

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Homeopatia na Estratégia Saúde da Família: apoio matricial e visão sistêmica cartografando a integralidade do cuidado”

por

Domingos José Vaz do Cabo

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Alda Maria Lacerda da Costa
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Valéria Ferreira Romano*

Rio de Janeiro, outubro de 2013.

Esta dissertação, intitulada

“Homeopatia na Estratégia Saúde da Família: apoio matricial e visão sistêmica cartografando a integralidade do cuidado”

apresentada por

Domingos José Vaz do Cabo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Walcymar Leonel Estrêla

Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

Prof.^a Dr.^a Alda Maria Lacerda da Costa – Orientadora principal

A Adolfo Bezerra de Menezes,
médico homeopata que fez do
cuidado sua maior terapêutica.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, cuja perfeição consiste em aceitar nossa imperfeição como única forma de intervir no universo, tornando-nos instrumentos do cuidado e coautores da vida.

A Domingos e Selma de quem recebi a vida, o exemplo e o amor na forma de cuidado; e a quem agora devolvo os frutos da semente por eles plantada.

A Claudia, mais do que esposa, companheira na acepção da palavra, partilhando cotidianamente o pão da compreensão, do labor, da esperança e do amor que alimenta o cuidado.

A Bárbara, Pedro, Maria e Joana, a mim confiados pela consciência ampla para experienciar minhas primeiras noções de cuidado, a partir do amor paternal.

Aos irmãos José, Sara, Antonio e Tiago, primeiros a demonstrarem a importância de contar com uma forte rede de cuidado e atenção.

Ao Professor Romeu Carillo Jr., que mais do que iniciar-me na homeopatia, despertou o germe questionador da pesquisa que deseja transformar o mundo com paciência, perseverança e esperança.

A Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia (ABRAH), escola que me formou nesta arte de curar e que hoje aceita minhas singelas contribuições em seu corpo docente.

A Maria Filomena Xavier Mendes e Míriam Figueira Reis, primeiras a estimular-me na realização do mestrado. A Luiz Carlos Machado, por suas importantes contribuições com suas críticas no presente trabalho.

Aos professores, coordenadores e secretárias do Mestrado em Atenção Primária à Saúde por toda a dedicação e auxílio neste importante momento de nossas vidas.

Aos colegas e pioneiros deste mestrado da turma “Uns e Outros”, com quem dividi angústias, incertezas, desejos e alegrias, construindo com alteridade a dialética do Todo.

Aos colegas de trabalho e pacientes na Estratégia de Saúde da Família, com quem convivo tanto ou mais do que com meus próprios familiares; e que por esta mesma razão tornaram-se parte desta família que cada vez mais se amplia e fortalece, reafirmando os propósitos de equidade e integralidade.

Aos integrantes das Comissões Examinadoras de Qualificação e Defesa dessa Dissertação, Profs. Anna Alice Mendes, Carlos Eduardo Aguilera Campos, Walcymar Leonel Estrela e Carlos Otávio Fiuza cujas preciosas contribuições me ajudaram a encontrar o foco e o tom para o desenvolvimento desse estudo.

E as queridas, mestres e amigas, Alda Lacerda e Valéria Ferreira Romano, respectivamente orientadora e coorientadora deste trabalho, sempre presentes mesmo durante os momentos mais tempestuosos, estabelecendo o necessário ponto e contraponto, nutrindo-me com a necessária esperança que direcionou todos os esforços para alcançar esta concretizada vitória.

“Não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, não é uma parte que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo, em relação com a sociedade, em relação com o sentido global da vida”

(Leonardo Boff)

Cabo, D J V. **Homeopatia na Estratégia Saúde da Família: apoio matricial e visão sistêmica cartografando a integralidade do cuidado.** Rio de Janeiro; 2013. 77 f. Dissertação [Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia Saúde da Família] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

RESUMO

Identificando na homeopatia e demais práticas integrativas uma racionalidade médica fundamentada em um paradigma sistêmico, baseado no cuidado integral ao sujeito inserido em seu contexto social, o presente estudo tem por objetivo geral analisar os limites e possibilidades da atuação do homeopata na Estratégia Saúde da Família, a partir de sua expansão no município do Rio de Janeiro, tendo por objetivos específicos investigar a percepção do gestor sobre o papel do homeopata na Estratégia Saúde da Família; identificar as atribuições do homeopata no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e, finalmente, fornecer subsídios para a discussão política do papel do homeopata no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Utilizou-se a metodologia cartográfica de Deleuze e Guatarri para a leitura do papel da homeopatia neste contexto. Os resultados sugerem que a presença da homeopatia e demais práticas integrativas no cotidiano da atenção primária, a partir do exercício e do compartilhamento do cuidado através do apoio matricial, define um novo paradigma, que contempla o sujeito a partir da complexidade de suas determinações, impactando na resolutividade e na humanização do atendimento. Contudo as atuais políticas são tensionadas por um paradigma hegemônico, que fragmenta o cuidado, não efetivando na prática o que por elas é prescrito. Torna-se necessário, portanto, garantir espaço para o exercício destas práticas, quer diretamente pelo médico de referência, quer na mudança do modelo de apoio matricial, assumindo o papel de articulador das redes locais de cuidado, o que não somente qualifica a atenção primária a saúde, mas representa papel fundamental na construção de políticas de saúde que garantam o cuidado integral.

Palavras-chave: 1. Estratégia Saúde da Família; 2. Homeopatia; 3. Apoio matricial; 4. Cuidado integral; 5. Cartografia.

Cabo, D J V. **Homeopathy in the Family Health Strategy: matrix support and systemic vision mapping comprehensive care.** Rio de Janeiro, 2013. 77 p. Dissertation [Professional Masters in Primary Health Care with Emphasis on Family Health Strategy] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

ABSTRACT

Identifying in homeopathy and other integrative medical rationality grounded in a systemic paradigm , based on comprehensive care to the subject inserted in its social context , the present study aims at exploring the limits and possibilities of action of homeopathic in the Family Health Strategy , from its expansion in the city of Rio de Janeiro , with the specific objectives to investigate the manager's perception of the role of the homeopath in the Family Health Strategy , identifying the responsibilities of the homeopath in the Support Center for Family Health , and ultimately provide subsidies for political discussion of the role of the homeopath in the context of the Family Health Strategy .

We used the methodology cartographic Deleuze and Guattari for reading schizoanalytical role of homeopathy in this context. The results suggest that the presence of homeopathy and other integrative practices in everyday primary care, from exercise and sharing of care by supporting matrix, defines a new paradigm, which views the subject from the complexity of its determinations, impacting in resolution and in humanizing care. Yet current policies are tensioned by a hegemonic paradigm that fragments care, not effecting in practice what is prescribed for them. It is therefore necessary to ensure space for the exercise of these practices, either directly by the referring physician, or the change of matrix support model, assuming the role of articulating the local networks of care, which not only qualifies the primary care health, but represents key role in building health policies that ensure comprehensive care.

Keywords: 1. Family Health Strategy; 2. Homeopathy; 3. Matrix support; 4. Comprehensive care; 5. Cartography.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	3
1	A EVOLUÇÃO DA CONCEPÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO.....	10
1.1	O CUIDADO COMO CAMINHO.....	10
1.2	DO PARADIGMA SUBSTANCIAL AO PARADIGMA MECANICISTA.....	12
1.3	A ESCOLA VITALISTA COMO OPOSIÇÃO AO MECANICISMO E O SURGIMENTO DA HOMEOPATIA.....	16
2	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS: RUMO À MUDANÇA DE PARADIGMA.....	21
2.1	APOIO MATRICIAL: COMPARTILHANDO O CUIDADO.....	23
2.2	AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E O NASF – DE PROPOSITORAS À ÁREA ESTRATÉGICA.....	26
3	METODOLOGIA.....	29
3.1	PISTAS DO MÉTODO CARTOGRÁFICO.....	30
3.2	O CAMPO E OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	32
3.3	ETAPAS DA PESQUISA.....	33
3.4	PRODUÇÃO DE DADOS: TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO E INSTRUMENTOS DE TRABALHO.....	35
3.4.1	Entrevistas.....	36
3.5	ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS.....	37
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
4.1	INTEGRALIDADE DO CUIDADO.....	41
4.2	APOIO MATRICIAL.....	45
4.3	CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE.....	49

4.4	COMPREENDENDO MOVIMENTOS-FUNÇÕES DO DISPOSITIVO.....	53
4.4.1	Convergência dos limites	53
4.4.2	Convergência de possibilidades	55
	CONCLUSÃO	58
	REFERÊNCIAS	64
	ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	69
	ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	72
	ANEXO 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	75
	ANEXO 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PARA GESTORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	76

INTRODUÇÃO

O presente estudo analisa o cotidiano da prática do Homeopata que atua na Estratégia Saúde da Família como profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a partir do olhar sobre os conceitos de saúde-doença-cuidado, integralidade e complexidade. A motivação para o estudo surgiu do meu trabalho como Homeopata e Médico de Família, o que promoveu reflexões, inquietações e questionamentos quanto ao entendimento sobre o papel da Homeopatia no Sistema Único de Saúde (SUS), no município do Rio de Janeiro.

Por considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, o Ministério da Saúde, no ano de 2006, publicou a Portaria 971 instituindo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Esta iniciativa é um marco na democratização da saúde, pois faculta à população o direito de optar pela terapêutica de sua escolha (Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia, Antroposofia e Termalismo/Crenoterapia). Contudo, segundo dados da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde, por ocasião da realização do I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde² em comemoração aos 20 anos do SUS, ainda que o número de homeopatas na saúde pública tenha quase que dobrado, passando de 437 profissionais em 2004 para 810 em 2008, ele ainda é insuficiente para tornar, de fato, esse acesso universal.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), entendida como prioritária para a reorganização da Atenção Básica³, baseia-se na lógica da organização sistêmica e da complexidade, quando vislumbra o conceito de saúde como impreciso, ou seja, *“definido a partir de questões centrais ou atratores, e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico”*⁴ (p. 5). Reconhecido pelo ponto de vista do observador, a concepção saúde-doença pode ser analisada sob diversos níveis de

organização que se articulam (biológico, psicológico, econômico, social, cultural). Desta forma, em nível individual, a expressão da doença pode ser, simultaneamente, fisiopatológica, sofrimento e representação cultural. No nível coletivo, tem uma expressão populacional, moral (como conjunto de regras) e espacial (organização e disposição). Concebendo-se tais expressões como sistemas dentro de sistemas que, relacionando-se de maneira dialética, influenciam-se mutuamente e forma um todo que não pode ser fragmentado⁵, a ESF trabalha em nível individual pela lógica da subjetividade do sujeito que adoece⁶ enquanto que se organiza territorialmente, tratando a doença pela lógica da determinação social da saúde – onde um nível não pode prescindir do outro.

A concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado, visto pela lógica da integralidade, sobre a qual a ESF se fundamenta, por si já legitima a preocupação com o acesso universal a outras racionalidades médicas¹ tais como a homeopatia e as demais práticas integrativas.

Além disso, a Portaria 154/2008, que considera em seu preâmbulo, entre outras, a própria PNPIC como sua justificativa, criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), instituindo um coletivo de categorias profissionais e especialidades que ficariam responsáveis pelo matriciamento do cuidado, junto às equipes de Saúde da Família⁷. Anos mais tarde, a Portaria 2488/2011⁸, embasada nas diretrizes constitucionais que estabelecem a saúde como direito de todos no Pacto pela Saúde e na Política Nacional de Atenção Básica de 2006, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a constituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos quais já demonstra a preocupação da incorporação das práticas integrativas para a promoção da integralidade do cuidado, principalmente por intermédio da ampliação da clínica. Desta maneira, a mesma política incluiu o médico homeopata, assim como o médico acupunturista, o fisioterapeuta, o nutricionista entre outras especialidades e categorias profissionais como participantes do NASF.

¹ Racionalidade Médica – Sistema lógico e teoricamente estruturado, devendo ter como condição necessária e suficiente para ser considerado como tal a presença dos seguintes elementos: morfologia (concepção anatômica), dinâmica vital (fisiologia), sistema de diagnósticos, sistema de intervenções terapêuticas e doutrina médica (cosmologia)²⁵. Neste sentido, a homeopatia seria uma racionalidade médica, distinta da medicina chamada alopática.

Todavia, o que se observa na prática é que, mesmo reconhecendo os avanços que estas políticas representam, elas não são suficientes para efetivar a incorporação das práticas integrativas junto à atenção básica à saúde. Isto não é diferente na cidade do Rio de Janeiro. Organizada em dez coordenações de áreas de planejamento (CAPs)^{II}, em 2008, com a expansão da atenção primária à saúde a partir da Estratégia Saúde da Família, a Secretaria Municipal de Saúde descentraliza a gestão por cada CAP, entregando sua gestão a Organizações Sociais de Saúde (OSS) distintas. Isto implica que os dados sobre a presença de homeopatas nos NASF e na ESF encontrem-se dispersos, uma vez que cada CAP é gerida por uma OSS diferente.

Existem distorções em relação ao que propõe a Política e o que tem sido realizado na prática, já que mesmo que considerássemos a análise da produção das consultas de homeopatia, em que pese a consulta homeopática ser codificada pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS) desde 1999 este código não se encontra disponível para utilização nas versões de prontuário eletrônico presentes na rede, impossibilitando quantificar esta produção. Portanto os dados, que deveriam expressar desde a dinâmica do usuário e suas demandas específicas ao processo de produção de cuidado, simplesmente inexistem. Em si, esta dificuldade em traçar um retrato mais preciso do usuário e sua demanda pelas Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, já demonstra as dificuldades de acesso a outras modalidades de cuidado.

O usuário recorre à unidade básica de saúde em busca do cuidado. Não somente como síntese das atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, mas em seu sentido mais amplo, como atitude de quem deseja recuperar sua autonomia, tornando-se sujeito de si, capaz de compreender-se e, portanto de cuidar-se⁹, ainda que, de todo, não tenha consciência disso. Porém o que encontra, no mais das vezes, é um atendimento fragmentado, centrado no patológico, distanciado do sujeito. Não se leva em conta que o processo saúde-doença se dá em uma perspectiva relacional, pois o normal e o patológico só podem

^{II} Áreas de Planejamento – Divisão distrital do Município do Rio de Janeiro para organizar o planejamento estratégico da cidade. Atualmente, pela Secretaria de Saúde, a cidade é dividida em 10 Coordenações de Áreas de Planejamento: 1.0 (Centro), 2.1 (Zona Sul), 2.2 (Grande Tijuca), 3.1 (Zona da Leopoldina), 3.2 (Grande Méier), 3.3 (Irajá, Madureira, Guadalupe e adjacências), 4.0 (Barra da Tijuca e Jacarepaguá), 5.1 (Realengo, Bangu e adjacências), 5.2 (Campo Grande, Guaratiba e adjacências) e 5.3 (Santa Cruz, Sepetiba e adjacências).

ser apreciados em uma relação⁶. Além do mais, a fragmentação da atenção aos sujeitos se aligeira da concepção de humanização relevante compreendida como:

um conjunto de proposições cujo norte ético e político é o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum (p. 19).¹⁰

Desse modo, ainda que apresentemos avanços na implementação da ESF no Rio de Janeiro, a efetivação de uma política regional de Práticas Integrativas e Complementares, com toda a importância que elas representam, encontra-se longe de sua execução.

Por vezes ocorre que este usuário encontre, na busca desse Bem comum, um profissional que estabeleça essa abordagem. Porém, a forma como a atenção básica encontra-se estruturada cabem alguns questionamentos: quais as possibilidades e limites do homeopata na Estratégia Saúde da Família (ESF)? Um atendimento com a homeopatia seria possível a todos os pacientes que buscam a ESF intencionados em compreender seu processo saúde-doença-cuidado? E ainda que possível, o médico homeopata, por sua formação afeita à visão sistêmica e integral do sujeito, teria essa percepção sobre seu trabalho junto a ESF? Pode-se argumentar que, como o próprio Ministério da Saúde propõe, o lugar do homeopata, assim como o de outras práticas integrativas seria junto ao NASF, como matriciador do cuidado. Contudo, matriciar a quem? Se o profissional de saúde que se encontra junto à equipe de ESF não é homeopata e foi formado sob o paradigma biomédico ainda hegemônico, como prescreveria homeopatia, racionalidade médica que se encontra centrada no sujeito? Esta racionalidade teria a capacidade de traduzir-se em resultado terapêutico, incorporando estes conceitos e dialogando com os conhecimentos acumulados da biomedicina? Como estabelecer esta dialética, adequando-a ao processo saúde-doença-cuidado?

Reflexionar sobre o papel do homeopata na ESF e no NASF pode contribuir, com o reconhecimento de direitos a escolha da terapêutica (equidade) que traga ao sujeito e aos sistemas onde se insere (família, comunidade, sociedade) o cuidado global – de si, do outro, do mundo⁹. Sendo trabalhador no campo da saúde pública há mais de uma década, e pediatra de formação, posso testemunhar o quanto

tornar-me homeopata facilitou minha transição para a Estratégia Saúde da Família, exatamente por proporcionar esta visão mais abrangente do processo saúde-doença, transcendendo este paradigma para a integralidade do cuidado. Não considerar mais que uma amigdalite é igual a tantas outras, mas enxergar o sujeito que se expressa, de forma única por sua dor de garganta traduz um salto de qualidade que a ESF deseja e a população merece.

