoder. Pelbart defende que biopolítica é a forma de atuar no capitalismo, por dentro, utilizando de suas potências porém para produção de afetos, de descaminhos, de ressignificações. Assim, todas as práticas em saúde possuem um atravessamento biopolítico. Até mesmo as orientações meditativas da Yoga, quando inseridas no contexto global de uma metrópole como Recife podem ser permeada por atos prescritivos. Basta dizer que as práticas integrativas convivem num intermezzo entre práticas de promoção da saúde e práticas cosméticas.

O que é inegável é o componente de fundação privada das práticas integrativas no Recife e no Brasil. Diferentemente das práticas biomédicas que foram se construindo pelo caminho da caridade, da filantropia e da indigência, passando pela construção dos sistemas previdenciários e por fim chegando a constituir o SUS. As práticas biomédicas sempre tiveram uma relação, mesmo que utilitarista, com o sistema público. Este componente privado não subtrai das práticas integrativas seu potencial cuidador, humanizante. Porém, visto sob a ótica da biopolítica, em que somos levados a nos questionar em que estas práticas podem infectar o instituído podemos enxergar eminentes riscos ao que Boaventura chama de facismo social. São manifestações microfacistas na defesa corporativa do interesse menor. Este risco está presente no encontro das práticas integrativas com o sistema de práticas instituído. As expressões disto são as iniciativas que se organizam numa atitude fetichista com as práticas e que as consideram com salvadoras, ou redentoras. Esta atitude se reflete em iniciativas de oferta das práticas pelas práticas, uma centralidade em si mesma. A interculturalidade implica na convivência, na dialética entre saberes, na prudência, e na solidariedade. Biopolítica implica afetação, mistura, integração.

A última das reflexões a partir das contribuições de Santos ao pensar as práticas integrativas e as políticas públicas é a noção de estado movimento social e suas implicações para pensar o controle social. A proposta do Conselho Municipal de

Práticas Integrativas que significa a institucionalização e a politização da política de práticas integrativas no Recife. A institucionalização por que deve ser reconhecida em portaria municipal e a politização pela criação do espaço público de produção de política que passa a ser o conselho. O concepção de estado movimento social é a idéia de que o conselho se constitua na prática, ou nas práticas. Espera-se das entidades representadas e dos movimentos constituintes a produção de uma política em rede de movimentos, uma política de reles (FONTES, 2008). Uma participação popular e solidária na co-produção da política na cidade. Esta política inevitavelmente atravessa o cotidiano dos movimentos que são, por isso convidados a pensar o sistema de saúde e as lutas cotidianas dos movimentos e atores sociais por este direito. A concepção anti-utilitarista orienta uma participação inserida na perspectiva da constituição de uma idéia ampliada de estado, o estado movimento social não é o estado que tudo provém, e com o qual os cidadãos não tenham ou nutram sentimentos de comunidade, de cuidado. A participação no conselho é uma forma de introduzir uma prática no conjunto de práticas de se dispõem, como movimento social, a cooperarem entre si nos campos do saber e do fazer e por isso abdicam de uma organização corporativa e de uma relação facista com o estado. Esta é a biopolítica das práticas na construção do SUS.

## Referências

- ANDRADE, J. T. de; COSTA, L. F. A. da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 3, Sept. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300003) &lng=en&nrm=iso>. access on 15 July 2011. doi: 10.1590/S0104-12902010000300003.
- ANDRADE, J. T. de. *Medicina Alternativa e Complementar. Experiência, corporeidade e transformação.* EDUFBA/EDUECE. Salvador, 2006.
- BOBBIO, N. *Dicionário de Política*, Editora Universidade de Brasília, 13<sup>a</sup>, 2000, Vol. 2.
- BRAZIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. [http://www.stn.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/municipios.asp?UF=PE&ANO=%&MES=%&UNDOS= TODOS&ORMATO=TELA](http://www.stn.fazenda.gov.br/estados_municipios/municipios.asp?UF=PE&ANO=%&MES=%&UNDOS= TODOS&ORMATO=TELA)
- CAILLÉ, A. Reconhecimento e Sociologia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais.* São Paulo. v. 23 n. 66. 2008.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de Saúde. In: Merhy EE. e Onocko R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial. 1997a. pp. 229-66.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em Saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S. (org.) *Tratado de saúde coletiva.* Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.19-51, ilus. (Saúde em debate, 170).
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde paidéia.* Editora Hucitec, São Paulo, 2003, 185p.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos.* Editora Hucitec, São Paulo, 2000.
- CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva [online].* 2007, vol.12, n.4, pp. 849-859. ISSN 1413-8123.
- CARVALHO, G. et al; *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.* IDISA, Campinas, 2008.
- CECÍLIO, L. C. O. e MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, R e Mattos, RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.197-210, ilus.

