

CAROLINA SANTANNA MORAES

**A PRÁTICA MÉDICA HOMEOPÁTICA NO CENTRO DE SAÚDE
MODELO E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE: UM ESTUDO DE
CASO**

São Leopoldo

2005

CAROLINA SANTANNA MORAES

**A PRÁTICA MÉDICA HOMEOPÁTICA NO CENTRO DE SAÚDE MODELO E O
PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Orientadora: Profa. Dra. Élide Azevedo Hennington

São Leopoldo, RS.

2005

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

M827p Moraes, Carolina Santanna

A prática médica homeopática no centro de saúde modelo e o princípio da integralidade: um estudo de caso. / Carolina Santanna Moraes. – 2005.

125 f.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2005.

“Orientação: Profª. Dra. Élide Azevedo Hennington, co-orientador: Prof. Dr. José Roque Junges, Ciências da Saúde”.

1. Homeopatia. 2. Princípio da integralidade. 3. Sistema de saúde pública. I. Título.

Catálogo na Publicação:
Bibliotecário Eliete Mari Doncato Brasil - CRB 10/1184

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	06
INTRODUÇÃO	07
1 Tema.....	15
2 Delimitação do Tema.....	15
3 Objetivos.....	15
3.1 Objetivo Geral.....	15
3.2 Objetivos Específicos.....	15
4 Justificativa.....	16
5 Fundamentação Teórica.....	17
5.1 Homeopatia no Brasil: Breve Histórico.....	17
5.2 Homeopatia como Racionalidade Médica.....	21
5.3 Integralidade.....	26
6 Problema de Pesquisa.....	38
7 Pressuposto.....	38
8 Metodologia.....	38
8.1 Caracterização da Pesquisa.....	38
8.2 População de Estudo.....	39
8.3 Local e Período.....	39
8.4 Instrumentos de Coleta de Dados.....	40
8.5 Análise das Evidências.....	41
8.6 Aspectos Éticos.....	42
9 Cronograma.....	43
10 Orçamento.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
APÊNDICE	54

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	62
REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES.....	88
ANEXOS.....	90
ARTIGO	102

PROJETO DE PESQUISA

**A prática médica homeopática no Centro de Saúde Modelo e o princípio da integralidade:
um estudo de caso**

AGOSTO, 2004

INTRODUÇÃO

No Brasil convivemos com problemas e dificuldades no campo da atenção à saúde, justificando a crescente demanda de modelos alternativos, seja na prática clínica, seja na gestão dos serviços públicos de saúde.

Segundo Luz (1997), o surgimento de novos paradigmas em medicina estaria relacionado a diversos acontecimentos, situações e condicionamentos complexos, de natureza socioeconômica, cultural e epidemiológica. Entre estes acontecimentos destacar-se-iam um conjunto de eventos e situações que poderiam caracterizar uma situação de “crise na saúde”. De acordo com a autora, esta crise poderia ser vista como consequência do crescimento das desigualdades sociais no mundo, principalmente nas sociedades onde estas desigualdades são mais acentuadas como é o caso da América Latina. A grande concentração de renda tem gerado graves problemas sanitários, como por exemplo, o aumento de doenças infecto-contagiosas em geral, doenças sexualmente transmissíveis e crônicas não transmissíveis. Para Luz (1997) a crise da biomedicina está associada à crise da saúde, mas de uma maneira um pouco distinta, relacionando-se muito mais aos planos ético, político, pedagógico e social, do que ao seu modelo de produção de conhecimento, onde há uma evolução constante através dos ramos disciplinares da biociência que lhe são mais próximos.

Do ponto de vista econômico e financeiro, a crise na saúde iniciou-se no Brasil a partir dos anos 70, terminado o período do milagre econômico, que segundo Almeida et al. (2001) era o que garantia a base de apoio social ao regime vigente. Inicia-se então, lenta e progressivamente, a abertura política, questionando-se a política social do governo e a repercussão dos efeitos do modelo econômico adotado em relação à saúde, caracterizado por políticas discriminatórias, com desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e à quantidade de serviços destinados às populações urbanas e rurais. Nessa época o país apresentava um modelo hegemônico médico assistencial-privatista, mas foi também neste período que se alicerçou política e ideologicamente o movimento da Reforma Sanitária.