Logo, compreender a importância da homeopatia no contexto da ESF e do NASF, a partir dos profissionais que com ela trabalham, reconhecendo seus limites de atuação e as possibilidades a serem desenvolvidas, torna-se importante como contribuição para a efetivação dos pilares do Sistema Único de Saúde e para a melhoria do cuidado. Vistos agora não mais como segmentos dissociados, os sujeitos tornam-se integrados a grande rede de relações, capazes de exercer escolhas e buscar caminhos para o autocuidado como movimento intrínseco da vida real, tornando-se livres e sadios para realizarem então os mais altos fins de suas existências¹¹.

O objetivo geral desta dissertação é analisar os limites e possibilidades da atuação do homeopata na Estratégia Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro, tendo por objetivos específicos investigar a percepção do gestor sobre o papel do homeopata na Estratégia Saúde da Família; identificar as atribuições do homeopata no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e, finalmente, fornecer subsídios para a discussão política do papel do homeopata no contexto da Estratégia Saúde da Família.

A estrutura da dissertação se organiza em quatro capítulos, seguidos da conclusão.

No primeiro capítulo buscamos traçar a evolução da concepção de saúde-doença-cuidado, dividindo-o em três subcapítulos. No primeiro, conceituamos o Cuidado a partir da análise de Foucault que por sua vez referencia-se na valorização socrática do “cuidar de si”⁹. Buscamos demonstrar a evolução deste conceito ao longo da história, reflexionando sobre a importância do autocuidado como garantidor da autonomia do sujeito e como no desenvolvimento do pensamento cartesiano esta lógica fora modificada. No segundo subcapítulo acompanhamos a evolução dos

paradigmas de saúde-doença-cuidado, buscando compreender o contexto que propiciou o surgimento do paradigma biomédico e o porquê de sua hegemonia até os dias de hoje. Demonstra-se a importância e limitação dos modelos de atenção como determinantes do cuidado. Já no terceiro subcapítulo fazemos um resgate histórico das raízes do Vitalismo, como escola em oposição ao mecanicismo, e de como suas bases influenciaram não só o surgimento da homeopatia mas muitas das teorias contemporâneas como a teoria sistêmica e a complexidade, que reveem a necessidade de estabelecer o cuidado a partir da lógica da integralidade

No segundo capítulo, após esse resgate histórico, revisamos a formulação das políticas públicas de saúde no Brasil, correlacionando o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares com a consolidação da Estratégia Saúde da Família e o surgimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e sua composição pelas Práticas Integrativas, como matriciadores do cuidado. O dividimos em dois subcapítulos. Um, dedicado a compreender o apoio matricial, seus limites e possibilidades no compartilhamento e na responsabilização do cuidado, bem como os conflitos de interesse por trás das dificuldades em sua compreensão e implementação junto a Estratégia Saúde da Família. O outro subcapítulo retoma a discussão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a partir da fundamentação teórica do subcapítulo anterior, buscando compreender o porque da aparente dissonância entre sua proposição política e sua implementação na prática. Discute também o papel das Práticas Integrativas neste processo e o atual contexto destas junto a Estratégia Saúde da Família.

O terceiro capítulo aborda a metodologia, com destaque para a definição da cartografia a partir dos conceitos de Deleuze e Guatarri, utilizada em todas as etapas da pesquisa detalhadamente explicitadas em subcapítulos: o campo e os sujeitos da pesquisa, etapas da pesquisa, produção de dados a partir de entrevistas semiestruturadas e discussão dos dados.

Os resultados da pesquisa são abordados no quarto capítulo, a partir de categorias de análise surgidas durante o processo de cartografia: integralidade do cuidado, apoio matricial e formulação de políticas públicas de saúde. Um subcapítulo é dedicado a esclarecer outra forma de análise inerente ao modelo cartográfico, que trata da compreensão do conceito de movimento-função do dispositivo, trazendo

linhas de entendimento dos limites e possibilidades da homeopatia e demais práticas integrativas frente à Estratégia Saúde da Família.

Por fim, apresento a conclusão onde apontamos para algumas questões centrais discutidas ao longo do trabalho e indicamos possíveis desdobramentos da pesquisa.

1 A EVOLUÇÃO DA CONCEPÇÃO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO

1.1 O CUIDADO COMO CAMINHO

Cuidar deriva do latim *cogitare* que significa imaginar, pensar, meditar, julgar, supor, tratar, aplicar a atenção, refletir, prevenir e ter-se. Cuidar é o cuidado em ação¹². É um modo de fazer na vida cotidiana que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas em lugares e tempos distintos de sua realização¹³. Percebe-se, desde sua origem, a polissemia do termo, o que nos remete, de imediato, a uma pergunta: a que cuidado nos referimos?

Contrapondo a máxima grega “conhece-te a ti mesmo” com outra formulada por Sócrates em seus diálogos “o cuidado de si te assenhora”, Foucault⁹ demonstra que aquele princípio deriva deste último, ou seja, conhecer-se estaria contido em cuidar-se. O autoconhecimento recomenda a prudência necessária para que, compreendidas nossas limitações, exerçamos plenamente o autocuidado. Esta diferenciação se faz importante, pois, já naquele momento, havia a percepção de que as pessoas se ocupavam de suas coisas, porém não cuidavam de si. E, para citar exemplos, critica as atividades que passavam por cuidado em sua época: a medicina que, cuidando do corpo, ignorava o sujeito que dele cuidava; a economia, que leva a ocupação com os bens e riquezas que pertencem ao sujeito, mas não lhe constituem; e a erótica, que cuidando da aparência, descuidava do sujeito que a envergava.¹⁴ Teria Sócrates, ele mesmo, abandonado seus interesses para cuidar dos outros, incitando-os ao cuidado de si, por considerar que o cuidado de si mesmo seria a inquietude necessária para que o ser humano, permanentemente, traçasse os princípios de sua existência.¹⁴

Mas quem é esse ‘si’, ao mesmo tempo sujeito e objeto do cuidado? Foucault¹⁴ ressalta que em Alcibíades seria a alma, não como um somatório de coisas, mas como sujeito, princípio de ação, aquele que faz. Corpo, linguagem, são atributos

determinados pelo ser que precede as coisas e as cuida. Em suma: é o cuidado que caracteriza o ser, pois cuidar determina atitude⁹. *“Atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida.”* (p. 95)¹³

Poderíamos aqui formular uma questão: o “cuidar de si” não refletiria o fracasso da moral coletiva? Não e, muito pelo contrário, o cuidar de si definiria, fundamentalmente, um modo de viver-junto, muito mais do que um recurso individualista. Se para nós hoje significa dar vazão ao individualismo e ao egoísmo, para os gregos representava a atitude que torna possível o convívio com o outro, uma vez que tendo claras minhas necessidades e minha impossibilidade de supri-las integralmente, estabeleço regras de conduta perante o outro – em acordo com o cuidado que desejo para mim mesmo.

O “cuidar de si” tornou-se assim, o princípio de toda conduta racional – um acontecimento no pensamento. Cuidar de si implica em (a) atitude com relação a si, aos outros, ao mundo; (b) uma forma de atenção, de olhar para o “interior”, uma observação sobre o que se pensa; (c) em olhando para si, reflexionar em uma série de atitudes, pelas quais se purifica, se transforma, se transfigura⁹. Em resumo cuidar de mim para que, cuidando do outro, cuidemos do mundo. E, exercendo o cuidado, deixar de ser objeto para cada vez mais ser sujeito e ter maior autonomia diante da vida.

Neste sentido, a busca do conhecimento representada pelo “conhece-te a ti mesmo”, é o instrumental que aponta para as limitações e perspectivas do “cuidar de si”, e não um fim em si mesmo. Porém, a partir do racionalismo científico do século XVII, o pensamento cartesiano consagrou o “conhece-te a ti mesmo”, colocando a evidência da existência do sujeito no princípio do acesso ao ser (“Penso, logo existo.”). A partir da idade moderna, o conhecimento tem a primazia para se chegar à verdade⁹. O autocuidado, pelo qual o sujeito constantemente se burila, torna-se desnecessário. Importa mais o método e as regras pelas quais chegamos ao conhecimento. Estudar, se esforçar, ter recursos, enfim, as condições para o saber residem no exterior, na sua existência concreta, e não na estrutura do sujeito enquanto tal. Chega-se mesmo ao ponto de que uma ciência, para ser verdadeira, não deve transformar o sujeito, uma vez que o conhecimento é pretensamente

neutro. E, se de alguma forma o transforma, não deve ser considerada ciência. Em última análise, o cuidado seria não-científico, matéria da espiritualidade, não do conhecimento. Assim, desqualificado, o “cuidar de si” fora apagado da filosofia moderna.

Estas reflexões se fazem necessárias para estabelecer de que cuidado estamos falando. Olhando para o “cuidar de si” como resgate da autonomia do sujeito, o cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. Mais do que o diagnóstico (conhecimento), os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades. “O cuidado em saúde é”, portanto, uma dimensão da integralidade que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, mas ao compromisso com o outro. Exerce uma escuta ativa que propõe, e ao mesmo tempo leva à reflexão e busca conjunta de caminhos que tragam o sujeito de volta a capacidade de “cuidar de si.”¹³

Neste sentido, o modelo biomédico, como paradigma hegemônico, contemplaria o autocuidado? Aqui cabe outra discussão: modelos vigoram e perduram em função de sua aplicabilidade, ou seja, se eles existem são em resposta a paradigmas igualmente hegemônicos – neste caso o processo saúde-doença. Logo, o primeiro pressuposto a ser trabalhado é: a partir de qual paradigma estamos desenvolvendo nossas atividades de cuidado, dentro da Estratégia Saúde da Família, sob pena de, incoerentemente, não estabelecermos cuidado algum.

1.2 DO PARADIGMA SUBSTANCIAL AO PARADIGMA MECANICISTA

O fenômeno saúde-doença deve ser compreendido e revisitado muitas vezes no decorrer de nossa prática. Os paradigmas sobre o processo saúde-doença modificaram-se através dos tempos, evidentemente a partir da evolução da tecnologia e dos avanços socioeconômicos que envolveram as civilizações¹⁵. “Um paradigma, é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e,

inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma”¹⁶. Portanto, “o estudo dos paradigmas é que prepara basicamente o estudante para ser membro da comunidade científica na qual atuará mais tarde”¹⁶.

Autor de um ensaio ficcional, que aborda como a ciência haveria de se encontrar em 2008, Hoisel¹⁷ chama atenção para o aspecto relativo da definição de paradigma, observando que, se por um lado ele consiste em uma constelação de pressupostos e crenças, escalas de valores, técnicas e conceitos compartilhados pelos membros de uma determinada comunidade científica num determinado momento histórico, por outro lado caracteriza um conjunto dos procedimentos consagrados, capazes de condenar e excluir indivíduos de suas comunidades de pares. Nos mostra assim como este pode ser compreendido como um conjunto de “vícios” de pensamento e bloqueios lógico-metafísicos que obrigam os cientistas de uma determinada época a permanecer confinados ao âmbito do que definiram como seu universo de estudo e seu respectivo espectro de conclusões ardentemente admitidas como plausíveis¹⁷.

Outra consequência da adoção irrestrita de um paradigma é o estabelecimento de formas específicas de questionar a natureza, limitando e condicionando previamente as respostas que esta nos fornecerá. Um alerta que nos fora dado pelo físico Heisenberg quando mostrou que, nos *“experimentos científicos o que vemos não é a natureza em si, mas a natureza submetida ao nosso modo peculiar de interrogá-la”*¹⁸.

Percebe-se então a importância de compreender bem o paradigma que nos norteia uma vez que é, a partir dele, da concepção de saúde-doença que partilhamos que se estabelecem os pilares dos modelos de intervenção e o modo de atuar dos profissionais de saúde como “agentes da transformação de seu ambiente”¹⁹. E mais propriamente na Estratégia de Saúde da Família, onde este ambiente é a própria comunidade na qual a maioria dos trabalhadores de saúde intervêm e se inserem, juntamente com as pessoas que a ela acorrem em busca do cuidado.

Tal como vimos na concepção de cuidado, ao olharmos para a história é que compreendemos, no passar dos séculos, como se dá esta evolução paradigmática. No período neolítico, segundo alguns autores, os humanos tinham a crença de que

algo como um “espírito mau” pudesse se apoderar do indivíduo e buscasse refúgio no interior da calota craniana, por se tratar de um local relativamente fechado e seguro⁵. A trepanação (abertura de um ou mais orifícios no crânio), portanto, representaria o primeiro ato terapêutico historicamente documentado e, ao julgar pela quantidade de crânios trepanados encontrados em escavações neste período, em todos os continentes, largamente utilizado. Por quê? Prevalecendo a concepção substancial de doença, vista aqui como um mau espírito, a trepanação certamente era a ação de saúde mais adequada e necessária⁵ – e, portanto aceita e partilhada pelos membros da comunidade.

Evoluindo a humanidade, fundamentalmente a partir do século XVII, com o desenvolvimento da física mecanicista de Newton e a noção de linearidade entre causa e efeito, uma concepção estrutural de doença se desenvolve, extrapolando-se a mecânica determinista para os limites da biologia⁵. Claude Bernard, fisiologista francês (1813-1878), desenvolve a metodologia médica no sentido da compreensão da saúde e da doença por meio do postulado do determinismo mecanicista. A ciência para ele, não só se confundia com a descoberta das leis dos fenômenos, o que implica uma concepção determinista, mas também com a ação eficaz, que significa “saber agir”, representando o raciocínio positivista fundamental⁵. Em outras palavras, a doença não representa senão um estado quantitativamente diferente do estado de saúde, deixando de lhe ser oposto para se tornar excesso ou falta de alguma substância no organismo, dentro de uma visão determinista e mecanicista⁵. Vale destacar um de seus escritos:

Toda a ciência experimental exige um laboratório. É aí que o sábio se isola para procurar compreender, por meio da análise experimental, os fenômenos que observou na natureza. O laboratório fisiológico deve, portanto, ser atualmente o objeto culminante dos estudos médico-científicos. O hospital, ou mais acertadamente, a enfermaria, não é, como frequentemente se supõe, o laboratório do médico; limita-se a ser o seu campo de observação [...]; porém o laboratório é o verdadeiro santuário da ciência médica; somente aí se procuram as explicações da vida, no estado normal e patológico, por meio da análise experimental. (pp. 130-131)²⁰

Que práticas de cuidado foram determinadas a partir deste paradigma? Se o que difere doença de saúde são números, quantidades aumentadas ou diminuídas de substâncias, disfunções mecânicas de órgãos ou sistemas, necessito de ações voltadas a descobrir estas variações, tais como investimento em laboratórios de

análises, métodos de imagem, hospitais aonde esses “doentes” possam ser observados e analisados. Se associar a esta visão de Bernard, outras tantas que advieram como a de Virchov e Pasteur, que aprofundaram e complementaram este modelo com suas concepções de doenças ocasionadas por micro-organismos ou defeitos celulares⁵, estabeleceremos também como terapêutica o desenvolvimento de novos fármacos e antibióticos de cada vez maior espectro que “aniquilam” a doença. Podemos inferir que esse modelo se parece com o modelo biomédico hegemônico, o qual está estruturado e baseado em um paradigma estabelecido há quase duzentos anos, sobre o qual se sustenta a medicina moderna e científica. E mais ainda: determinado pela mesma lógica cartesiana que desqualificando o “cuidar de si”, valorizou a aquisição do conhecimento como algo que independe do sujeito. Não mais a “enfermaria” (cuidar dos doentes), mas o “laboratório” (lugar do verdadeiro trabalho da ciência médica).

Contudo, este paradigma, em que pese ter encaminhado ações que representaram significativos avanços (ninguém nega o papel da penicilina, por exemplo), não é capaz, nos dias de hoje, de dar respostas a tudo. A contemporaneidade tem mais perguntas do que as respostas exatas trazidas a nós pela modernidade. Novas e antigas doenças continuam a desafiar os mais avançados tratamentos, o que nos leva a pensar que “a doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, o prazer, enfim os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adocece”²¹. Para Canguilhem⁶, a saúde parte da dimensão do ser, pois é nele que ocorrem as definições do normal ou patológico. O considerado normal em um indivíduo pode não ser em outro; não há rigidez no processo. Dessa maneira, podemos deduzir que o ser humano precisa conhecer-se, necessita saber avaliar as transformações sofridas por seu corpo e identificar os sinais expressos por ele. Esse processo é viável apenas na perspectiva relacional, pois o normal e o patológico só podem ser apreciados em uma relação.

O próprio Bernard²² reviu suas considerações, ao perceber a necessidade de um modelo que pudesse ir mais além:

Se tivesse de definir a vida, [...] diria: a vida é a criação. [...] Não é a formação do corpo [...], considerada como agrupamento de elementos químicos, que caracteriza, essencialmente, a força vital.