DELEUZE, G. *Lógica do sentido*. Trad. Luiz Roberto Salinas. São Paulo: Editora Perspectiva S. A. 2009.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. *Introdução: Rizoma*. In: Deleuze G. e Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Aurélio Guerra Neto (trad.). Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995a.

GOLDENBERG, P. *O Clássico e o Novo: tendências, objetivos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 444p.

LACERDA, A. *Redes Sociais no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. Tese de Doutorado. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

LEAVELL, H., CLARK, E.G. *Medicina preventiva*. São Paulo. McGraw-Hill do Brasil; 1976.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. et al *O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz – MG*. In.: *O TRABALHO EM SAÚDE: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*”; HUCITEC, São Paulo, 2003.

MERHY, E.E. *SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO.. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec ; 2002. (Saúde em Debate, 145). ISBN: 85-271-0580-2*

MARTINS, P.H. CAMPOS, R.C. *Polifonia do Dom*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. 332p.

MARTINS, P. H., FONTES, B. *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas*. 2ª Ed. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2008;

MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003, 335 p

MATTOS, R.A. *Cuidado Prudente para uma Vida Decente* In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. org. *Cuidado: as fronteiras da integralidade /*. 3. ed. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 320p. ISBN 85-89737-24-1.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.

PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. org. *Cuidado: as fronteiras da integralidade /*. 3. ed. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 320p. ISBN 85-89737-24-1.

NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. *What is Complementary and Alternative Medicine?* Bethesda, 2007

NUNES, E. D. *Sociologia da saúde: história e temas* In: Campos, G. W. S. (org.)

Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.19-51, ilus. (Saúde em debate, 170).

OLIVEIRA, G.N. de. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Tese de doutoramento. UNICAMP - Campinas, SP : [s.n.], 2011.

PELBART, P. P. Vida Capital: ensaios de biopolítica. Editora Iluminuras – São Paulo, 2003.

PINHEIRO, R., LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R, MATOS, R. M. (org.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p.

PINHEIRO, R., MARTINS, P.H. Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro/Recife: CEPESC-IMS/UERJ – Ed. Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO. 2009.

PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. org. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde – Rio de Janeiro:UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. 312p. (Série Saúde Coletiva, Instituições e Sociedade Civil) ISBN 978-85-897-37-61-6.

SANTOS, F. de A.S. Análise da política de práticas integrativas e complementares no Recife — Recife. Dissertação de Mestrado. CPQAM/Fiocruz Santos. 2010

SANTOS, L. O que são redes? In: CARVALHO et al.; Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. IDISA, Campinas, 2008.

SILVA Jr. A. G., Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES Jr., H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: CARVALHO, G. et al; Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. IDISA, Campinas, 2008.

SPADACIO, Cristiane et al . Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, jan. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 14 jul. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2010000100002.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, Oct. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 July 2011. doi: 10.1590/S0034-89102008000500018.

TESSER, Charles Dalcanale. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, Aug. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000800009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800009&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 July 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2009000800009.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Feb. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 July 2011. doi: 10.1590/S1413-81232008000100024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva, 2005. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf)>. Acesso em: 26 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Geneva, 2000. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2000.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf) >. Acesso em: 26 set. 2011.

## **Apêndices e Anexos**

## Apêndice 1



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa *Práticas Integrativas no SUS do Recife e o Modelo em Defesa da Vida: análise da política municipal de Práticas Integrativas no período de 2009 a 2011*.

Você foi selecionado por sua atuação no Programa de Saúde da Família e/ou no Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas e sua participação na pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são: *Analisar a política de práticas integrativas no município de Recife, Caracterizar a ampliação da política municipal de práticas integrativas e complementares no município do Recife, Avaliar a contribuição de PMPIC para o Modelo em Defesa da Vida, Analisar o impacto das práticas integrativas sobre as redes sociais de apoio entre trabalhadores de saúde e usuários do sistema.*

Sua participação nesta pesquisa consistirá em *Responder a uma entrevista semi-estruturada e/ou participar de um grupo focal.*

Os riscos relacionados com sua participação são do possível constrangimento durante os grupos ou entrevistas. Os benefícios previstos relacionados com a sua participação são a ampliação da sua rede social de apoio e de sua capacidade de atuação no Sistema Único de Saúde e na sociedade. Os resultados da pesquisa serão apresentados a todos os participantes no seu local de trabalho.