O contexto nacional na década de 1980, ainda segundo Almeida et al. (2001), poderia ser definido por dois pontos principais: uma profunda crise econômica e o processo de redemocratização do país. Este período foi palco de uma progressiva movimentação social em torno das políticas sociais, principalmente a de saúde que, de acordo com Luz (2001), passaram a ser vistas pela sociedade civil organizada como direito de cidadania. Esse movimento culminou em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada um dos eventos político-sanitários mais importantes na história da saúde pública brasileira devido ao seu caráter democrático e ao processo social que se estabeleceu a partir das conferências municipais e estaduais, ampliando o debate em todos os níveis da sociedade.

Como principal resultado da VIII CNS tivemos a constituição do projeto de Reforma Sanitária do país, caracterizado por preconizar um conceito abrangente de saúde. A Constituição promulgada em 1988 avançou enormemente nas questões sociais, especialmente no capítulo sobre saúde, com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde como a nova base

para reorganização da área, sob a regência da máxima “Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado”.

De acordo com o texto constitucional, cabe ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a “redução do risco de doença e de outros agravos”, quanto “ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (MATTOS, 2001).

A partir daí, fatos políticos relevantes do final da década de 80, aliados a uma grave crise fiscal, institucional e política do governo acabaram por produzir uma ruptura no processo da Reforma Sanitária do país. Segundo Noronha e Levcovitz (1991) a agudização da crise econômica e a eleição, em 1989, de um governo com características neoliberais, trouxeram como consequência a retração dos gastos públicos com as políticas sociais e a desestruturação da política de saúde de cunho universalizante. Neste período, foi aceleradamente suplantado o sonho reformista de saúde para todos, como direito do cidadão e dever do Estado.

Esta retrospectiva histórica se faz necessária para tentarmos compreender as principais questões que contribuíram para que o SUS e suas principais diretrizes não tenham alcançado pleno êxito até os dias de hoje, mesmo estando previstas pela Constituição Federal.

Analisando-se o modelo assistencial, a crise na saúde relaciona-se também às limitações do paradigma da biomedicina. O atual sistema privilegia as especialidades médicas voltadas para as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento de uma abordagem que considere as dimensões psicossociais, éticas, culturais, econômicas e até políticas, reforçando

a manutenção de uma postura por parte da equipe de saúde, especialmente dos médicos, fragmentária e reducionista em relação aos usuários do sistema. De acordo com Capra:

Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde freqüentemente de vista o paciente como ser humano, e, ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se como o fenômeno da cura. Essa é talvez a mais séria deficiência da abordagem biomédica (1997, p.116).

Esta crise paradigmática da biomedicina deve ser considerada de fundamental importância no aumento crescente de interesse por outras racionalidades médicas. A partir da década de 70 algumas dessas novas “racionalidades” chegam ao Brasil e outras ganham reconhecimento, juntamente com o movimento denominado Contracultura nos EUA e Europa: são as medicinas consideradas “alternativas”, principalmente aquelas centradas no paradigma vitalista, ou paradigma de saúde como a homeopatia (LUZ, 1996).

A introdução da homeopatia no Brasil se deu no ano de 1840, com a chegada ao país do médico francês Benoit Jules Mure, aqui conhecido como Bento Mure. Este médico era um socialista utópico e veio para cá com o objetivo de criar uma sociedade cooperativa ligada ao socialismo de Fourier, na península formada pelo Rio São Francisco, na região fronteira entre Paraná e Santa Catarina, denominada de Colônia do Sahy (LUZ, 1996).