Este agrupamento só se realiza em consequência de leis que regem as propriedades físico-químicas da matéria; mas o que pertence, essencialmente, ao domínio da vida, e que não pertence nem à química, nem à física, nem a qualquer outra coisa, é a ideia directriz desta evolução vital. (pp.148-149)²²

O processo saúde-doença, isoladamente, ao colocar fora do sujeito e de suas relações com o outro o cuidado da doença (tratamento) e com a doença (prevenção), dispensa o “cuidar de si” e a subjetividade (entendida como ser caracterizado por atitudes), tomando pessoas como objeto do tratamento, não como seus protagonistas. Faz-se necessária, uma perspectiva terapêutica que retomasse o autocuidado e enxergasse o processo saúde doença pela lógica das relações – conosco, com o outro, com a sociedade – não pelas partes do objeto, mas pela integralidade do sujeito. Para tanto, outro paradigma, surgido em paralelo com o mecanicista do século XIX, merece ser considerado, com o intuito de avançarmos na discussão da integralidade: a concepção vitalista de saúde-doença.

1.3 A ESCOLA VITALISTA COMO OPOSIÇÃO AO MECANICISMO E O SURGIMENTO DA HOMEOPATIA

Em meados do século XVIII surge na escola de Montpellier, importante centro de formação médica na França, chegando mesmo a graduar quase a metade dos médicos franceses até o início do século XIX²³, as ideias que já naquele momento, poriam em cheque os postulados cartesianos, já em seu nascedouro. Para que se tenha uma noção da importância de sua produção filosófica, cabe aqui um breve relato. Um de seus maiores expoentes, Bordeu²³, em sua tese de doutorado “Da sensibilidade em geral”, demonstrou que as secreções glandulares não poderiam ser de origem mecânica, mas de algo infinitamente superior: a sensibilidade mediada pelo sistema nervoso. Segundo Florens^{III}, Fouquet, outro autor desta época, seguindo estes estudos avança no sentido de que

estando a sensibilidade distribuída por doses em todas as partes orgânicas do corpo, cada órgão vive ou sente a seu próprio modo, e

^{III} FLOURENS, P. De la vie et de l'intelligence. Paris: Garnier Frères.1858 (p. 169) apud ²³.

o concurso ou a soma dessas vidas particulares faz a vida em geral, da mesma forma que a harmonia, a simetria e o arranjo dessas pequenas vidas ('petites vies') fazem a saúde. (p. 629)²³

Bordeu retomando a análise, a partir de Fouquet vai ainda mais longe quando, a partir desta clara separação entre matéria inerte e ser vivo animado (princípio da animação da vida) formula um segundo: o das relações entre estes diversos níveis de vidas, a partir do princípio da organização:

Comparamos o corpo vivo, para sentir bem a ação particular de cada parte, a um enxame de abelhas que se reúnem em pelotões e se penduram em uma árvore à maneira de um cacho de uvas; não sou mal o que disse um célebre Antigo acerca de uma das vísceras do baixo ventre: era animal in animal; cada parte é, por assim dizer, não um animal, sem dúvida, mas uma espécie de máquina à parte, que, à sua maneira, contribui para a vida geral do corpo. Assim, para retomar a comparação com o cacho de abelhas que devem agir em conjunto para se portarem bem, há algumas que se ligam às primeiras e assim sucessivamente: todas contribuem para formar um corpo bastante sólido, e ainda assim cada uma tem sua ação particular à parte [...] (p. 157)²⁴

Para outro expoente desta escola, Paul Barthez²³, a organização destas “pequenas vidas” que formariam um todo, não poderiam ser atribuídas à alma, tampouco a relações de ordem mecânica: deveria haver um princípio de vida que mediaría estas duas dimensões – o que chamaria de força vital. A doença portanto seria seu estado de desequilíbrio, levando à ruptura destas relações. Ainda que estejamos pouco afeitos a estes conceitos, uma vez que não encontram eco no paradigma de saúde-doença hegemônico, impossível aqui não expressar o quanto eles nos remetem a subjetividade, a perspectiva relacional apresentada por Canguillem⁶ e as noções de organização sistêmica de Maturana e Varela^{IV}, mais contemporâneas, cabendo-nos aqui fazer justiça a seus primeiros postuladores.

Foi desta corrente filosófica, diferente do modelo mecanicista e dualista do paradigma hegemônico, que o sistema médico homeopático recebeu sua maior influência²⁵. Luz chega a afirmar que:

o vitalismo homeopático não se apresenta como um sistema explicativo das doenças e suas causas, mas como um sistema racional e experimentalista da arte de curar doentes. O indivíduo doente é o ponto de partida clínico e o objeto epistemológico básico

^{IV} MATURANA H, VARELA F. A árvore do conhecimento. São Paulo: Palas Athena; 2002 apud⁵.

do sistema homeopático. [...] Trata-se de outra racionalidade médica. (p. 122)²⁵

Contextualizando a homeopatia, voltemos ao final do século XVIII e princípio do século XIX, onde a medicina baseava-se no paradigma de que a doença era um mal que precisava ser extirpado, exonerado, posto pra fora. Os tratamentos da época eram, portanto, coerentes com esta linha de pensamento: sangrias e sanguessugas para drenar a febre; vomitórios para a eliminação das toxinas; administração de drogas em altas doses que eliminavam a doença e, não raro, o doente com ela. Hahnemann²⁶ (1755 – 1843), então um médico recém-formado, havia se decepcionado com esta forma de medicar, culminando com a morte de seu melhor amigo que, muito adoentado, foi por ele tratado com o que era preconizado como o mais adequado. Por alguns anos o jovem doutor havia até mesmo desistido de clinicar, dedicando-se a tradução de livros e artigos científicos, versado que era em onze línguas²⁶. Um desses artigos, em 1788, chamou-lhe a atenção: Willian Cullen²⁷, médico escocês, havia pesquisado os efeitos da quinina no controle da malária e atribuiu tais efeitos a uma ação fortificante no estômago dos pacientes. Hahnemann²⁶ discordou desta hipótese, uma vez que, como estudioso da toxicologia, possuía o conhecimento de que trabalhadores das fábricas de quinino sofriam, quando intoxicados pela chinchona (alcaloide presente no quinino), dos mesmos sintomas de febre intermitente. Resolveu tomar, a título de experiência, “quatro dracmas de boa quinina, duas vezes por dia”²⁶. Uma hora depois apresentava extremidades frias, cansaço, palpitações, cefaleia e tremores – sintomas semelhantes aos da febre intermitente da malária – e que desapareciam, duas a três horas depois de tomada a medicação. A experiência foi repetida algumas vezes e em todas as ocasiões, os mesmos sintomas eram observados. Formulou então a hipótese de que “a quinina, que é utilizada como remédio contra a febre intermitente, age porque ela pode produzir sintomas similares aos da febre intermitente no homem são.”²⁶

A partir destas observações, Hahnemann experimentou outros medicamentos, buscando testar esta mesma hipótese: a de que a substância que puder provocar sintomas que mais se assemelhem aos provocados pela doença natural era capaz de tratá-la, restabelecendo a saúde. Os resultados foram igualmente positivos. Nascia então a homeopatia e seus dois principais pilares:

semelhante cura semelhante, que já tinha sido observado por Hipócrates nos primórdios da medicina e, posteriormente, refutado por Galeno²⁶; e a necessidade de conhecer-se o efeito dos medicamentos a partir de sua experimentação – a hipótese e sua comprovação a partir da experiência.

Outros postulados vieram, tempos mais tarde, como por exemplo, a dinamização^V que, experimentada a exaustão, revelou efeitos no mínimo interessantes já que minorava efeitos tóxicos de substâncias em dose ponderal, ao mesmo tempo em que demonstrava efeitos em substâncias que, em doses ponderais, eram simplesmente inócuas. Tudo baseado em observação minuciosa ao longo de vinte anos, registrada por Hahnemann e seus seguidores, em um livro denominado *Matéria Médica Homeopática*²⁸.

Percebe-se a partir deste relato que a homeopatia buscava formular seus sistemas de prescrição a partir de verificações que podem ser consideradas científicas, uma vez que ela não abre mão da experimentação para formular seus postulados. Para além da simples formulação de tese e antítese, na qual o modelo biomédico se baseou, ela faz da dialética de ambos a síntese necessária à aplicabilidade terapêutica. Abdica do reducionismo que somente considera as partes como único caminho para o conhecimento científico vendo, como Kant²⁹, as substâncias à espera do desvelamento de suas propriedades inerentes. E dá um passo adiante, quando considera que cada medicamento descoberto, a partir da experimentação, passa a revelar suas próprias dimensões no caminho do conhecimento que propicia o entendimento da cura.

Retomando a prática clínica, Hahnemann *“passou a prescrever os medicamentos que, através da experimentação no homem são, haviam produzido um conjunto de sintomas análogos aos da entidade clínica que o paciente apresentava”*³⁰. Criou com isso um sistema médico apoiado no princípio da similitude, oposta a medicina da época, “cujo tratamento era baseado no princípio dos opostos,” assumindo a concepção vitalista de Montpellier que considera a saúde como equilíbrio da força vital, modificadora das relações e funções do organismo e

^V Dinamização - diluição de substâncias mais tóxicas na proporção de uma parte para noventa e nove de água, seguida da succussão que consiste em agitar a substância verticalmente por um número determinado de vezes contra um anteparo duro – tantas vezes quantas fossem necessárias a fim de minimizar os riscos de intoxicação. (Nota do autor)

mantenedora das relações entre os diversos sistemas que o compõem. Para que então o sujeito, livre e são, possa igualmente, em última análise, ser capaz de exercitar o cuidado como movimento no sentido da “utopia da saúde, da expansão da vitalidade, do bem viver a vida.”³¹ Uma nova terapêutica, portanto, que remete a um novo e necessário paradigma.

2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS: RUMO À MUDANÇA DE PARADIGMA

Estamos em um momento historicossocial, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Em nível mundial o marco pode ser estabelecido a partir de 1978, quando acontece em Alma-Ata, a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde que propõe a atenção primária em saúde como estratégia para ampliar o acesso de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000. Para que estas metas pudessem ser atingidas seriam necessários profissionais cuja formação e desempenho fossem, não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade.³²

Dez anos depois, a promulgação da nova Constituição Brasileira define “saúde como direito de todos e dever do estado”, idealizando o Sistema Único de Saúde que tem por base os princípios da universalidade, equidade e integralidade.³³ Como estratégia adequada a estas proposições, a Saúde da Família se apresenta nos anos 90 como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente; introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais; saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da atenção; tratando o indivíduo como sujeito dentro dos diversos sistemas que compõe (família, comunidade) e que se relacionam de maneira complexa em dimensões que se superpõem (social, econômica, cultural, espiritual), compondo assim um todo, dialético e globalizante³⁴.

Não por acaso, na mesma década de 80 a homeopatia é reconhecida no Brasil como especialidade médica³⁵ e recomendada pela 8.^a Conferência Nacional

de Saúde em 1986, deliberando em seu relatório final pela "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida"³⁶. Desde então todas as Conferências Nacionais de Saúde vem ratificando esta prática e várias tem sido as regulamentações com o intuito de efetivá-la, tais como a Resolução nº 4/88 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) que fixaram normas e diretrizes para seu atendimento e a inclusão das consultas médicas em homeopatia na tabela de procedimentos do SIA/SUS, em 1999¹. Quatro anos mais tarde, o Ministério da Saúde deliberou a criação de um Grupo de Trabalho com responsabilidade de elaborar o Programa Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMNPC) no qual cabia à homeopatia um subgrupo de trabalho que traçaria diretrizes específicas a esta especialidade³⁷.

Neste contexto realizou-se em 2004, por deliberação deste mesmo Grupo de Trabalho, o 1.º Fórum Nacional de Homeopatia que contou com representação de dez estados da federação e entidades nacionais representativas de classe, tanto da homeopatia quanto da medicina. Após alguns meses de discussão, com o intuito de uniformizar como política o que cada homeopata presente no SUS exercia de maneira isolada, o fórum elaborou relatórios que, dentre outras, recomendava a "inserção da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do sistema e, prioritariamente, na atenção básica, por meio de sua incorporação às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde"; atuação da homeopatia diretamente, junto às equipes de atenção básica ou "na lógica de apoio matricial – em corresponsabilização com as equipes de saúde da família (ESF)"; além da garantia ao acesso ao medicamento homeopático, incentivo a divulgação e formação de protocolos de pesquisa em homeopatia³⁷.

Este mesmo ano de 2004 foi marcado pela regulamentação e efetivação da Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário de atenção primária a saúde. Neste contexto de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e subsidiados pelos resultados dos grupos de trabalho em práticas integrativas é que, em 2006, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, e sua incorporação pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família como matriciadores deste cuidado, dois anos mais tarde^{1, 3, 7, 8}. Surge aqui um novo

conceito, o apoio matricial, proposto por Campos³⁸ em 1999, “dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde”³⁸. A lógica que norteia este processo, tal como o modelo pelo qual o matriciamento é proposto necessita ser detalhado, para melhor compreensão de nossa parte do contexto de efetivação das Práticas Integrativas e Complementares junto à Atenção Primária e principalmente, à implementação da ESF no país.

2.1 APOIO MATRICIAL: COMPARTILHANDO O CUIDADO

Remeter à matriz traduz fundamentalmente dois significados: além de ser, etimologicamente, o lugar onde se geram e originam coisas, significa também, na matemática, “um conjunto de números que guardam relação entre si”, quer o analisemos na vertical, na horizontal ou em diagonal³⁸. Levando-se em conta o paradigma biomédico, centrado exclusivamente no entendimento da doença, a medicina e serviços de saúde em geral promoveram uma crescente divisão do trabalho, fragmentando o cuidado e definindo “objetos de intervenção e campos de conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral de processos saúde e doença concretos” (p. 402)³⁸. Sendo assim, o matriciamento, a partir da múltipla relação entre as partes, rompendo com uma lógica hierárquica seria, desta maneira, o local privilegiado onde se origina o cuidado integral, capaz de recuperar a autonomia do sujeito em todas as suas dimensões.

A partir deste arranjo organizacional e da metodologia de gestão do trabalho, podemos perceber a característica primordial do apoio matricial que consiste em todos trabalharem em função do cuidado do sujeito e suas singularidades, ampliando as “possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”, uma vez que “nenhum especialista, de forma isolada” tal como os números de uma matriz, “poderá assegurar uma abordagem integral” (p. 400)³⁸. Passamos assim da análise exclusiva da doença, com suas múltiplas peculiaridades, à síntese simultânea das ações que promoverão a saúde. Através do restabelecimento da autorregulação dos sistemas

compreendida aqui como a capacidade intrínseca do sistema em restabelecer seu equilíbrio (quer sejam indivíduos, família ou sociedade)⁵, resultamos em um projeto único de cuidado, exercido e compartilhado por todos os elementos da equipe de saúde e respectivos apoiadores³⁸. Para tanto se pressupõe a transformação do modo de organização do próprio sistema de saúde, que implica em lidar com dificuldades existentes e “obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde, a partir destas diretrizes” (p. 400)³⁸.

Ao definir o matriciamento como síntese, levamos em conta o conceito desenvolvido por Hegel: a síntese resulta do confronto da tese com a antítese e, ainda que apare ou elimine elementos de ambas, conserva em seu conjunto estas partes como resultado de um processo de trabalho constante que resulta em um novo conceito. O reprimido e o negado permanecem dentro da totalidade; nisto consiste o modelo dialético clássico, tomado do conceito de dialética dos gregos que, literalmente significa “caminhar por entre as ideias”³⁹. Campos igualmente aponta este conflito na sua visão de matriciamento quando afirma que “o trabalho interdisciplinar depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para a tomada de decisão de modo compartilhado” (p. 404)³⁸.

Logo nos parece que o confronto entre o especialista e as equipes responsáveis pela longitudinalidade do cuidado em si não é ruim, conquanto ele resulte na síntese necessária a construção e manutenção do processo de trabalho. Segundo Engels^{VI}, “para a dialética não há nada de definitivo, de absoluto, de sagrado; apresenta a caducidade de todas as coisas e em todas as coisas e, para ela, nada existe além do processo ininterrupto do devir e do transitório”. Assim, “quem diz dialética, não diz só movimento, mas, também, autodinamismo” (p. 205)⁴⁰.

Como por trás de cada idéia existe um sujeito a reunir suas singularidades, estabelecer a dialética, portanto, é a chave para o sucesso e a própria potencialidade do apoio matricial na promoção do cuidado. Matriciar pressupõe sair do referencial restrito do processo saúde-doença-cuidado dos diversos núcleos de conhecimento, quer este referencial se encontre no paradigma biomédico ou na lógica da subjetividade ou ainda na da determinação social da saúde³⁸. Matriciar

^{VI} Apud ⁴⁰

exige, portanto levar em conta a dimensão da alteridade no processo de trabalho, o que implica considerar as emoções, sentimentos diversos, atitudes – favoráveis ou não – entusiasmo, expectativas e ansiedades surgem frente ao novo⁴¹.