**As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.** Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. A entrevista será transcrita e na transcrição serão omitidos os nomes e qualquer dado que possa identificar o participante. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer

momento.

Qualquer dúvida sobre os aspectos éticos desta pesquisa você pode consultar o Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE.

Comitê de Ética em Pesquisa – CCS/UFPE  
Avenida da Engenharia, s/n – 1º andar  
50740-600 – Cidade Universitária  
Recife PE  
Tel (81) 2126-8588  
cepccs@ufpe.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

Pesquisador Responsável  
Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida  
R, Mardônio de Albuquerque Nascimento, 94  
Várzea – Recife PE  
50741-380 – Tel (81) 99273113

## APÊNDICE 2

**Roteiro de Entrevista e Grupo Focal****Identificação**

Idade:           Profissão:           Experiência em Saúde da Família:  
Experiência em Práticas Integrativas:

**Pergunta 1**

Quais os principais problemas de sua prática no PSF?

**Pergunta 2**

A quem você recorre para minimizar ou resolver estes problemas?

**Pergunta 3**

De que forma as práticas integrativas ajudaram neste contexto?

**Pergunta 4**

De que forma o NAPI ajudou neste contexto?

## Anexo I

### Caso Clínico

**USF Córrego da Bica, ESF III**

**M.M.S. Idade 60 anos**

**Queixas: Dores. No momento a que mais incomoda é na região glútea direita, que irradia para membro inferior direito. Intensidade alta. Início há cerca de 11 anos.**

**Também se queixa de dor difusa nas pernas e nas mãos, em queimação.**

**Refere que tem “sofrimento desde criança”. Sempre “viveu em hospital”, “não tinha saúde”, sempre com “muita dor no corpo”.**

**Seu dia a dia se resume a serviços domésticos, porém, sua médica diz que ela “passa o dia todo no sofá”, seus familiares que fazem tudo para ela.**

**Quase não sai de casa, nem para ir à USF, apesar de poder caminhar. Diz que precisa de seu neto para tudo, inclusive se vestir e se calçar (apesar de conseguir fazê-lo durante a consulta). Sobre as atividades de casa diz que “só faz chorando de dor”.**

**Se mostra negativa e impaciente no momento da consulta, apesar de colaborar respondendo a todas as perguntas.**

**Não dorme bem, “só com remédio”.**

**Baixo apetite, diz que come muito pouco, apesar de aparentar peso normal a elevado.**

**Diz que tem desejo por doce que iniciou após o diagnóstico de diabetes.**

**Histórico cirúrgico: correção de hérnia discal lombar, apendicectomia, colecistectomia.**

**Anexo 2**

**Projeto Terapêutico UCIS Guilherme Abath**



PREFEITURA DO  
**RECIFE**  
SECRETARIA DE SAÚDE  
DISTRITO SANITÁRIO II  
*R. Eduardo Wanderley, 221, Encruzilhada*  
*F. 3426 3271*

**UNIDADE DE CUIDADOS  
INTEGRAIS A SAÚDE (UCIS)  
PROF. GUILHERME ABATH  
“PROJETO TERAPÊUTICO”**

**MINUTA**

## INTRODUÇÃO

“A existência da saúde, que é física e mental, está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras. Um conceito ampliado não poderia então considerar saúde só como resultante das formas de organização social da produção. Pois é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que é também, não esqueçamos, biológico.” ( Vaitsman, 1992)

Segundo Mattos (2004) o homem é um ser integral, possuindo minimamente, três dimensões, biológica, emocional e social, devendo todas ser contempladas por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a saúde. Nessa perspectiva a integralidade também corresponde a:

- Capacidade para responder ao sofrimento manifesto, o que depende tanto da postura dos profissionais, como da organização dos serviços.
- Postura não reducionista frente à necessidade de ações e serviços de saúde apresentada pelos sujeitos.
- Capacidade de apreensão ampliada das necessidades de ações de saúde, no contexto de cada encontro, por meio do olhar atento.
- Reconhecimento e defesa da intersubjetividade inerente às práticas em saúde, que fundamentalmente envolvem uma dimensão dialógica ou de negociação, entre profissionais e usuários, quanto à definição dos projetos terapêuticos.