No entanto, somente em 1979 a homeopatia foi reconhecida como especialidade médica pela Associação Médica Brasileira (AMB) e, neste mesmo ano, houve a fundação da Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB). O Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1980, passa a incluí-la no rol de suas especialidades. Em 1986 as resoluções finais da VIII Conferência Nacional de Saúde, acima mencionadas, recomendam a introdução das

práticas alternativas na rede pública de atendimento. A nível Federal, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), que incluía os Ministérios da Saúde, Educação, Previdência, Trabalho e Planejamento, publica a resolução 04 de 08/03/1988, na qual fixa as primeiras diretrizes para a implantação de algumas terapias alternativas nos serviços públicos de saúde, entre elas a homeopatia. Em 1989, a AMHB passa a fazer parte do conselho de especialidades da AMB e, em 1990, é realizado o primeiro concurso para a concessão de título de especialista em homeopatia, com respaldo da AMB e CFM. Deste modo, deixa de ser terapêutica alternativa, para ser considerada uma especialidade médica.

A homeopatia vem sendo incluída nos serviços públicos de saúde, e mesmo ainda sendo minoritária, é uma importante opção de atendimento nos serviços de saúde dos grandes centros urbanos do país. Após a implantação do SUS várias coordenadorias locais de terapias “*alternativas*” ou “*complementares*” foram criadas nos Estados e a homeopatia é considerada uma das pioneiras (LUZ,1996).

De acordo com as conclusões do 1º Fórum Nacional de Homeopatia, realizado em Brasília no ano de 2004 e organizado pelo Ministério da Saúde com apoio da AMHB, a homeopatia fortalece os princípios do SUS, pois, alicerçada no controle social, a mesma busca consolidar como parâmetro de qualidade de sua prática a *integralidade* – compreendendo o sujeito enquanto unidade indivisível, não sujeito a limitações de recortes patológicos, em detrimento da compreensão do processo saúde/doença, a *equidade* – dimensionando a atenção às necessidades de saúde da população, respeitando as diferenças individuais e, por fim, a *universalidade* – na garantia democrática do acesso a essa racionalidade enquanto direito de exercício de cidadania (COMISSÃO, 2004).

O aumento da demanda de atenção médica em decorrência de problemas de saúde abrangentes que incluem aspectos psicossociais, do desequilíbrio da demanda-oferta dos serviços públicos de saúde e da baixa resolubilidade do modelo biomédico, faz com que seja necessário redefinir modelos de atenção à saúde superando a visão cartesiana e reducionista, reorganizando as práticas centrada no acolhimento dos sujeitos e em suas necessidades.

Segundo Mattos (2001 p. 62) “quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades”.

A *universalidade*, a *integralidade* e a *equidade* são princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes princípios pressupõem considerarmos direito de cidadania a serem garantidos pelo Estado a atenção à saúde com acesso universal, a escolha do tipo de tratamento preferido por parte do usuário dos serviços e o atendimento integral, desde a prevenção até o mais complexo tratamento de uma doença ou agravo. O oferecimento de especialidades médicas ainda consideradas “*alternativas*” ou “*complementares*” torna-se de extrema importância na medida que coloca em xeque o modelo assistencial hegemônico, desenvolvido sob a lógica da clínica centrada no biológico, caracterizada pela fragmentação do indivíduo, assentada no ato prescritivo e na produção de procedimentos e que geram um grande consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos usados como principais recursos de diagnóstico e terapia. No caso da Homeopatia, o exercício da clínica enquanto atos de fala, escuta e diagnóstico, dimensionada como cuidado, poderá contribuir na humanização e no aumento da resolubilidade na rede básica de atenção à saúde.