Desta forma, apoiadores e equipes de saúde da família tem a oportunidade através do matriciamento de estabelecer encontros entre saberes distintos, e constroem projetos por meio de ações que se interrelacionam de um modo sistemático e disciplinado⁴¹, trocando conhecimentos que definem abordagens de trabalho em torno de um propósito comum. Assim é que o apoio matricial proporciona o desenvolvimento de “conhecimentos complementares” norteando planos de cuidado onde, tanto apoiadores como equipes de saúde da família permanecem “mutuamente compromissados e responsáveis pelos resultados”⁴¹.

Neste meandro, no processo de produção em saúde, *“o trabalho em equipe configura-se como a relação recíproca entre as intervenções técnicas em saúde, a partir da interação entre os trabalhadores das diferentes áreas profissionais da saúde e torna-se imprescindível quando se fala em atenção à saúde da família”* (p. 1)⁴². O matriciamento não só pressupõe, mas proporciona uma mudança de paradigma, exatamente por esta visão mais complexa, residindo aqui, conforme Campos, outra potencialidade desta metodologia, percebendo nela “um dispositivo importante para a ampliação da clínica” (p. 405)³⁸. *“Ao mesmo tempo para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar, pressupõe-se algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico”* (p. 405)³⁸.

É dentro dessa compreensão de apoio matricial que a homeopatia e demais Práticas Integrativas e Complementares deveriam atuar, a partir de sua experiência no SUS, regulamentando sua atividade junto à atenção básica, quer na longitudinalidade da atenção, quer no apoio dialético entre racionalidades, contemplando uma perspectiva transdisciplinar de cuidado. Por isso mesmo, não é por acaso que, após a implementação da PNPIC¹, a homeopatia seja uma das considerações para a formulação, em 2008 dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, tendo por objetivo “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade”⁷. Contudo em que pese a criação dos NASF representar um avanço como proposição, a implantação destes núcleos, assim

como a atuação da homeopatia e demais Práticas Integrativas a partir deles apresenta alguns obstáculos que serão discutidos a seguir.

2.2 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E O NASF – DE PROPOSITORAS À ÁREA ESTRATÉGICA

O Ministério da Saúde, considerando entre outras a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) – dentre elas a homeopatia¹ com toda sua experiência e discussão acumulada em anos de prática na Atenção Primária e consolidada no I Fórum Nacional de Homeopatia em 2004³⁷, cria com a Portaria GM nº 154/2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) “com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços”⁷. Tendo por objetivo a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, a partir do incremento de diferentes abordagens e ampliando o acesso, detalha uma série de ações a serem assumidas pelo apoio matricial proporcionado pelo NASF⁷.

A portaria recomenda a inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) em ações individuais e coletivas, veiculando informações que objetivem a prevenção de agravos e a redução de vulnerabilidade, buscando estimular o autocuidado⁷. Sugere também participação em projetos que incentivem a inclusão ampliando o sentimento de pertinência social a comunidade⁷, uma vez que compreende o sujeito como um sistema (indivíduo) inserido dentro de outro sistema maior (sociedade), estabelecendo relações complexas entre si⁵. Prevê igualmente Educação Permanente em PIC, junto com a ESF sob a forma de “coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso” e outras metodologias de aprendizado⁷. E finalmente, inserção nos espaços comunitários comuns, como escolas, associações, igrejas, além de capacitação dos demais profissionais da

ESF, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde, para que atuem como facilitadores da divulgação e promoção das PIC no contexto do território⁷.

Contudo, se observam dificuldades na implantação dos NASF junto à Estratégia Saúde da Família. Embora algumas diretrizes estejam em processo avançado de consolidação o SUS “ainda se encontra frágil no que tange à integralidade e à formação de uma rede integrada de serviços e equipamentos de saúde que supere a antiga lógica hierárquica entre os serviços de diferentes níveis de complexidade”⁴³. Isso não poderia ser diferente com as Práticas Integrativas, dentre elas a homeopatia. Partindo de outro paradigma, considerando o sujeito a partir de sua integralidade como ser biopsicosocial, confronta-se com a organização de serviços hegemônica que tem sua estrutura toda baseada na fragmentação do processo de trabalho, e na valoração e hierarquização dos diferentes profissionais envolvidos conforme suas categorias⁴². E ainda é mais verdadeiro quando se fala de apoio matricial uma vez que ele indica uma mudança radical de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio e vice-versa, já que as antigas relações verticalizadas deveriam dar lugar a relações horizontalizadas e dialógicas que compreendam a criação de projetos comuns de atuação³⁸.

Não podemos ignorar, conforme já falado, a importância e o peso do paradigma biomédico hegemônico. Baseado em um modelo positivista-analista, no qual refuta-se a dialética essencial ao matriciamento e a integralidade do cuidado. E a dialética – essencial ao apoio matricial como defende Campos³⁸ – é duramente criticada, justamente por positivistas analistas, como Popper⁴⁴ que a define como pseudociência, já que cabe ao profissional de saúde, como homem de ciência, analisar os processos sem interferências, tampouco subjetividades, não devendo ele duvidar dos mesmos. Este pensamento leva, mesmo na Estratégia Saúde da Família, a que cada profissional se isole em seu núcleo de competência o que, atrelado a dificuldades na formação continuada e qualificação profissional, engessa as chances de um diálogo produtivo que resulte na construção de um processo de trabalho adequado entre apoiadores e equipe. Abismo que se aprofunda ainda mais, quando se trata de racionalidades distintas como a homeopatia e a biomedicina²⁵.

Ainda que contra hegemônicas, parece claro que a efetivação da ESF e o estabelecimento das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) – entre elas a homeopatia – no SUS compõem um todo indissociável, fundamentalmente porque:

*recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Desta forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde; e fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo*⁴⁵.

Contudo, apesar da aparente compreensão desta concordância histórica entre a ESF e as PIC no que tange ao paradigma do cuidado, o que se observa em realidade, mesmo com o avançar destas políticas, é um distanciamento entre o prescrito e o real com relação à homeopatia no contexto de atuação nas equipes de ESF e nos NASF. Pelo todo já debatido, os motivos que levam a este distanciamento e o quanto isto influencia na atenção primária a saúde oferecida consistem no objeto deste estudo, a partir da percepção deste profissional no exercício do cuidado. Esperamos com isso que, a partir desta compreensão, encontremos as pistas necessárias na descrição deste processo que, uma vez compreendido nos permitirá, quem sabe, traçar novos rumos num caminhar constante, em todos os planos que permeiem este cuidado conseguindo assim efetivar, quer para usuários, quer para profissionais e os sistemas onde se inserem, a integralidade da qual necessitamos e a qual desejamos.

3 METODOLOGIA

Conforme a própria definição etimológica, metodologia deriva de método (*metá* = reflexão, raciocínio, verdade + *hódos* = caminho, direção)⁴⁶. Portanto, seria o estudo do melhor caminho para se buscar a verdade objetivada, sendo importante tarefa no desenvolvimento de qualquer tipo de pesquisa, de modo a responder aos nossos pressupostos teóricos. Assim, deve estar em consonância com o objeto de investigação, não sendo apenas uma simples escolha do pesquisador⁴⁷ entre este ou aquele método.

Diante das questões norteadoras deste trabalho, cabe outra, mais filosófica: o que é a verdade? Em outras palavras, existiria uma realidade pré-estabelecida a ser objetivada? Percebe-se então a necessidade de uma metodologia qualitativa, que leve em conta as múltiplas subjetividades e o simbólico, incapazes de serem expressos em números. Mas para além de uma discussão entre quantitativo ou qualitativo, o mais importante é estabelecer não o “que saber” (*know what*), mas o “como saber” (*know how*)⁴⁸. O método, ao invés de ser um limitador, deve propiciar liberdade ao pesquisador para aprofundar a sua investigação de modo consistente e também levar em conta a experiência do próprio pesquisador, como sujeito implicado no processo, direcionando seu trabalho do saber-fazer ao fazer-saber. Não mais o caminho para a meta, mas a meta por caminho (*hódos-metá*), revertendo o sentido da metodologia, onde conhecer e fazer são dimensões indissociáveis do processo de pesquisa. “Caminho se faz ao caminhar”, diz o dito popular, e por buscar um método que condiga com aquilo que desejamos, escolhemos a Cartografia, como método de pesquisa-intervenção, até porque, pela própria definição do método cartográfico: “toda pesquisa é intervenção”⁴⁸.

3.1 PISTAS DO MÉTODO CARTOGRÁFICO

Ainda que não haja um conjunto de regras definidas, o método cartográfico não impede que se busque estabelecer algumas pistas de como descrever e fundamentalmente, compartilhar a experiência do cartógrafo. A primeira diz respeito ao funcionamento da atenção no trabalho de campo. Mas que simples tomada de informações, a atenção aqui reflete a *“detecção de signos e forças circulantes, ou seja, de pontas do processo em curso”* (p. 33)⁴⁸. Para tanto, a atenção do pesquisador deve manter-se em um plano superior e distribuída por todo o campo de forma que, não a focando apenas em determinado objeto, o que podemos denominar de atenção seletiva⁵, ele consiga estar aberto a todas as variáveis que possam surgir no processo, ainda que estas não estabeleçam um sentido imediato – mas que, adiante comporão algum significado, estabelecendo assim o que chamamos de atenção flutuante.

Podemos assumir, para fins didáticos, quatro variáveis da atenção a serem assumidas por quem cartografa: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento⁴⁸. O rastreio consiste na varredura do campo, em busca de metas em constante variação, conhecendo suas características, seus ritmos, seus tempos. Já o toque, deve ser considerado aqui na forma como é utilizado por aqueles que, desprovidos da visão, constroem imagens tácteis lançando mão de várias palpações, de vários toques. Assim, comparando com o já apreendido e retornando à realidade, compõem uma imagem cada vez mais cognoscível, diferente das imagens compostas visualmente que acabam por cristalizar um momento da realidade e o tomam por único. Abordado desta maneira, o processo revela seus múltiplos platôs e a dinâmica de suas inter-relações e não apenas um de seus elementos⁴⁹.

A terceira variável, o pouso, reflete uma parada no movimento, diferentemente de parada do movimento, que remeteria a um congelamento do processo, sempre dinâmico. Com o intuito de ampliar o foco sobre determinado ponto, a dinamização passa do processo a atenção, que oscila entre a parte e o

todo. Da mesma forma que, para compreender uma rede, devo olhá-la de maneira global e, ao mesmo tempo, para cada fio e cada nó que compõe sua tessitura, consciente de que a rede é um e outro ao mesmo tempo⁵. E por fim, o reconhecimento atento, que significa verificar o que está acontecendo, em oposição a buscar determinar o que é, já que o conhecimento encontra-se não no sujeito, tampouco no objeto – mas no processo do qual os dois são participantes. Conhecimento sem começo nem fim, intermediário de uma aliança dialética que, se irradiando em todas as direções, encontra forças para desenraizar o próprio ser⁴⁹.

Outro ponto que justifica nossa escolha do método cartográfico é que este visa à investigação de processos a partir da busca dos sentidos mais adequado às propostas da pesquisa. Um dos sentidos é o processamento, onde a “pesquisa é entendida e praticada como coleta e análise de informações”⁴⁸. Sendo assim, coletamos dados que, processados a partir de um modelo lógico, pré-definido, resultam num conjunto de competências que, somadas, constituem o “saber científico”. Porém se *“entendermos, por contrário, o processo como processualidade, estamos no coração da cartografia”* (p. 58)⁴⁸. Significa compreender que o processo investigado se encontra em curso, influenciado e influenciando o meio em que se encontra, trazendo em seu contexto muito de seu passado e muito do que será seu futuro. Ou seja, o cartógrafo começa pelo meio, imerso em um território que apresenta uma espessura processual que contrasta firmemente com o meio informacional raso⁴⁸.

Desta maneira, diferentemente da ciência moderna com passos de investigação sucessivos que incluem coleta, análise e discussão de dados, a cartografia apresenta passos que se superpõem, precedendo e sucedendo-se mutuamente. Tais passos vão, desde a produção de dados, compreendido pela lógica processual e não mais como mera coleta, até a escrita dos textos. Em todas estas etapas, a atividade cartográfica sinaliza como uma atividade de construção coletiva de forma que, ao buscar abordar os gestores do NASF e homeopatas presentes na rede por esta lógica, será possível não apenas compreender, mas construir coletivamente os limites e possibilidades de atuação da homeopatia no SUS do Rio de Janeiro, na perspectiva do cuidado integral.

3.2 O CAMPO E OS SUJEITOS DA PESQUISA

Inicialmente, pretendíamos abordar dois grupos distintos: homeopatas presentes na Estratégia saúde da Família e de gestores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, onde houvesse homeopatas. A partir de prévio levantamento informal encontramos a informação da existência de homeopatas em alguns pontos de atenção do município do Rio de Janeiro, a saber: 2 homeopatas nas Policlínicas da CAP 2.1 e 2 na CAP 5.2. Em relação ao NASF, não existia nenhuma informação oficial quanto a presença de homeopatas atuando. Quanto aos Médicos de Família que são homeopatas não existiam dados oficiais registrados, embora informalmente tenhamos conhecimento da existência de, pelo menos, cinco homeopatas atuando na Saúde da Família do Rio de Janeiro.

Diante destas questões e concordante com os objetivos deste trabalho, a pesquisa de campo foi então realizada com dois grupos de gestores: um que compreendeu os responsáveis pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) nas Coordenações de Áreas de Planejamento (CAPs) do município do Rio de Janeiro, RJ. O outro, de gestores envolvidos no processo de formulação e implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), particularmente no âmbito da homeopatia junto ao Sistema Único de Saúde, presentes nos diversos níveis da administração da saúde (federal, estadual, municipal) em nível nacional.

Tendo em vista o nosso interesse em obter informações que contemplem a diversidade da realidade local, optamos por garantir a presença de pelo menos um gestor de cada uma das áreas de planejamento da cidade, onde haja homeopata presente. Entramos em contato com os gerentes do NASF a partir do Grupo de Trabalho que se reúne mensalmente na sede da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com representantes de cada uma das dez CAPs da cidade. Buscamos inicialmente aqueles que se encontrariam com médicos homeopatas atuantes, quer no NASF, quer em territórios de sua responsabilidade. Como duas CAPs não possuíam NASF (em processo de formação), ficamos com os gestores das oito restantes.

Embora não haja dados formais, os gestores de todas as CAPs restantes tem conhecimento de que, ao menos, possui um homeopata atuante em seu território. Contudo, nenhum deles encontrava-se presente em nenhum dos NASF sob sua responsabilidade. Consideramos então, como critério de inclusão, o gestor diretamente responsável pela organização e gestão do NASF em cada uma destas coordenações de áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro – oito no total – sendo excluídos todos aqueles que não se enquadraram nesta função.

Quanto ao segundo grupo, entramos em contato com gestores envolvidos diretamente na proposição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, inicialmente atuando no SUS do município do Rio de Janeiro. Os critérios de inclusão deste grupo levaram em conta a participação ativa de todos os gestores no Grupo de Trabalho convocado pelo Ministério da Saúde em junho de 2003 na cidade de Brasília, DF, e que resultou no I Fórum Nacional de Homeopatia, realizado em 2004³⁷ o qual foi precursor da Portaria 971/2006 que aprovou a PNPIC no Sistema Único de Saúde¹. Entrevistamos três gestores e foram excluídos todos aqueles que não preencheram tais critérios.

Cabe ressaltar que os nomes referidos na dissertação, em ambos os grupos, serão fictícios e escolhidos pelo autor da pesquisa.

3.3 ETAPAS DA PESQUISA

Realizamos duas etapas de pesquisa: a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo.

A pesquisa bibliográfica se fundamentou na revisão dos estudos clássicos e contemporâneos a partir de publicações em livros, material documental, revistas e periódicos, sendo o *medline* e o *scielo* as bases de dados mais consultadas. Entre os diversos temas revisados destacamos o conceito de cuidado; a evolução do paradigma saúde-doença e as diversas visões que nortearam estes paradigmas ao

longo da história; o surgimento da homeopatia como racionalidade médica contra hegemônica; a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e seu estabelecimento como prioridade na implantação da integralidade do cuidado, como sua ordenadora; a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a partir da formulação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC); a lógica do apoio matricial, como norteador do trabalho do NASF junto às equipes de Saúde da Família; a teoria sistêmica e a complexidade, particularmente em sua inserção na homeopatia na visão de Carillo Jr.⁵, buscando elementos de articulação da homeopatia com a ESF, já que ambas possuem estas teorias filosóficas da ciência como elemento comum. Inclui-se nesta revisão o estudo da cartografia e sua metodologia de pesquisa participante^{48, 49}, a fim de fundamentar a atuação do autor deste projeto junto aos sujeitos no campo.

A segunda etapa consistiu na pesquisa de campo com o grupo de gestores dos NASF e com o grupo de gestores envolvidos no processo de formulação e implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), e nos forneceu os dados primários sobre o trabalho cotidiano, o trabalho do homeopata no apoio matricial junto à atenção primária e as relações sociais com os usuários e demais profissionais da equipe de saúde da família.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, com a elaboração de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido distintos para os dois grupos (Anexos 1 e 2), recebendo a aprovação deste comitê conforme consta o parecer 220.765, de 19 de março de 2013. A assinatura desse documento se deu na medida em que os sujeitos participantes foram incluídos na pesquisa, e durante todo o processo buscamos estabelecer relações de confiança assegurando que a participação era opcional e a recusa ou desistência não trariam prejuízos nas relações com as instituições as quais estivessem vinculados.