## OBJETIVO

A UCIS Prof. Guilherme Abath está inserida no projeto Práticas de promoção à saúde, da PCR- Distrito Sanitário II- com a seguinte finalidade:

## Objetivo Geral

Proporcionar práticas complementares de promoção à saúde na perspectiva da visão integral do ser humano e do cuidado com o corpo na saúde e na doença.

## Objetivo Específico:

1. Disseminar as práticas de cuidados na rede de atenção básica;
2. Capacitar profissionais da rede de serviços, cuidadores e população sobre a necessidade de incorporação das práticas de cuidados integrais no enfrentamento dos problemas de saúde dos indivíduos;
3. Criar um núcleo experimental de práticas de cuidados integrais, desenvolvendo métodos e técnicas para avaliar sua adequação e resultados esperados, além de constituir uma referência para disseminação dessas práticas.

## ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- **Homeopatia** - criada pelo Dr. Samuel Hahnemann, médico alemão, especialidade médica reconhecida pelo CFM, desde 1980, e que tem como princípios o uso de medicamentos baseados na lei da semelhança, isto é, o que provoca cura; experimentação no homem são; medicamentos diluídos e dinamizados; individualização do paciente. Tais medicamentos são de origem animal, mineral e vegetal e manipulados por farmacêuticos que têm especialização em Farmácia homeopática.
- **Acupuntura** - tem como base os princípios filosóficos da Medicina Chinesa, especialidade médica reconhecida pelo CFM, que funciona através da estimulação de pontos na superfície da pele, visando o equilíbrio energético do indivíduo. Utiliza agulhas, calor, ventosas e laser.
- **Nutrição** – atendimento individual com nutricionistas para portadores de distúrbios metabólicos (diabéticos, obesos e hipertensos.)
- **Automassagem** – busca através de exercícios de relaxamento e consciência das tensões acumuladas no corpo, desenvolver na população em geral a capacidade que cada pessoa tem de realizar em si mesmo uma sessão completa de automassagem como forma de promover a saúde física e mental.

- **Bioenergética** - trabalha as emoções através de vivências de respiração e exercícios corporais. Indicado para pacientes com sintomas emocionais funcionais e/ou tensões corporais, além de doenças respiratórias.
  - **Lian gong** - exercícios corporais, baseados na fisioterapia chinesa, elaborados pelo ortopedista chinês Dr. Zhuang Yuen Ring, promovendo relaxamento muscular, alívio de dores e equilíbrio emocional.
  - **Tai chi chuan** - Exercícios corporais em grupo, baseados nos princípios da Medicina Chinesa, com supervisão de fisioterapeuta especializados, promovendo equilíbrio, educando a respiração e a postura.
  - **Yoga:** - Propõe a evolução global e contínua das capacidades humanas (física, mental e espiritual) e possui a concepção de Homem como ser de totalidade e relações (pensamento – emoção – ação interligados). O trabalho desenvolvido tem um caráter preventivo acolhendo qualquer pessoa que busque a manutenção da saúde, o equilíbrio mental e o crescimento espiritual.
  - **Oficinas de trabalho** tem como objetivo principal preparar profissionais da rede de serviços, cuidadores e população – formar multiplicadores que possam disseminar esse novo modelo como mais uma alternativa no enfrentamento dos problemas de saúde dos indivíduos. São elas:
    - **Fitoterapia-** terapêutica que utiliza as plantas medicinais no tratamento de sintomas. Para isso é feito um estudo farmacológico da planta, com o objetivo de determinar sua dose terapêutica e efeitos colaterais, bem como uma pesquisa sobre o uso popular nas comunidades.
    - **Alimentação saudável-** Considerando-se a importância de uma boa alimentação para uma vida de qualidade e a prevenção de doenças, são realizadas oficinas elaboradas por nutricionistas, para educar a população, quebrando tabus alimentares e introduzindo hábitos saudáveis.
    - **Dança e percussão:** oficinas em grupo, onde os participantes trabalham o ritmo, o som, os movimentos corporais, associados à música étnica, promovendo liberação de tensões acumuladas e equilíbrio emocional.
- Educação em Saúde:** Palestras realizadas pelos profissionais da casa destinadas aos usuários que em atendimento no serviço. Palestras e oficinas de divulgação do serviço junto a Atenção Básica e Unidades de Referência.