A Homeopatia, especialidade médica foco desta pesquisa, é considerada a medicina do sujeito. Segundo Rosembaum (2000) este é um sujeito particular construído em função de um processo histórico e, na sua antropologia, além de possuir uma unidade, é regido por uma força vital que o anima. O sujeito histórico em Hahnemann é envolvido no processo histórico, mas também construído por uma história peculiar, com suas virtudes, vicissitudes e idiossincrasias, que modulam suas respostas ao meio em que vive, construído por uma história particular, onde se deve levar em conta suas qualidades, idiossincrasias e diversidades, que acabam influenciando de alguma maneira suas respostas ao meio em que vive (NOVAES, 1989).

O sujeito é para Hahnemann retrospectivo e prospectivo. Retrospectivo porque a cada uma das vivências pelas quais passou configura e delimita sensibilidades e suscetibilidades especiais, dignas de ser usadas de duas formas: enquanto categoria medicamentosa para escrutinar semiologicamente os sintomas e enquanto instrumento propedêutico para fazer, quando for necessário, uma pedagogia, ou seja, interferir nos hábitos que, de alguma forma, podem produzir danos clínicos ao paciente. Prospectivo porque tais vivências serão usadas também para saber das 'potências prospectivas' dos sujeitos, de suas aspirações, de sua imaginação, enfim de seu estar no mundo 'poeticamente', criativamente" (ROSEMBAUM, 2000, p. 126).

A relação médico-paciente é um dos determinantes da resolução dos problemas de saúde, sendo que grande parte da eficácia médica resulta da satisfação dos pacientes durante o processo do tratamento. Esta satisfação não se limita ao aspecto técnico-científico da medicina, mas inclui também a qualidade dos vínculos entre médicos e usuários, a comunicação interpessoal e o modo como se estabelecem estas relações (LUZ, 1997).

A Homeopatia está baseada na valorização do indivíduo enquanto totalidade e não somente em sintomas e doenças específicas, centrando-se na terapêutica e não na diagnose e utilizando a narrativa do paciente como instrumento fundamental da consulta. Este contexto torna a relação médico-paciente de extrema importância, sendo valorizada como um recurso terapêutico que ajuda a compreender a singularidade do sujeito doente e curar ou aliviar o sofrimento (LACERDA, 2003).

Segundo Ayres (2001) o sujeito constrói e reconstrói sua história e identidade através de experiências vividas e das relações com o contexto no qual está inserido e, portanto, é para esse sujeito, que devem ser dirigidos os cuidados em saúde.

A Homeopatia, ao tratar os sujeitos doentes como seres singulares, acolhendo-os e permitindo que se expressem livremente, estabelece vínculos interpessoais de confiança entre profissionais e paciente (LACERDA, 2003). Por este motivo pode se tornar uma boa opção terapêutica contribuindo para a qualificação e humanização dos serviços de saúde pública, reorientando as práticas da integralidade na atenção, no cuidado e na promoção da saúde.

PROJETO DE PESQUISA

1 TEMA

A Homeopatia enquanto sistema terapêutico que ajuda a promover a integralidade na atenção à saúde.

2 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Contribuição da Homeopatia para a promoção da integralidade em um serviço público de atenção à saúde analisada a partir de seu próprio paradigma e como estratégia de um novo modelo tecno-assistencial.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a prática médica homeopática no Centro de Saúde Modelo e identificar a contribuição desta especialidade médica na promoção do princípio da integralidade na atenção à saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- a) conhecer o processo de implantação e desenvolvimento do atendimento homeopático neste serviço;
- b) identificar como se dá o acolhimento dos usuários neste serviço e o vínculo entre os profissionais de saúde e usuários;
- c) captar a compreensão adquirida pelos usuários sobre a Homeopatia e sua percepção no que tange ao cuidado e à relação médico-paciente.

4 JUSTIFICATIVA

Considera-se que a resolubilidade em saúde está relacionada ao recurso instrumental, ao conhecimento técnico dos profissionais, à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo (FRANCO e MAGALHÃES JR., 2003). Martins (2003) refere à necessidade da criação de um novo sistema médico capaz de reinstituir a saúde e a doença como fatos sociais totais, o que implicaria dizer que,

os bens de cura em circulação não são apenas materiais, mas também simbólicos; que a cura se faz por remédios, mas também por afetos, reconhecimentos e acolhimentos. Que a cura é um processo que se refere ao corpo físico, mas igualmente ao corpo social e, mediante esse, dirige-se às representações psíquicas e emocionais dos indivíduos e grupos (MARTINS, 2003, p. 206).