3.4 PRODUÇÃO DE DADOS: TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO E INSTRUMENTOS DE TRABALHO

Pela metodologia por nós escolhida, a cartografia, não caberia a clássica etapa de pesquisa denominada “coleta de dados”, substituída assim por “produção de dados”, dando coerência ao sentido de implicação e de pertencimento que o pesquisador deve estar imbuído. Não se trata apenas de mero jogo de palavras. A busca da pesquisa cartográfica é pelo processo, onde pesquisador e sujeitos participantes produzem o conhecimento de forma processual – não mais o processamento de dados meramente coletados⁴⁸. O trabalho de campo não é, portanto, neutro, mas conduzido pelos nossos interesses de investigação e pelos pressupostos teóricos a serem explorados⁴⁷, e nesse sentido foi guiado por uma atenção sempre em suspensão, de forma a coletar quaisquer pistas que norteassem a produção de dados necessários que respondessem aos questionamentos e objetivos da pesquisa.

Para tanto, a técnica de investigação que julgamos mais apropriada foi a entrevista semiestruturada com os gestores do NASF e com aqueles envolvidos no processo de formulação e implantação da PNPIC. Quanto ao instrumento de trabalho utilizamos o roteiro de entrevista, distinto para ambos os grupos (Anexos 3 e 4).

A entrevista foi realizada em um ambiente confortável para os entrevistados, tanto física como temporalmente, da forma que os participantes se sentissem confiantes para se expressarem. Entendemos que deveria ser, portanto, em local definido pelos entrevistados, assim como em horário definido pelo próprio, de acordo com sua comodidade. Para tanto fomos ao encontro dos participantes, quer presencialmente em seu local de trabalho ou formação, quer virtualmente através de videoconferência - se assim o entrevistado desejasse, devido a questões relacionadas à distância (outras cidades) ou conforto de horário (após o expediente, fora do horário comercial).

Antes de iniciarmos cada etapa explicamos o objetivo da pesquisa, o critério de seleção, a relevância da participação desses trabalhadores, a garantia do sigilo dos dados e a preservação do anonimato. Em seguida todos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 1 e 2). Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes, e a mídia foi duplicada e guardada digitalmente, ficando arquivada por cinco anos em caso de necessidade de se recorrer a esse material e, em seguida, será destruída.

3.4.1 Entrevistas

A entrevista, dependendo do tema trabalhado, implica em um grau de exposição. Mais do que isso, na cartografia o entrevistador encontra-se implicado diretamente no processo. Assim é importante a confiança mútua entre quem é entrevistado e quem entrevista, de forma a garantir a processualidade do que será produzido a partir deste ato comunicativo⁴⁸, estabelecendo-se uma relação de plena confiança, garantindo-se a confidencialidade dos dados.

Seriam realizadas, a princípio, oito entrevistas individuais e semiestruturadas com o grupo dos gestores dos NASF dos territórios onde havia homeopatas atuantes. Em função de este grupo ficar restrito a apenas dois gestores, optamos por ampliá-lo, incluindo todos os gestores dos NASF de territórios, quer possuíssem homeopatas atuantes, quer não. O local de escolha foi em local determinado pelos entrevistados, em dia por ele definido, facilitando a conciliação de seu tempo disponível com o alívio do estresse da demanda cotidiana de trabalho neste dia. Porém, mesmo com todo o conforto e possibilidades oferecidas, apenas três gestores deste grupo mostraram-se disponíveis, os demais alegando incompatibilidade de tempo e excesso de demandas de sua função. Logo, realizamos com este grupo um total de três entrevistas.

Com o grupo de gestores envolvidos no processo de formulação e implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) aplicamos o mesmo critério de conforto e comodidade, tanto quanto ao

local, como quanto ao melhor horário para a realização das entrevistas. Selecionamos então um gestor que preenchesse os critérios de inclusão já explicitados anteriormente. Realizamos um total de três entrevistas neste grupo, envolvendo gestores atuantes em diversos níveis de governabilidade dentro do SUS, em âmbito nacional.

Em ambos os grupos as entrevistas foram conduzidas de modo a possibilitar que o entrevistado ficasse à vontade para participar, se expor, e expressar o que sente e pensa, e procuramos estabelecer uma escuta qualificada mantendo a atenção em suspensão⁴⁸, levando em conta os gestos, atos e emoções suscitadas pelas falas.

Elaboramos o roteiro de entrevista (Anexos 3 e 4) composto por algumas questões norteadoras que nos serviram apenas como uma guia, e permitiram ao gestor dos dois grupos discorrerem e aprofundarem os temas levantados. As questões formuladas não seguiram necessariamente a mesma ordem, pois a singularidade de cada entrevistado e o seu modo de produção de informações é que definiram o rumo da entrevista.

3.5 ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVOS

Após a transcrição das entrevistas procedemos à análise de dados de todo o material da pesquisa. Procedemos à análise das entrevistas identificando os significados das falas e discursos dos entrevistados nos seus contextos de atuação, enfatizando as dimensões intersubjetivas e simbólicas presentes nas relações de trabalho. Identificamos e estabelecemos relações entre os termos mais presentes junto aos dados coletados.

Buscamos assim, cartograficamente, detectar linhas e forças que perpassem este coletivo, percebendo novas articulações nas falas coletadas e descrições, produzindo critérios de análise que facilitaram a compreensão deste processo. Para

tanto, evitamos uma análise de conteúdo e de discurso cristalizada ao momento de sua produção, levando em conta que, o que mais nos interessa neste momento é a dimensão da transformação do processo que será investigado⁴⁸. Processo no qual, eu mesmo, como pesquisador implicado, afetei; e por ele fui afetado; construindo para além da análise, a processualidade que resultará em novos saberes, dialeticamente diferentes da motivação original. Mais do que a raiz, cuja árvore é a resultado final, esperamos com isso acompanhar o rizoma, complexidade sem começo nem fim, resultante de um território vivo, em constante comunicação, cujo destino poderá ser tudo, caule, bulbo ou nova planta. Contudo, sem jamais deixar de ser a resultante das diversas influências, oriundas do próprio meio onde elas são experienciadas e coletivamente sentidas⁴⁹.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Outra atitude é reconhecer que se a pesquisa se propõe ao acompanhamento de processos em curso, a perda momentânea de rumo não é necessariamente indício de inconsistência do problema ou de despreparo do pesquisador. Adotando esta atitude, esse ethos de pesquisa, reconhecemos que a atividade de investigação envolve sempre, em certa medida, o redesenho do campo problemático (p. 204)⁴⁸.

Ao adotar a cartografia por método de trabalho implicamo-nos necessariamente em tomar parte da processualidade e estar atento a ela, exercitando nossa atenção e contando sempre com certa dose de imprevisibilidade⁴⁸. Para demonstrar o fato creio ser interessante relatar parte de nosso primeiro contato com o campo que demonstrará mais claramente como se dá esta ação de acompanhar processos e não a representação de objetos como tradicionalmente uma pesquisa é concebida. E ao fazê-lo, perceberemos aqui que nos defrontamos com um primeiro e importante resultado.

Estabelecido contato prévio com os gestores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Rio de Janeiro pudemos participar, a convite de sua coordenação, de uma das reuniões de seu Grupo de Trabalho, com o intuito de apresentar o projeto de pesquisa que refletiria sobre o papel da homeopatia junto a Estratégia Saúde da Família. Ao mesmo tempo seria para o pesquisador uma oportunidade de travar o primeiro toque, aquele que colheria as impressões iniciais de como o processo de formação dos NASF vinha ocorrendo no âmbito da cidade.

Terminada nossa curta exposição e, com a anuência da coordenação do grupo de trabalho, todos se prontificaram em contribuir com o processo de pesquisa, participando das entrevistas. Porém no intervalo entre uma e outra intervenção algumas falas suscitaram novos olhares:

“Adoraria contribuir para este trabalho! Porém o NASF se encontra em formação e não teria o que relatar...” (Celso, responsável por uma das CAPs que ainda não possui NASF)

Aqui já se percebe como o campo muita das vezes é diferente do que pretendemos – e neste caso já parecia estar um pouco mais restrito do que nossa variável de atenção inicial. *“Trata-se aqui de ressaltar que a atenção cartográfica - ao mesmo tempo flutuante, concentrada e aberta - é habitualmente inibida pela preponderância da atenção seletiva.”*⁴⁸ (p. 34) Outras falas que se sucederam, contudo, foram ainda mais emblemáticas neste sentido. Queríamos investigar a concepção de saúde-doença-cuidado do homeopata presente na Estratégia Saúde da Família (ESF), porém o mesmo não estava presente ou não atuava de forma orgânica:

“É pena, bem que gostaríamos, mas não temos homeopata trabalhando conosco...” (Gina)

Igualmente pretendíamos relacionar os conceitos de integralidade e complexidade presentes na formação do homeopata com o processo de trabalho na ESF; contudo a lógica da Estratégia, tensionada pelo paradigma hegemônico, parece ainda orientada *“para o diagnóstico e tratamento de doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se alterações corporais em detrimento do sujeito e suas demandas”* (p. 4)³⁰:

“Acho até interessante a participação do homeopata no NASF... mas o que indicaria para um homeopata tratar? Que problemas de saúde ele pode dar conta?” (Magda)

Da mesma forma buscaríamos identificar os limites e possibilidades do apoio matricial exercido pelo homeopata a partir do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ocorre que o papel deste profissional parece ainda indefinido, não só na lógica de matriciamento do cuidado, mas em todas as dimensões da Atenção Primária à Saúde:

“Sinceramente, desconheço o que o matriciamento em homeopatia ou mesmo a atenção primária a saúde pode fazer com a homeopatia.” (Helena)

O que era apenas para ser uma reunião onde oportunamente apresentamos o projeto de pesquisa acabou por trazer pistas já que, para quem cartografa o funcionamento da atenção *“se faz através da detecção de signos e forças circulantes, ou seja, de pontas do processo em curso”* (p. 33)⁴⁸.

A partir daqui, percebeu-se a necessidade de buscar compreender a lógica destas forças para a abordagem de nossos objetivos, abrindo-nos a uma modificação dos mesmos. Isso não somente é possível como necessário, uma vez que o objetivo do pesquisador “*é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente. Para isso é preciso, num certo nível, se deixar levar por esse campo coletivo de forças*” (p. 57) ⁵⁰.

Foi quando percebermos que precisávamos como pesquisadores fornecer subsídios para a discussão do papel político do homeopata junto a Atenção Primária à Saúde, buscando um resgate histórico deste processo de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a partir dos gestores que dela participaram ativamente, o que nos levou a criar um segundo grupo de gestores, conforme já narrado no capítulo de Metodologia. Isso, mais do que ampliar o campo, significou identificar outras dimensões trazidas pelo problema central, fazendo-nos lançar olhar para outras direções, identificando como diria Deleuze não a raiz, mas o “rizoma” do processo ⁴⁹.

Finalizando este relato, trazido a fim de ilustrar nossos resultados, buscamos criar, a partir da análise comparativa dos discursos, registrados nas entrevistas com os dois grupos de gestores, três categorias de análise ancoradas teórica e metodologicamente nos capítulos anteriores, e que aqui serão desenvolvidas por tópicos, a saber: integralidade do cuidado, apoio matricial e construção das políticas de saúde.

4.1 INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Em sua incessante atividade, o cuidado molda, a partir do mundo e contra a sua dissolução nesse mundo, as diversas formas particulares da existência (Heidegger, 1995, p. 75, apud ⁵⁰)

Nos últimos tempos as práticas de saúde vêm tratando a questão do cuidado como um esforço de reconstrução no sentido de voltarem-se a presença do outro no espaço assistencial. Diversificando e otimizando as diferentes formas desta

interação no encontro entre o trabalhador em saúde e o sujeito que busca o cuidado, constrói novos saberes e novas práticas cotidianas em uma perspectiva cada vez mais transdisciplinar e intersetorial⁵⁰. Isso necessariamente pressupõe uma revisão paradigmática uma vez que, segundo Ayres, o cuidado deve transcender o senso comum de refletir apenas um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o tratamento de alguma comorbidade e abarcar

uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (p. 74)⁵⁰.

Neste sentido, a homeopatia por corresponder a um paradigma novo, centrado no sujeito e, portanto distinto da racionalidade biomédica²⁵ é identificada pelos gestores como uma racionalidade que proporciona esta relação terapêutica:

“o homeopata é um dos especialistas mais presentes como médico de família em nossa CAP, a frente mesmo da cardiologia[...] acho que ele é importante em diversos momentos, porque ele não, diferentemente de outros profissionais que acompanham o NASF, como ‘gineco’, pediatra que ‘tão’ ligados a um ciclo de vida especificamente ou em uma determinada população por mais que suas ações tenham que desdobrar em outros grupos, o homeopata, eu não vejo essa especificidade dele, então acho que ele é importante em diversos momentos do cuidado [...]” (Aline, Gestora NASF)

Reside aqui o diferencial da homeopatia e demais práticas integrativas com relação ao paradigma hegemônico. Enquanto a biomedicina foca na doença como mera relação entre o que é normal e o que é patológico⁶ e, para tanto se torna profundamente analítica a ponto de fragmentar a atenção⁵⁰, a homeopatia entende a doença como desequilíbrio da força vital¹¹, compreendendo a enfermidade como o resultado desta ação⁵. Em termos mais contemporâneos, Carillo Jr.⁵ assume que a força vital seria o próprio indivíduo visto como sistema, entendido aqui na lógica da complexidade com múltiplos elementos que interagem entre si em resposta a interação com outros sistemas, quer no microcosmo orgânico, quer no macrocosmo familiar e social, representando a doença como a instabilidade do sistema, capaz de provocar lesão, aniquilamento do sistema ou sua desejável adaptação. Tal visão proporciona a síntese necessária para que o indivíduo, ainda que compreendido

como um sistema complexo, multidimensional e sujeito a inúmeras possibilidades, seja abordado de maneira integral.

“frente ao seu olhar de integralidade nessa perspectiva de, do indivíduo inserido dentro de um contexto social e, que a gente vai buscar compreender a vida dessa pessoa, como ela se insere nesse contexto, sua história de vida, a sua história pregressa, ou seja a dimensão da integralidade dentro dessa perspectiva do todo, dos sintomas, como parte desse indivíduo inserido dentro de um contexto no seu ambiente, nas suas relações, acho que seja extremamente apropriado. Então acho que se adequa perfeitamente ao modelo preconizado pela Estratégia Saúde da Família.” (Ametista, gestora presente na construção das PNPIC)

“a integralidade proporcionada pelas práticas integrativas é importantíssima para a Saúde da Família.” (Paloma, gestora do NASF)

A integralidade do cuidado proporcionada pela homeopatia e demais práticas integrativas traz consigo outra questão fundamental, inerente a atual crise nos serviços de saúde, particularmente na Atenção Primária: a resolutividade.

“[...] até na consulta que o homeopata ou o acupunturista faz a gente perceber uma atenção maior, uma escuta do outro que não se resume a doença.” (Mirtes, Gestora NASF)

Lacerda³⁰, ao abordar a resolutividade destacava *“a relação médico-paciente como importante fator a ser considerado já que essa relação interfere na aderência ao tratamento, na satisfação dos pacientes e mesmo na sua recuperação”* (p. 3). Aqui somos remetidos a uma dimensão importante do cuidado integral, particularmente na reconstrução do Sistema Único de Saúde: a humanização.

“Na medida em que você tem uma escuta qualificada, que você compreende aquele indivíduo na sua totalidade, você garante um atendimento humanizado, até porque para haver a prescrição do medicamento homeopático depende essencialmente dessa compreensão de totalidade.” (Ametista, gestora presente na construção da PNPIC)

Recentemente em sua dissertação de mestrado, Reis⁵¹ demonstrava a importância desta relação entre o médico homeopata e o paciente, permeada de longitudinalidade, que estabelece um encontro de subjetividades permanente ao longo do tempo, criando o vínculo terapêutico. Araújo⁵², ao discutir a adesão ao tratamento homeopático reforça a importância da longitudinalidade e relação terapêutica proporcionados pela homeopatia no cuidado dos indivíduos quando considera que

a sistemática de consultas programadas que caracteriza a continuidade inerente ao processo terapêutico homeopático, fortalece o vínculo e favorece o desenvolvimento de uma 'aliança terapêutica' entre paciente e médico. Este fato torna possível a existência de um projeto de recuperação da saúde, o que por si só pode ser considerado um fator mobilizador do processo curativo (p. 68).

Contudo, mesmo com todo o marco teórico demonstrando a importância da consulta como espaço de encontro terapêutico¹⁰, “fica difícil para as equipes concretizar uma abordagem mais integralizada, pois precisam dar conta de inúmeras demandas significativas para a saúde da comunidade” (p. 655)⁵³. Motivo de tensão constante entre gestores locais e trabalhadores da saúde, especialmente os homeopatas, o número de atendimentos dita a tônica do cuidado, relativizando a importância da escuta qualificada.