## **PROGRAMA DE ATENDIMENTO**

### **Triagem**

Triagem aberta realizada pela Equipe Técnica da Unidade. Visa a identificação pessoal e Sócio-econômica do usuário, analisando o motivo da consulta para posterior encaminhamento aos grupo e/ou especialidades.

### **Forma de encaminhamento:**

Os usuários deverão ser encaminhados pelos PSF/ PACS, POLICLÍNICA, UNIDADES CONVENCIONAIS, CAPS (infantil, álcool e outras drogas e transtorno mental) com protocolo.

Após a triagem são encaminhados para um grupo, denominado **grupo integração**, realizado pelos profissionais de cada prática, 01 vez na semana.

Na ocasião, haverá uma troca de informações. Os profissionais prestam esclarecimentos sobre as práticas e ao mesmo tempo ouvem as necessidades dos usuários, confirmando ou não a indicação terapêutica da triagem.

### **Patologias para encaminhamento:**

- Doenças alérgicas respiratórias e/ou dermatológicas;
- Doenças do aparelho digestivo;
- enxaquecas crônicas;
- ansiedade, depressão, distúrbios do pânico;
- doenças ginecológicas de repetição; menopausa
- doenças musculares e articulares crônicas;
- síndrome da fadiga crônica.
- Hipertensão arterial sistêmica;
- diabetes mellitus;
- distúrbios alimentares.

Tais usuários também participarão opcionalmente de uma prática de harmonização corpo-mente, a escolher ou a mais indicada: bioenergética, taichi, yoga, lian gong, auto-massagem

**Medicação:**

É de responsabilidade a dispensação da Farmácia homeopática, envolvendo a entrega e administração pelo auxiliar de enfermagem, cumprindo as orientações do Farmacêutico responsável.

**Tempo de Permanência**

- 04 meses para os grupos, com encaminhamento para *grupos de egresso* mensais.
- Sessões definidas para os atendimentos individuais, com prorrogação dependente da avaliação.

**Grupo de egressos**

Um espaço de avaliação pós-término do tratamento onde cada terapeuta tem a oportunidade de acompanhar o usuário que já encontra-se de alta; é um momento de incentivar a manutenção do estilo de vida apreendido durante o período que esteve na UCIS, norteado pelo novo modelo de saúde: *saúde integral*.

**Educação e ensino**

- Palestras educativas para os usuários tomarem conhecimento e se integrarem à proposta do novo modelo de saúde.
- Palestras educativas para os integrantes da assistência primária que atuam na rede.
- Capacitação de profissionais da rede.

**Pesquisa**

Convênios com instituições de ensino e pesquisa para trabalhos relacionados com o modelo de saúde proposto.

### **Ação avançada**

**Saúde mental:** trabalho com pacientes oriundos do Caps, que tiveram alta e estão sob controle medicamentoso, na prevenção de distúrbios causados por stress, ansiedade e depressão.

**Saúde da mulher:** menopausa, prevenção e tratamento de doenças ginecológicas de repetição, gestantes.

**Saúde da criança:** trabalho com mães de desnutridos, desnutridos com baixa defesa imunológica.

### **Reuniões Técnicas**

Realizadas quinzenalmente com toda equipe da Unidade, com o objetivo de discutir casos clínicos, debater assuntos de interesse da unidade e da rede assistencial

### **EQUIPE TÉCNICA**

Odimariles Dantas – Gerente da Unidade

Brena Leite – Coordenadora Clínica

Carmem Barbosa – Chefe de Apoio Administrativo

Avelina Brandão – Consultora

Andréa Albuquerque – Nutricionista

Carolina Raimundo – Nutricionista

César Augusto - Homeopata

Clélia - Médica Acupunturista

Diamantina Menezes– Tai chi chuan

Evani Araujo- Fitoterapia

Gilson Santos (Mestre Meia-Noite) – Dança e Percussão

Ivana Delgado – Auxiliar de Enfermagem

Leda Santiago – Lian Gong

Leonilda Valentim – Auxiliar de Enfermagem

Marcos Freire – Automassagem

Margarida Laranjeiras – Bioenergética

Márcia Arruda – Homeopata

Socorro do Monte – Alimentação Saudável