Nesse sentido, deve-se procurar conciliar humanização e resolubilidade do atendimento, priorizando o doente e não a doença, “aproximando, logo, a Ciência médica das subjetividades individuais/sociais” (MARTINS, 2003, p.206).

A homeopatia, ao tratar os sujeitos doentes como seres singulares, acolhendo-os e permitindo que se expressem livremente, valorizando a relação médico-paciente como recurso terapêutico de extrema importância, pode colaborar para uma maior resolubilidade e humanização dos serviços públicos de atendimento à saúde.

Essas questões referentes ao atendimento na rede básica sempre foram alvo de grande preocupação enquanto gestora na área da saúde em Tapes e Cerro Grande do Sul, municípios do estado do RS onde já atuei. Por suas características, acredito que a inserção da Homeopatia nos serviços públicos de atenção à saúde pode ser uma alternativa viável no

sentido de se contribuir para a consolidação, no SUS, de um atendimento mais humanizado, pautado pelo princípio da integralidade.

O desenvolvimento desta pesquisa visa estudar com profundidade o funcionamento de um serviço público de atenção à saúde que oferece a Homeopatia como especialidade médica, na intenção de saber se a prática homeopática neste serviço corresponde ao que as reflexões teóricas nos sugerem. O resultado desta pesquisa pode vir a contribuir para alicerçar o projeto de ampliação e consolidação do atendimento homeopático no Sistema Único de Saúde.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 HOMEOPATIA NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO

De acordo com Luz (1996), desde sua implantação até os dias de hoje, o processo de legitimação da homeopatia no Brasil pode ser dividido em seis períodos estruturados em função das estratégias adotadas pelos homeopatas: a produção do saber homeopático, a reprodução deste saber, a intervenção médico-social, a propaganda homeopática e a aliança política.

Essas estratégias, definidas como campo de luta, atuam contra o poder hegemônico da medicina com avanços, marchas e contra marchas, e são constantes ao longo do século e meio de história das práticas homeopáticas no Brasil, variando apenas na ênfase posta em um ou outro campo, de acordo com a conjuntura institucional (LUZ, 1996, p. 26).

O primeiro período, da implantação da Homeopatia no Brasil, vai de 1840, ano da chegada de Benoît Mure ao país, até 1859, com o início do funcionamento do primeiro

Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB). Este período é caracterizado pela propaganda homeopática como estratégia predominante de legitimação.

Neste período houve grandes debates e polêmicas pelos homeopatas na imprensa, na Academia de Medicina, nas Escolas Médicas existentes (Rio e Bahia), nos poderes públicos e na sociedade civil, e nos segmentos pobres e ricos da sociedade (Luz, 1996). Benoîte Mure foi o fundador, em 1844, da escola de Homeopatia do Rio de Janeiro, futuro Instituto Hahnemanniano do Brasil, oficialmente fundado em 1859. No ano de 1849 a Homeopatia foi levada a vários pontos do País: Alagoas e Ceará, Pará e Paraíba, onde foi fundada a Sociedade Homeopática da Paraíba. No Rio Grande do Sul a Homeopatia foi propagada por Tiberghien Ackermann, destacado colaborador de Mure nas experimentações patogénicas (Rosembaum, 2000). Mure fundou ainda, com o cirurgião português, João Vicente Martins, a Escola Homeopática do Brasil, inaugurada em 1845 e reconhecida pelo imperador em 1846. As Instituições Alopáticas reagiram progressivamente a este importante “aval” para ensinar medicina homeopática, o que acabou fazendo com que a Academia Imperial de medicina fosse chamada a se pronunciar a respeito da Homeopatia, mediante uma série de denúncias (Rosembaum, 2000). Após a partida de Mure, em 1848, João Vicente Martins assume a Escola Homeopática, modificando sua estrutura, dando-lhe um corpo curricular mais arrojado.