“O gestor não consegue compreender que para se fazer a homeopatia eu necessito de 30, 40, 1 hora para atender o paciente. Você não vai ter uma agenda que te privilegie já que o outro colega não tem esse tipo de agenda.” (Margarida, gestora presente na construção da PNPIC)

“Talvez a própria essência da prática seja uma limitação, já que uma das questões da estratégia de saúde da família é o grande número de atendimentos, é a quantidade de procedimentos que geralmente o médico precisa ter de dar conta, então isso acaba sendo um limitador, que já para a prática da homeopatia, a gente requer mais tempo. Então acho que a estratégia, em relação à estratégia de enfrentamento, eu acho que não tem outra forma a não ser por meio do diálogo.” (Solange, gestora presente na construção das PNPIC)

Este aspecto dialógico e relevante foi levantado pelos gestores que participaram do processo de formação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares identificando as práticas de cuidado, estabelecidas em todo o território nacional, nas mais diversas realidades, porém mantendo as premissas da abordagem centrada na pessoa, da longitudinalidade e do vínculo foi quem fundamentalmente fomentaram e proporcionaram a criação de uma política em nível nacional:

“No final da década de 90 existia um grande contingente de pessoas que atuavam como homeopata em diversos níveis de atenção, na época também não existia o SUS, até que, em 2006 houve a composição do grupo de trabalho, muito mesmo voltado, pressionado pelo movimento de homeopatas que existia...” (Ametista, gestora presente na construção da PNPIC)

“era muito do desejo dos profissionais né, de conseguir, de conquistar um espaço, um lugar, a gente já tinha, a gente via que já

tinha muita coisa acontecendo. Estou falando especificamente da homeopatia, um monte de serviços espalhados pelo Brasil, mas que a gente não conseguia avançar” (Margarida, gestora presente na construção da PNPIC)

Nisto também concorda Ayres⁵⁰, quando confere ao cuidado um atributo reconstrutor, capaz de estabelecer correlação entre as práticas assistenciais realizadas pelos serviços de saúde e a vida, transcendendo a objetivação que deixa de aproveitar os saberes que ali se originam para dar origem a uma nova práxis, uma nova maneira de organizar os serviços a partir de inovações como acolhimento, vínculo e responsabilização na gestão, além da abertura a novos saberes. Estes saberes proporcionaram a reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, voltado para a construção da Estratégia Saúde da Família que, baseados na lógica da integralidade, da resolutividade e do cuidado dos sujeitos acabou por incorporar a figura do generalista, destinando as demais especialidades e racionalidades, inclusive a homeopatia, para outra lógica de cuidado: a do apoio matricial a partir dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

4.2 APOIO MATRICIAL

Conforme já falado, para que aja um cuidado que de fato seja considerado integral existe a necessidade de ampliação do horizonte clínico já que nenhuma especialidade, de forma isolada, é capaz de dar conta desta abordagem³⁸. Foi com este objetivo que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família e “ampliando o escopo de atuação da atenção básica”⁷. Partindo da necessidade de uma composição entre a equipe de referência e as especialidades em seu apoio – dentre elas a homeopatia e demais práticas integrativas – garante, na prática, que uma importante dimensão do cuidado seja atendida: a resolutividade.

“[...] aí eu fiquei como apoiadora do NASF, justamente por não ter ainda nenhuma pessoa que olhasse pra essa questão e também por proximidade que eu tenho em relação à Atenção Primária, entender a importância do NASF na Atenção Primária né, em relação a meta da resolutividade na Saúde da Família né, enfim, entendendo qual era o

papel, o potencial do NASF, então eu aceitei 'tar [estar] apoiando o NASF.' (Aline, Gestora do NASF)

A resolutividade estaria associada à possibilidade de ampliar a atuação do especialista junto às equipes, diante da falta de profissionais que assumam diretamente o cuidado.

"[...] o pequeno número de profissionais de saúde capacitados em homeopatia, talvez isso seja o maior desafio hoje, frente a uma perspectiva de ampliação. [...]" (Mirtes, Gestora do NASF)

"No sentido da gente contar com poucos médicos, isso também é uma vantagem do NASF; na medida em que ele dá um suporte a um número maior de equipes de saúde da família, ele consegue fazer essa interface." (Ametista, gestora presente na construção da PNPIC)

O trabalho na dimensão da promoção da saúde também é considerado como uma perspectiva importante do apoio matricial. Dimenstein⁵⁴ considera que o suporte técnico-pedagógico desta modalidade de cuidado proporciona uma interatividade resolutiva que trabalha não só na dimensão do atendimento médico, mas na promoção da saúde a partir da complexidade de suas determinações culturais, políticas, sociais, educativas, assistenciais. A esse movimento dá-se o nome Clínica Ampliada, uma clínica como prática política que não perde de vista a importância do acolhimento e do vínculo entre o profissional cuidador e o assistido⁵⁴, porém o compreende como inserido em uma lógica complexa onde o cuidado reside nas relações dos diversos níveis sistêmicos⁵, entre a lógica das determinações em saúde e a subjetividade dos sujeitos.

"outro ponto importante que eu acho que vale ressaltar é a perspectiva de promoção que é uma das questões também, que é um dos tripés da atenção primária, então eu creio que a homeopatia ela tem potencial para prevenção de patologias na medida em que você pode utilizar a homeopatia frente a alguns sintomas funcionais antes dessa doença surgir, antes do horizonte clínico, dentro do modelo do nível, então acho que isso é 'uma' outra grande propriedade da homeopatia." (Ametista, gestora presente na construção da PNPIC)

Contudo, ainda que estas potências sejam identificadas, em muitos lugares sequer ocorre atuação dos NASF, como demonstra o relato:

"(...) existem poucos NASFs que foram implantados, acho que a secretaria estadual não induziu e ainda não induz o NASF e isso acabou assim que, não houve uma expansão do NASF aqui no estado." (Ametista, gestora presente na construção da PNPIC)

Essa percepção de que a macrogestão em saúde estimula pouco o apoio matricial é compartilhada por outros gestores quando identificam limitações na composição dos NASF relacionadas à subvalorização dos profissionais apoiadores que o compõem:

“[...] existe uma dificuldade de profissional médico em relação a ofertas, questão de, de valor de remuneração do mercado né, que a gente ainda não consegue. Em relação a saúde da família (equipe de referência) mudou muito, melhorou bastante, mas em relação ao NASF ainda existe uma diferenciação e é difícil lotar especialistas no NASF também por isso.” (Aline, gestora do NASF)

Alguns autores identificam que, em parte, isso se deve a forma parcial pela qual o Sistema Único de Saúde vem se implantando. A demanda por cuidado parece ainda grande, crescente e os recursos tanto materiais quanto profissionais, raros. A rede permanece em formação e reordenações no modelo de gestão e atenção necessitam serem demandadas³⁸. Outro aspecto ainda remete ao paradigma vigente: o modelo de atenção ainda é médico-centrado, baseado em consultas clínicas, voltados para cura de doenças ou reabilitação. *“Dessa forma, o modelo de atenção baseado na promoção da saúde, preconizado na formulação das políticas públicas, contrasta com a realidade vivenciada no cotidiano das relações terapêuticas” (p. 655)⁵³.*

“(...) acho que é importante ter uma definição mais clara desse profissional, porque acho que o NASF, ele precisa de um perfil de um profissional com mais iniciativa, que sejam pessoas de maior produtividade. Isso é uma questão importante porque um médico de uma forma em geral, ele tá muito preso, principalmente os médicos que estão formados há mais de 20 anos, ele é muito preso ao atendimento clínico, ainda existe pouca perspectiva de um atendimento voltado para ações de promoção, para discussão em grupo, para rodas de conversa, para um ensino, para a educação permanente, então acho que isso é uma limitação que é para ser trabalhado no terreno das capacitações.” (Ametista, gestora presente na construção da PNPIC)

Esse “aprisionamento” a que a gestora se refere é identificado e corroborado por muitos autores, que percebem este limite dado pela fragmentação do cuidado presente na lógica de organização dos serviços⁵³. Tal fragmentação, em verdade, precede mesmo ao trabalho em saúde e encontra-se fortemente impregnada formação do profissional de saúde onde ainda prevalece a supervalorização de determinados núcleos de saber, em detrimento do campo do cuidado. E este é um ponto fulcral ao falarmos de matriciamento uma vez que as relações de trabalho hoje

predominantes baseiam-se em mútua desconfiança, baseada na lógica da competitividade e concorrência, levando os trabalhadores a isolarem-se em seus núcleos de conhecimento. *“É comum o profissional construir identidade e segurança, apegando-se à identidade de seu núcleo de especialidade, o que dificulta a abertura para a interação inevitável em espaços interdisciplinares”* (p. 405)³⁸.

“a gente também tem a resistência mesmo que seja, acredito que mesmo que seja bem conceituado, bem explicado, a gente ainda vai ter essa resistência, porque todos os outros profissionais já relatam isso no NASF, principalmente em relação a categoria médica. Existe uma resistência no matriciamento, pela própria formação que tiveram, e principalmente quando envolve profissional não-médico matriciando um profissional médico.” (Aline, gestora do NASF)

Como já falado, tudo isso se baseia na lógica da fragmentação do conhecimento, fundamentada em um paradigma analítico que considera a doença como ente nosológico a ser combatido por procedimentos de controle e medidas prescritivas. Assim sendo, essa resistência ao apoio matricial se dá ainda mais quando se trata do matriciamento em homeopatia ou outra prática integrativa, como percebe a mesma gestora:

“A gente ainda vê muito em relação ao preconceito de muitas especialidades médicas em relação a homeopatia, acho que assim... eh... existe né, e acho que também seria um outro limite, que pode ser facilmente superado. Mas que talvez num primeiro momento, seria uma resistência que esse profissional teria para matricular.” (Aline, gestora do NASF)

Em verdade o matriciamento em homeopatia traz uma dupla dificuldade: a que reside na objeção mesma ao modelo de apoio matricial proposto pelo NASF e ao fato do profissional médico estar formado em uma lógica racional diversa da racionalidade médica homeopática²⁵, o que resulta em visões muita das vezes conflitantes do processo saúde-doença-cuidado. A superação destes preconceitos passa necessariamente por esta mudança paradigmática, que acontece gradualmente na medida em que ela começa a dar resposta a questões para as quais o modelo atual torna-se limitado¹⁶.

“eu acho que ainda é uma coisa que ainda tá caminhando, ainda tá num processo né, não é uma coisa nova que se instala e já acontece plenamente, acho que ainda tem esse processo e o cotidiano é isso” (Aline, gestora do NASF)

“então é uma questão nova” (Paloma, gestora do NASF)

“isso é uma limitação que é para ser trabalhada no terreno das capacitações. Acho que isso é uma coisa importante e na medida em que você mostra isso para o médico a importância, ele acaba aderindo também. Acho que em qualquer terreno sempre tem pessoas mais resistentes à mudanças e isso eu acho que ela perpassa todo Sistema Único de Saúde, acho que não é específico da homeopatia.” (Ametista, gestora presente na construção da PNPIC)

Epistemologicamente, *“integrar essas perspectivas em um método de trabalho que reconheça a complexidade e variabilidade dos fatores envolvidos” (p. 405)³⁸* pressupõe algum grau de envolvimento em um novo paradigma *“que pense o processo saúde-doença-cuidado de modo mais complexo e dinâmico” (p. 405)³⁸*, possibilitando às equipes uma abordagem mais integral do sujeito. Como novidade que perpassa todo o sistema, novas diretrizes são necessárias para nortear as mudanças e construir uma atenção primária que se pautar por maior resolutividade, longitudinalidade e acesso, superando os entraves do fluxo de atenção nas redes de cuidado. Mais do que mera reforma no pensar faz-se mister construir novas políticas públicas de saúde que correspondam a imprescindível e gradual transformação da Atenção Primária à Saúde.

4.3 CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Como visto, foi fundamentalmente a atuação dos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS), em seu trabalho cotidiano de promoção do cuidado integral, quer em atendimentos individuais, quer na clínica ampliada, que proporcionou a necessidade de uma política de reorientação da APS. Isso passou pela formulação da Estratégia Saúde da Família. Contudo, ainda tensionada por um modelo de atenção, verticalizado e hierarquizado³⁸, a gestão central permaneceu alheia a este trabalho realizado nos municípios e estados aonde a homeopatia e demais práticas integrativas vinham atuando:

“Porque a gente não conseguia avançar junto à base, na nossa avaliação naquele momento? Porque a gente precisava de ter aval do Ministério da Saúde, que a gente não tinha. A gente tinha né, dos

municípios, dos estados, mas o Ministério da Saúde simplesmente não reconhecia, desconhecia, a gente já tinha batido à porta do Ministério da Saúde algumas vezes e era sempre falado que não existia demanda social para homeopatia...” (Margarida, gestora presente na construção da PNPIC)

Fazendo-se um resgate histórico por parte de quem vivenciou diretamente este processo, verificamos que inicialmente foi a pressão da própria população, acolhida por essa dimensão mais integral do cuidado que demandou essa necessidade ao deparar-se com a dificuldade de acesso ao tratamento homeopático no sistema público de saúde.

“tinha também uma série de conferências do movimento popular, que também vinham discutindo. Na época era chamada como medicina alternativa, existiam diversas reivindicações e no início da década, dos anos 2000, começou a ter uma pressão maior.” (Solange, gestora presente na construção da PNPIC)

Percebe-se aqui uma “ética-prática”, termo cunhado por Zarifian (apud ⁵⁵), ao se referir a atitude daqueles que, não dissociando o trabalho individual sobre si dos movimentos coletivos, “*não se reduzem a pequenos grupos, mas envolvem um ‘povo’ inteiro devido ao seu potencial de universalidade*” (p. 130)⁵⁵, uma vez que se constrói sobre as noções de bem comum, inexoráveis a existência humana. Neste caso a população assistida pela homeopatia reivindica não somente homeopatia para o SUS, mas toda mudança paradigmática e o modelo de cuidado que sua práxis representa. Isso proporcionou uma ocupação de espaço junto às instâncias decisórias que culminaram na construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares¹ e fundamentaram a lógica de apoio matricial, a partir da constituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família como parte deste processo⁷.

“[...] começou a ter uma pressão maior, até que em 2006, a gente já tinha algumas pessoas que já estavam atuando dentro do Ministério da Saúde e foram cavando até que essa política ‘foi’. Começou a discutir ela em 2003, 2004, dentro do Ministério da Saúde, que culminou com elaboração de um projeto de uma política nacional que foi publicada em 2006.” (Margarida, gestora presente na construção da PNPIC)

A formulação da PNPIC foi um passo importante por marcar esse redirecionamento de olhar e foi considerado à época por aqueles que se encontravam exercendo a homeopatia uma estratégia de enfrentamento e de mudança de rumos na política pública de saúde.

“onde quer que exista uma coordenação das práticas ou uma coordenação da homeopatia, esse processo de implementação é alavancado, porque existem especificidades da homeopatia assim como das outras práticas em que existe um grande desconhecimento dos gestores.” (Ametista, gestora presente na construção da PNPIC)

“Acho que as políticas têm esse papel de dar rumos, de dar diretrizes, de possibilidades. A partir da implementação dessas diretrizes é possível que essas diretrizes marquem (por exemplo) como necessário o tempo maior de consulta - eu acho que esse é principal fator de limitação e acho que são essas estratégias de enfrentamento.” (Solange, gestora presente na construção das PNPIC)

Se por um lado foi o modelo de cuidado exercido pela homeopatia e demais práticas integrativas que proporcionou a criação de uma política que reorientasse os serviços de saúde, ampliando o escopo do cuidar, por outro a partir da criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em 2006¹ observou-se de maneira paradoxal uma estagnação destas práticas junto a Atenção Primária, justamente com o avanço da Estratégia Saúde da Família, como bem observam os gestores:

“[...] pelo menos eu conseguia perceber mais, porque existia, tinha um interlocutor de práticas integrativas dentro da área também que hoje em dia a gente não tem, acho que eram disponibilizados mais cursos, não tô falando em relação à prática, por exemplo, homeopatia, acupuntura, nada disso não, até porque a gente sabe que é uma especialização, enfim. Mas em relação a esse olhar do profissional da saúde da família para práticas integrativas e complementares.” (Aline, gestora do NASF)

Ao ser formulado como política, a PNPIC parece uma realidade dada, porém prescinde ao fato de que o modelo de cuidado hegemônico permanece sendo o biomédico, que exerce uma “objetivação dessubjetivante”⁵⁰ isto é, tem seu modelo pautado pela eliminação da doença e não pela valoração do sujeito inserido no contexto de suas determinações. E a lógica impessoal, que não leva em conta os sujeitos e suas histórias, perpassa igualmente aos profissionais de saúde, que são vistos como tábula rasa, descontextualizados do processo de formação de políticas públicas, para os quais determinamos diretrizes de ação a serem seguidas.

“Hoje parece que é uma política que veio lá de cima e aí acho que é o grande paradoxo né; que aí em 2005, a gente tem a política, que coisa boa, cumprimos nosso papel, ficamos felizes da vida e aí vem outro revés.” (Margarida, gestora presente na construção da PNPIC)

A política, por si mesma, não é capaz de mudar paradigmas como aqui fica claro. Ela é importante, porém a mudança fundamental se dá no cotidiano das práticas dos serviços. A práxis é o determinante principal, as ações assumidas por seus atores principais no cuidado em saúde são quem materializam as políticas na ponta, não o inverso. Esse é *“um ponto relevante para a reflexão crítica sobre o processo de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas”* (p. 40)⁵⁶. Ao longo de anos, práticas irrefletidas neste campo levaram, por força mesmo da lógica analítica, fragmentada e nuclear hegemônica ao encastelamento em associações de classe que, antes de qualquer coisa, buscam estabelecer reservas de mercado, garantindo poderes e marcando posições.

“Não sei como você acompanhou este processo, mas as próprias associações médicas de classe, inclusive as ligadas à homeopatia preocuparam-se mais em defender interesses do que em mudar a lógica do SUS. Acabaram por vetar uma série de avanços da PNPIC, que estimulavam a interdisciplinaridade, preferindo engessá-la na defesa de interesses de classe...” (Margarida, gerente presente na construção da PNPIC)

No caso da homeopatia parece ter havido também uma superestimação da formulação da PNPIC, colocando-a como responsável pela reformulação do cuidado quando, em verdade ela apenas é reflexo de uma prática construída por muito tempo na Atenção Primária. Se o médico homeopata deixa de atuar como homeopata, acaba por descaracterizar-se, deixando de se ator da mudança e passando a ser mero expectante dos fatos. Passando a atuar como médico de família, relega as práticas integrativas para o plano do matriciamento.

“Conheço muitos médicos de família que são homeopatas né, mas não fazem homeopatia. Em relação a homeopatia eu não sei o número correto agora, posso depois confirmar, mas eu acho que são em torno de quatro, em relação as outras residências médicas, especializações, é um número até significativo...” (Aline, gerente do NASF)

Atuando em consonância com a velha forma de fazer política, caracterizada pela *“centralização de sua formulação, pela verticalização de sua implementação e por um caráter autoritário”* (p. 46)⁵⁷ a PNPIC, assim como outras políticas públicas ao deixar de levar em conta a história de seus protagonistas, torna-se incipiente e assume efeito contrário aos objetivos que pretende. Ao fragmentar a rede que foi responsável pela proposição de mudança, confere um papel secundário a seus

atores, pulveriza suas ações com proposições genéricas e distanciadas da realidade de onde emergiram, acabando por manter o sistema tal como está: iníquo e impermeável a integralidade do cuidado.

4.4 COMPREENDENDO MOVIMENTOS-FUNÇÕES DO DISPOSITIVO

Ao praticarmos a cartografia como método de pesquisa, cumpre-nos reunir pistas inicialmente dispersas pelo território e contextualizadas temporalmente a fim de localizarmos os dispositivos, isto é, as redes que se podem estabelecer entre os elementos⁴⁸ que compõem a complexidade do sistema. O dispositivo, como sistema de relações é único, nem maior nem menor que a soma das suas partes⁵, porém possui dentro de sua tessitura todas as “linhas de visibilidade, de enunciação de força e de subjetivação” enfim, tanto o dito como o não dito⁴⁸. Optamos por identificar, para além das categorias de análise, estas linhas de convergência, pois, como afirmou Deleuze⁴⁸,

a realidade é feita de modos de iluminação e de regimes discursivos. O saber é a combinação dos visíveis e dizíveis de um estrato, não havendo nada antes dele, nada por debaixo dele. Trata-se, então, de extrair as variações que não cessam de passar. (p. 78)

Neste sentido analisaremos o dispositivo sob dois olhares: limites e possibilidades.

4.4.1 Convergência dos limites

Ao compararmos as entrevistas dos gestores ligados ao NASF com aqueles que participaram da formulação da PNPIC, contextualizando-as em seus momentos históricos percebemos que a maior limitante do exercício da homeopatia e demais práticas integrativas reside no paradigma hegemônico que fragmenta o cuidado. Existe um limite para o apoio matricial quando a clínica é centrada exclusivamente

na demanda por sintomas físicos da doença uma vez que a cultura hegemônica preconiza a necessidade do atendimento médico em detrimento da abordagem de outras especialidades, gerando preponderância de uma sobre as outras como se houvesse uma escala de importância, conforme o demonstrado por alguns autores^{38, 41}. Percebe-se então que essa visão hierarquizada, ao não admitir interferência de outros núcleos de conhecimento, acaba resultando na recusa do médico, tanto em tomar parte quanto em receber o apoio matricial.

Quanto à homeopatia, por ser igualmente uma racionalidade distinta do saber médico predominante, é desconhecida desde a formação desse profissional, que acaba por não compreender o que pode ou não ser demandado pela homeopatia^{VII}. O que não é conhecido se torna estranho e o estranhamento dentro da premissa da autopreservação gera o preconceito que ignora o papel da clínica ampliada exercida por essa especialidade.

“A gente ainda vê muito em relação ao preconceito de muitas especialidades médicas em relação à homeopatia, acho que assim, existe né?” (Mirtes, gestora do NASF)

“Eu acho que existe também uma dificuldade do profissional da saúde da família perceber a necessidade do homeopata no NASF, porque é feito um diagnóstico situacional, onde os profissionais também são escutados, avistam em relação ao perfil do território, idosos, mulheres, crianças... logo assim, você precisa escolher cinco [especialidades], o homeopata acaba não sendo citado entre os cinco primeiros.” (Aline, gestora do NASF)

Outro limite percebido em conjunto foi a excessiva verticalização das políticas, mesmo a PNPIC e a Portaria que implanta os NASF^{1, 7}. Ainda que elas busquem consolidar uma mudança paradigmática essa é vista como resultante de um movimento lento e gradual, de adaptação mesmo à novidade até que, gerando respostas a problemas emergentes venham se incorporando gradativamente na práxis dos trabalhadores do campo da saúde.

“Então eu acho que também é ‘um’ outro olhar que provavelmente deve ser mudado com relação ao tempo, mas também a gente sabe que é uma coisa assim recente em relação ao SUS.” (Aline, gestora do NASF)

^{VII} Mesmo após a reforma curricular de 2002, são poucas as escolas médicas no país que incluem a homeopatia em seus currículos. As que o fazem, a incluem na maior parte das vezes como disciplina optativa. (Nota do autor)

Sendo o sistema pujante, os obstáculos geram constante adaptação dos dispositivos que vão inventando “modos de existir”⁴⁸. Das imperfeições do meio em constante processualidade e mutação surgem as possibilidades que darão novas perspectivas ao rizoma em constante evolução.

4.4.2 Convergência de possibilidades

Como cartógrafo nesta pesquisa, permito-me tecer breve relato da percepção de uma inusitada linha de força surgida na produção de dados durante a execução do trabalho de campo.

Estava saindo da clínica da família onde trabalho para mais uma entrevista quando, a pedido de uma colega compareci a sala onde ela realizava o atendimento de uma demanda livre, para opinar em um caso. Tratava-se de uma senhora obesa que se queixava de lesões pruriginosas, principalmente em região de dobras. Parecia ser um tipo de micose e a médica questionava-me qual a pomada mais adequada no caso. Conversa vai e vem entre nós até que a senhora manifesta-se: “acontece que toda vez que esse ‘cobreiro’ aparece começo a urinar vermelho!” Ao que a médica respondeu: “já falei para ela que isso não tem nada a ver, mas ela insiste.” Afeito a uma visão sistêmica do processo saúde-doença-cuidado⁵ questionei se essa urina formava depósitos avermelhados no vaso sanitário, no que respondeu afirmativamente. Recordei um medicamento homeopático utilizado para o tratamento de drenagem de ácido úrico, *Berberis vulgaris*, onde sua matéria médica^{VIII} inclui o sintoma “urina espessa, vermelho-vivo, com muco e depósito de sedimento sólido farinhento”⁵⁸ além do sintoma cutâneo de “coceira, queimação e ardência”⁵⁸. A possível explicação, dentro desta visão sistêmica, para a ação da medicação, que correlacione os dois sintomas é a de que na hiperuricemia, apresentando dificuldade em metabolizar o ácido úrico, acabava por drená-lo pela

^{VIII} Matéria médica homeopática é o conjunto de sintomas e sinais relatados pelos experimentadores durante a experimentação de um possível medicamento homeopático, em sua própria linguagem. Existem 3 tipos: Matéria médica semipura, onde os sintomas são colhidos em doentes e sãos; Matéria médica clínica, sintomas colhidos na prática clínica; e Matéria médica explicativa, teses de estudiosos sobre o assunto, relatando efeito fisiológico das substâncias. (Nota do autor)

pele, assim como a amônia. Esta servia de alimento aos fungos que então hiperproliferavam, ocasionando a micose. Muito surpreendida pediu o exame laboratorial, confirmando a hiperuricemia e uma glicemia limítrofe, a tempo de tratá-la sem maiores complicações.

Desde então não só ela como os demais colegas, percebendo as possibilidades da homeopatia junto à estratégia, com sua visão sistêmica complexa⁵ de causalidade, pediram que, ao menos, um turno por semana fosse dedicado a atender casos em regime de matriciamento. Isso vem ocorrendo há exatos dois meses e dois dos médicos de família presentes à unidade manifestaram o desejo de formarem-se em homeopatia, percebendo nesta racionalidade uma potência a ser desenvolvida em prol de um cuidado mais amplo.

Três possibilidades se fazem perceber neste caso, e igualmente foram percebidas pelos sujeitos da pesquisa e suas processualidades. A primeira, de que o apoio matricial, sem dúvida, proporciona melhor resolutividade do cuidado, ao contemplar uma multiplicidade dos olhares sobre o sujeito. Alargando o horizonte clínico para além da queixa, tratando-a como uma maneira do sujeito comunicar de que necessita ser ouvido em suas demandas mais profundas e muito das vezes ocultadas. Porém um matriciamento que esteja bem próximo da equipe de referência de forma haver co-responsabilização pelo cuidado. Sem dúvida que o NASF pode e deve contemplar em seu corpo a homeopatia e demais práticas integrativas para exercer este apoio junto às equipes que suporta. Mas isso não invalida que a alteridade presente nas próprias equipes de referência não sirva de apoio local, criando especificidades que garantam a segunda possibilidade levantada pelos entrevistados: a necessária integralidade do cuidado.

Esse matriciamento “ao lado” permite que o homeopata exerça o cuidado diretamente na Atenção Primária levando a terceira possibilidade levantada pelos gestores entrevistados: a presença do homeopata na ponta foi / é fundamental para garantir as políticas de saúde que reordenaram o SUS, assim como a prática e o exercício do cuidado integral. Sem essa práxis cotidiana, a formulação de política cessa, por falta de necessidades e demandas que a alimentem, a política torna-se letra morta e não só a presença das Práticas Integrativas junto à ESF fica

comprometida. A própria integralidade do cuidado fica em cheque e com ela, os pilares de um Sistema de Saúde equânime e universal.

CONCLUSÃO

Olhar para esta rede de relações pela ótica da homeopatia e daqueles que a exercem desde os primórdios do Sistema Único de Saúde não proporciona somente discutir o papel das Práticas Integrativas frente à Atenção Primária. Mas como o tensionamento histórico entre dois paradigmas se dá, cotidianamente, ao longo das práticas e construção das políticas de saúde, influenciando na integralidade ou fragmentação do Cuidado.

O homeopata assume naturalmente a medicina de família por considerá-la como responsável pelo cuidado do indivíduo; tratando-o como sujeito inserido em um contexto social mais amplo, influenciado pela lógica das subjetividades que se relacionam de maneira complexa e sistêmica. Os gestores percebem isso naturalmente, ao constatarem que diante do exercício da medicina de família a homeopatia é uma das especialidades que mais se encontra presente. Outro fato que não passa despercebido é a maior resolutividade, especialmente dos casos de maior complexidade, desde que o exercício da homeopatia ou outra prática integrativa se dê no cotidiano do homeopata presente à Estratégia Saúde da Família.

Contudo, caso o médico de família exercesse a homeopatia junto a Estratégia Saúde da Família, na forma como hoje se encontra configurada, tal fato representaria desvio de função para o qual este profissional foi contratado. As atribuições do médico de família são inúmeras – o que podem ser estendidas aos demais profissionais da equipe de referência – como promoção, prevenção, vigilância epidemiológica, acolhimento das demandas e coordenação do cuidado. O atendimento homeopático, com todas as características que lhe conferem alto índice de aceitação junto à população, ficaria muito comprometido, principalmente quanto ao tempo de consulta necessário a avaliar, fora do paradigma biomédico centrado

na doença, a lógica subjetiva relacional entre o normal e o patológico do sujeito que ocorre em busca de atenção.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que surgiram como política a dar resposta a estes enfrentamentos, partindo da reafirmação do cuidado integral pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), entre outras, e da lógica do apoio matricial como compartilhador desse cuidado, acabam por deparar-se com as mesmas tensões paradigmáticas. O modelo biomédico hegemônico limitado exclusivamente ao ambiente da consulta médica centrada na queixa, não contempla a necessária interdisciplinaridade e o convívio de saberes distintos a gerir o cuidado. Os homeopatas, que poderiam encontrar nesse apoio matricial um campo fértil de atuação acabam desestimulados a fazê-lo. Primeiramente, por falta de espaço para este matriciamento. E depois, pela dificuldade de uma racionalidade exercer apoio a outra racionalidade distinta, com abordagens diagnósticas e formas de prescrição terapêutica diferentes. Em ambos os casos, falta a dialética necessária a contemplar a multiplicidade de olhares sobre o sujeito que adoece.

Consideramos que diante de tantas implicações o próprio campo trará soluções que contemplem um novo olhar sobre o cuidado exercido pela homeopatia na atenção primária. Médicos de família que fossem homeopatas poderiam ter a liberdade de exercer a prática homeopática com todas as garantias oferecidas pela PNPIC e incorporadas pela gestão, como tempo adequado de consultas e disponibilização da medicação homeopática, direitos garantidos a população a partir da lógica do acesso dentro do pilar da equidade no SUS. Este atendimento com esta especificidade contemplaria parte de seu trabalho prescrito, dividindo espaço com sua atuação como médico de família e funcionaria como suporte a equipes vizinhas a seu território que vissem a necessitar de cuidados por parte desta racionalidade. Atenderia, portanto a um modelo de atenção baseado no apoio matricial, porém com características distintas da que concebemos hoje. Seria um apoio *in loco*, mantendo as características inerentes a ESF de territorialidade visto que seria dado pelo próprio médico de família como homeopata; ou em conjunto com o médico de referência. Porém aqui a abordagem diagnóstica e terapêutica é ministrada diretamente por quem exerce a homeopatia o que inicialmente romperia com as dificuldades dialéticas entre racionalidades. E, pouco a pouco, a própria práxis do

exercício da homeopatia seria incorporada, diretamente no território onde, por excelência o cuidado se dá.

Isso não excluiria o modelo de apoio matricial proposto pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ao contrário, permitiria maior liberdade para que exercesse seu papel de articular saberes, deixando a assistência a este matriciamento mais local, exercido pelo médico de família homeopata como que numa preceptoría direta. Poderia igualmente ser estendido a demais núcleos da saúde, promovendo a alteridade e tornando cada equipe ou conjunto de equipes reunidas em clínicas da família com características próprias. O usuário de determinada equipe, ao desejar o acesso a Práticas Integrativas, buscaria no médico homeopata da equipe vizinha este tratamento. Contudo, sem perder contato com sua equipe de referência, que auxiliaria o sujeito na busca da autonomia de seu cuidado. Caberia ao homeopata presente no NASF, conhecendo estas especificidades de seu território, orientar esta microrrede, apoiando-a, discutindo processos com os profissionais das equipes e estabelecer fluxos, de forma a compor a dialética destas ações.

Estimular o exercício da homeopatia e demais práticas integrativas na Atenção Primária faria com que não só o protagonismo do cuidado fosse retomado, mas, fundamentalmente promoveria o retorno ao palco do protagonismo político pujante que essas práticas estabeleceram dentro do SUS na década de 90. A Estratégia Saúde da Família não só é capaz de promover o autocuidado, como de articular os diversos saberes, estabelecendo uma hierarquia de quando usar este ou aquele uma vez que, sistemicamente centrada no sujeito-família, buscará o que a ele melhor se adequa e não pré-concebendo previsibilidades como no velho paradigma. Isso permitiu a ocupação de espaços nas instâncias decisórias – o que foi importante, sem dúvida – porém não devem significar abandono do campo da atenção. Fundamentalmente é na ponta, a partir do trabalho no cuidado cotidiano que novos saberes são gerados, capazes de criar as políticas necessárias a constante transformação do SUS, sem os quais, conforme foi demonstrado, ele estagna. E, o que pode ser pior, diretamente interferindo no profissional tornando-o diante da realidade dissociado, desmotivado, ignorando seu real papel de ator desta rede, com necessidades e desejos que influenciam e modificam as determinações que demandam estas políticas.

Fica claro para nós que a maior riqueza proporcionada pelas Práticas Integrativas e Complementares reside na possibilidade de convívio de diferentes modelos no campo da Atenção Primária dentro do paradigma do Sistema Único de Saúde. Faz-se necessário compreender que a Estratégia Saúde da Família não é paradigma, representa o paradigma do SUS, como um modelo possível de aplicá-lo e, até o presente momento, o que mais contempla os conceitos deste paradigma. Tratando-se de um modelo, pode incorporar outros paradigmas como constantemente incorpora o paradigma biomédico, a partir de protocolos baseados na doença como ente nosológico. Mas o modelo, com isso, passa a ter um agir incoerente.

Não existe paradigma incoerente – o paradigma da saúde como ausência de doença até hoje permite uma aplicabilidade, quando na intervenção em processos agudos tais como o infarto agudo do miocárdio, o pico hipertensivo, a hiperglicemia, entre outros. Mas conflita com o modelo da ESF, quando necessita responder aos desafios da estruturação da rede e da coordenação do cuidado. Justamente onde racionalidades médicas como a homeopatia e demais Práticas Integrativas têm muito a oferecer. Em verdade, é assim mesmo. Existirão sempre dois paradigmas em conflito: um, o normal, aceito pela maioria por conta de seu modelo contar ainda com vasta aplicabilidade e o revolucionário, que desponta a partir de crises que ocorrem quando o modelo normal não consegue dar respostas. Três são as saídas possíveis: ou o normal resolve e nada muda; ou não resolve, e o problema passa a ser arquivado; ou acaba por criar uma nova ordem de ideias que estabelece um novo paradigma – passando a ocorrer uma batalha por sua aceitação. Desta forma a crise não só é natural como esperada, para que de sucessões e sucessões incorporem o paradigma revolucionário – não cumulativo, mas reconstruído sobre novos fundamentos. E é aqui que tanto as Práticas Integrativas, como a homeopatia, com todo seu saber acumulado têm muito a contribuir.

Se as crises são necessárias e fundamentais, não deixa de ser desafiador saber como lidar com elas, de forma a ser propositivo e não meramente reativo. É na práxis cotidiana, na construção da integralidade do Cuidado, onde eles se embatem e confrontam. Sabe-se que isoladamente o núcleo de competência de cada profissional não dá conta da complexidade de atendimento das necessidades de saúde, portanto é necessária a flexibilidade nos limites das competências para

proporcionar uma atenção integral. Para tal, fundamental que o processo de trabalho busque primordialmente a construção dos sujeitos, com respeito a suas singularidades, pautado por atitudes éticas e transparentes definidas pelo grupo e garantidas pela gestão, assim como aprimorar o processo de comunicação a partir do diálogo constante em espaços a ele garantidos, uma vez que a dialética é fundamental para o estabelecimento de ações multidisciplinares e de cooperação, as quais se configuram como necessidade vital para o desenvolvimento de competências para lidar com a complexidade dos problemas e do trabalho em saúde, que envolve diferentes profissões, disciplinas e paradigmas.

Além disso, outro desafio a ser superado é com relação à formação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, sugere-se o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde da família, com foco na integralidade e nas atenções do cuidado. O modelo de matriciamento proposto seria uma possibilidade de promover esta capacitação. A gestão deve atentar-se para modelos mais alinhados à complexidade da realidade e não ao velho paradigma de causa-efeito onde os modelos baseados na valorização do controle, função centralizada, hierarquia e burocracia possuíam algum sentido.

Finalmente, não foi objeto deste estudo discutir a visão do usuário sobre o papel da homeopatia e demais práticas integrativas. Contudo ao longo da pesquisa percebemos que, a todo momento, seu papel foi fundamental para o reconhecimento destas práticas, configuradas mais tarde como políticas públicas. Caberiam aqui novos estudos levando em conta esta categoria de análise. Afinal, desde seus primórdios, foi a partir dos sujeitos que não encontravam respostas para seus sofrimentos que a homeopatia foi criada, propondo um redirecionamento do foco de visão. Ao deixar de buscar explicações objetivas, que tornam o doente passivo diante das circunstâncias, propõe ao sujeito que retome o olhar sobre si mesmo, empoderando-o para que, retomando a posse de sua autonomia, assuma o protagonismo da saúde. E uma vez reequilibrado no exercício pleno de seu autocuidado, torne-se por sua vez artífice da sua integralidade, já que é parte de um sistema social vivo o qual constrói e reconstrói com seus movimentos de cuidado, permanentemente.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2006.
2. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA SAÚDE – CNTS. [Internet]. Brasília (DF): CNTS; 2008. [Citado 19 out 2012]. Disponível em www.cnts.org.br/geral/Arquivo/Agencia111-2008.doc
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2006.
4. SABROZA P. Concepções sobre saúde e doença. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.
5. CARILLO JÚNIOR R. O milagre da imperfeição: vida, saúde e doença numa visão sistêmica. São Paulo: Cultrix; 2008.
6. CANGUILLEM G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2008.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o PACS. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2011.
9. FOUCAULT M. A Hermenêutica do sujeito. Rio de Janeiro: Martins Fontes; 2010.
10. AYRES JR CM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Rev Saúde e Sociedade. 2004;13(3):16-29.
11. HANEMANN CFS. Organon da arte de curar. Londres: Headland; 1849.

12. ANDRADE MM. A Vida Comum: espaço, cotidiano e cidade na Atenas Clássica Rio de Janeiro: Eduff; 2002.
13. LACERDA A, VALLA VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento In: PINHEIRO R e MATTOS, R, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3ªed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/Abrasco; 2005.
14. PLATÃO. O Primeiro Alcibíades. Tradução de Carlos Alberto Nunes. Belém (PA): Universidade Federal do Pará; 1975.
15. VIANNA L. Processo saúde-doença. [Internet]. São Paulo: UNIFESP; 2010. [Citado 8 ago 2012]. Disponível em www.unasus.unifesp.br.
16. KUHN T. Estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1978.
17. HOISEL B. Anais de um Simpósio Imaginário São Paulo: Editora Palas Athena; 1998.
18. HEISENBERG W. Física e Filosofia Brasília (DF): EDU-UnB; 1999.
19. BRASIL, Ministério da Saúde. Gestão do Trabalho em Saúde. [Internet]. Brasília (DF): Portal Saúde; 2011. [Citado 8 ago 2012]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1407; 2011.
20. BERNARD C. Introduction a l'étude de la médecine expérimentale. 1ª ed. 1865. Paris : Garnier-Flamarion; 1966.
21. BRÊTAS A, GAMBA M. Enfermagem e saúde do adulto. Barueri (SP): Manole; 2006.
22. BERNARD C. Introdução à medicina experimental. Lisboa: Guimarães Editora; 1959.
23. WAISSE S, AMARAL M, ALFONSO-GOLDFARB A. Raízes do vitalismo francês: Bordeu e Barthez entre Paris e Montpellier. Rev História Ciências Saúde - Manguinhos. 2011;18(3):625-40.
24. BORDEU T. Oeuvres complètes de Bordeu. Paris: Caille et Ravier; 1818.
25. LUZ M. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
26. HAEHL R. Samuel Hahnemann sua vida e obra. Tradução de Tarcizio de Freitas Bazílio. Rio de Janeiro: Gráfica Aries; 2000.
27. CULLEN W. First lines of the practice of physic. Edimburgh (GBR): New Edition; 1808. v. 2.

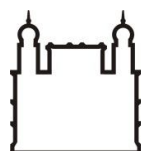
28. HAHNEMANN CFS. *Materia medica pura*. New Delhi (IND): B Jain; 1994.
29. PASCAL G. *O pensamento de Kant*. 4ªed. Rio de Janeiro: Vozes; 2001.
30. LACERDA A. *Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 94 p.
31. LUZ MT. *As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea*. *Rev Bras Saúde Família*. 2008;ed.esp.(mai):8-19.
32. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde (6-12 de setembro 1978)*. Alma-Ata (KAZ): OMS; 1978.
33. BRASIL, Ministério da Saúde. *ABC do SUS*. 2ªed. Brasília (DF): MS, 1991.
34. LEVCOVITZ E, GARRIDO NG. *Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado*. *Cad Saúde Família*. 1996;1(jan-jun):3-8.
35. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1.000, de 21 de julho de 1980*. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1980.
36. BRASIL, Ministério da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986*.
37. BRASIL, Ministério da Saúde. *1º Fórum Nacional de Homeopatia: a homeopatia que queremos implantar no SUS. Relatório*. Brasília (DF): MS; 2004.
38. CAMPOS GWS, DOMITTI AC. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.
39. KONDER L. *O que é Dialética (em português)*. São Paulo: Brasiliense; 2004.
40. POLITIZER G. *Princípios Elementares de Filosofia (em português)*. [São José (SC)]: Prelo; 1979.
41. BIANCHINI MP, LORIATO DB, CESTARI JÚNIOR HC. *Trabalho em equipe: um processo de aprendizado em jogos de empresa*. [internet]. Brasília (DF): Eduardo Diniz; 2002. [citado 3 mar 2012]. Disponível em <http://www.eduardodiniz.pro.br/documentos/texto0246062.pdf>.
42. RADATZ M, SANTOS JLG, GARLET, ER. *Trabalho em equipe: dificuldades e desafios na atenção à saúde da Família*. [internet]. Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem; 2008. [citado 3 mar 2012]. Disponível em <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.126.pdf>.
43. NORONHA JLLE. *AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde*. In:

- GUIMARÃES R, TAVARES RAW. (orgs.). Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2003.
44. POPPER K. A lógica da pesquisa científica. São Paulo: Cultrix; 2004.
45. BRASIL, Ministério da Saúde. 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC. Relatório. Brasília (DF): MS; 2009.
46. RICIERI, AP. Pequeno Dicionário Etimológico Prandiano. [internet]. [local desconhecido]: Prandiano; 2000c. [citado 3 out 2012]. Disponível em <http://www.prandiano.com.br/html/fcdic.htm>.
47. MINAYO M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2007.
48. PASSOS E, KASTRUP V, ESCÓSSIA L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre (RS): Sulina; 2009.
49. DELEUZE G, GUATTARI F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, v. 1. Coordenação da tradução: Ana Lúcia de Oliveira. São Paulo: Editora 34; 2000.
50. AYRES JR CM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface Comunic Saúde Educ. 2003;8(14):73-92.
51. REIS MF. A homeopatia e a integralidade do cuidado de indivíduos portadores de hepatite C crônica. [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2013. 140p.
52. ARAÚJO E. Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento. Rev Bras Saúde Família. 2008;ed.esp.(mai):64-71.
53. PINTO AEA. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(3):653-60.
54. DIMENSTEIN M, SANTOS YF, BRITO M, SEVERO AK, MORAIS C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. Mental. 2005; 3(5):33-42.
55. SILVA CLC. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. Cad Saúde Pública. 1998;14(Sup. 2):129-39.
56. ALVES VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comunic Saúde Educ. 2004;9(16):39-52.
57. MATTOS RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS, RA (Org.) Construção da integralidade: cotidiano,

saberes e práticas em saúde. 3ªed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/Abrasco; 2005. (p.45-59)

58. BOERICKE W. Homoeopathic materia medica. [internet]. Montpellier (FRA): Médi-T; 1999c. [citado 19 ago 2013]. Disponível em <http://www.homeoint.org/books/boericmm/b/berb.htm>

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Homeopatia na Estratégia saúde da Família – Uma Visão Sistêmica na Perspectiva da Integralidade do Cuidado” que será realizada com os gestores responsáveis pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e responsáveis pela construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no município do Rio de Janeiro, RJ. Essa pesquisa faz parte do mestrado que está sendo realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ.

O critério de seleção foi por indicação devido a ser gestor do NASF em território onde se encontram médicos homeopatas em atuação e/ou pelo fato de poder contribuir para os objetivos da pesquisa. A sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a atividade que exerce.

O objetivo geral da pesquisa é analisar os limites e possibilidades da atuação do homeopata na Estratégia Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos consistem em: investigar a percepção do gestor sobre o papel do homeopata na Estratégia Saúde da Família; identificar as atribuições do homeopata no NASF; e fornecer subsídios para a discussão política do papel do homeopata na Atenção Primária e no contexto da ESF.

A sua participação, nesta pesquisa, se dará por meio de entrevista individual, com duração de quarenta minutos, aproximadamente. Apesar de a entrevista ser passível de ocasionar algum constrangimento, não há risco em você participar, e os benefícios da sua participação consistem em fornecer informações que permitam discutir o cotidiano de trabalho, os limites e possibilidades de atuação neste cotidiano, a perspectiva da integralidade no processo de saúde-doença-cuidado, e, desse modo, avançar nas políticas públicas de saúde para a ESF com a efetivação das Práticas Integrativas e Complementares.

Todas as entrevistas serão gravadas, caso haja consentimento. O material será transcrito e analisado. Guardaremos os arquivos de áudio durante cinco anos, em caso de necessidade de se recorrer a esse material, e, em seguida, as mesmas serão destruídas.

Garantimos que as informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais, e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. Você também pode solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas, e a sua solicitação será prontamente atendida.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Domingos José Vaz do Cabo – Pesquisador responsável

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz

Av. Brasil, 4365 sala 310. Manguinhos - RJ 21040-900

Tel: 3865-9797 / 9745

Tel Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/ Fiocruz: 2598-2570 / 2723

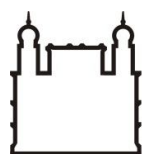
Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2013.

Participante _____

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

Autorizo a gravação da entrevista e a utilização dos dados por ela gerados, conforme o previsto neste Termo de Consentimento.

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Homeopatia na Estratégia saúde da Família – Uma Visão Sistêmica na Perspectiva da Integralidade do Cuidado” que será realizada com os gestores responsáveis pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e responsáveis pela construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no município do Rio de Janeiro, RJ. Essa pesquisa faz parte do mestrado que está sendo realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ.

O critério de seleção foi por indicação devido a ser gestor envolvido no processo de formulação e implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e/ou pelo fato de poder contribuir para os objetivos da pesquisa. A sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a atividade que exerce.

O objetivo geral da pesquisa é analisar os limites e possibilidades da atuação do homeopata na Estratégia Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos consistem em: investigar a percepção do gestor sobre o papel do homeopata na Estratégia Saúde da Família; identificar as atribuições do homeopata no NASF; e fornecer subsídios para a discussão política do papel do homeopata na Atenção Primária e no contexto da ESF.

A sua participação, nesta pesquisa, se dará por meio de entrevista individual, com duração de quarenta minutos, aproximadamente. Apesar de a entrevista ser passível de ocasionar algum constrangimento, não há risco em você participar, e os benefícios da sua participação consistem em fornecer informações que permitam discutir o cotidiano de trabalho, os limites e possibilidades de atuação neste cotidiano, a perspectiva da integralidade no processo de saúde-doença-cuidado, e, desse modo, avançar nas políticas públicas de saúde para a ESF com a efetivação das Práticas Integrativas e Complementares.

Todas as entrevistas serão gravadas, caso haja consentimento. O material será transcrito e analisado. Guardaremos os arquivos de áudio durante cinco anos, em caso de necessidade de se recorrer a esse material, e, em seguida, as mesmas serão destruídas.

Garantimos que as informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais, e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. Você também pode solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas, e a sua solicitação será prontamente atendida.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Domingos José Vaz do Cabo – Pesquisador responsável

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz

Av. Brasil, 4365 sala 310. Manguinhos - RJ 21040-900

Tel: 3865-9797 / 9745

Tel Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/ Fiocruz: 2598-2570 / 2723

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2013.

Participante _____

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

Autorizo a gravação da entrevista e a utilização dos dados por ela gerados, conforme o previsto neste Termo de Consentimento.

ANEXO 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisa de Mestrado

Pesquisador: Domingos José Vaz do Cabo

Sujeitos da pesquisa: Gestores responsáveis pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro, RJ.

Dados de Identificação:

Nome

Sexo

Formação

Tempo de formado

Vinculação Institucional (regime jurídico e quem contrata)

Questões norteadoras:

1. Enquanto gestor, qual a sua percepção sobre o papel do homeopata na Saúde da Família?

2. Você tem homeopata atuando nas suas equipes? (Em caso positivo) Fale sobre a atuação deste homeopata.

3. O que você pensa sobre a inserção do homeopata no NASF?

- Identificar limites e possibilidades da atuação do homeopata.

ANEXO 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PARA GESTORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Pesquisa de Mestrado

Pesquisador: Domingos José Vaz do Cabo

Sujeitos da pesquisa: Atores responsáveis pela construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

Dados de Identificação:

Nome

Sexo

Formação

Tempo de formado

Vinculação Institucional (regime jurídico e quem contrata)

Questões norteadoras:

1. Fale sobre a trajetória da inserção da homeopatia como PNPIC
2. Qual sua percepção sobre a inserção do homeopata na ESF?

- Identificar limites e possibilidades no cotidiano e as estratégias de enfrentamento.

3. Qual sua percepção sobre a inserção do homeopata no NASF?

- Identificar limites e possibilidades no cotidiano e as estratégias de enfrentamento