O segundo período é delimitado por Luz (1996) entre 1860 até 1882, é considerado como o período de expansão e caracteriza-se pela grande interiorização geográfica e aceitação popular da medicina homeopática, lado a lado com a contínua resistência dos homeopatas às reações e estratégias de bloqueio e boicote de sua prática da parte dos alopatas.

A Homeopatia neste período legitima-se junto à população oficializando-se através dos dispensários, enfermarias e consultórios particulares, na Santa Casa, em hospitais de ordens religiosas ou militares, os consultórios para atendimento gratuito serão utilizados para captação de grande número de clientes desassistidos que passarão a legitimar a atenção médica homeopática. O espiritismo surge no final deste período como uma das forças ideológicas que se associarão à história da homeopatia, e os homeopatas lutarão para que o valor científico da homeopatia seja reconhecido através da permissão do ensino homeopático nas Escolas Médicas (Luz, 1996).

O terceiro período é considerado o de resistência, e vai de 1882 a 1900. Este período é caracterizado pela derrota institucional da homeopatia movida pelas instituições médicas, como a academia de Medicina, a faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a junta de Higiene Pública, depois Diretoria Geral de Saúde Pública, que veio a ser dirigida por Oswaldo Cruz (LUZ, 1996).

O quarto período, de 1900 até 1930, é considerado o período áureo da homeopatia no Brasil. Este período foi caracterizado pela expansão popular da homeopatia no País, principalmente nos centros urbanos, e pela tão desejada oficialização do ensino médico homeopático, obtida através da criação de duas faculdades de Medicina de Homeopatia, uma no Rio de Janeiro e a outra no Rio Grande do Sul. Nesta mesma época houve a criação de um hospital homeopático (ligado ao ensino da escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro) e, pela criação de Ligas de Homeopatia em vários estados do país.

No período em questão, isto é, de 1900 aos anos trinta (mas também nos períodos anteriores), fica evidenciado que os alopatas não conheciam suficientemente o sistema que tinham o poder de julgar e eliminar institucionalmente. Esse desconhecimento é, a meu ver, fruto de um bloqueio epistemológico, baseado na veracidade que supostamente tem o sistema médico e

na exclusão que essa veracidade implica em relação a outros sistemas de verdades (Luz, 1996, p.36).

Depois do quarto período, tem início a fase denominada por Madel Luz de “O declínio acadêmico da Homeopatia”, que vai de 1930 a 1970. Este período é caracterizado pelo reconhecimento oficial da Homeopatia por parte dos poderes públicos, mas em contradição, houve um grande silêncio da medicina oficial, compartilhado pelos próprios homeopatas, em relação à Homeopatia. Esta fase também é marcada pelo declínio do conhecimento homeopático, em função dos progressos tecnológicos alcançados pela medicina, pela queda da dinamicidade acadêmica do Instituto Hahnemanniano e pela perda de controle dos homeopatas sobre a Faculdade e o Hospital homeopático do Rio de Janeiro (Luz, 1996).

O último período na concepção de Madel Luz se localiza entre 1970 a 1990 e é denominado de “A retomada social da Homeopatia”. Nesta fase a Homeopatia é vista como *terapêutica alternativa* em consequência da crise enfrentada pelo modelo médico dominante, caracterizado por ser uma medicina especialista, tecnológica, *mercantilizada* e marcada pelas terapêuticas invasivas e iatrogênicas. A Homeopatia tem um grande avanço entre os estudantes de medicina, entre setores urbanos de classe média, entre pesquisadores interessados em Homeopatia e entre os políticos de saúde progressistas, que implantam nos serviços públicos de saúde na segunda metade dos anos oitenta. Houve uma retomada da prática da pesquisa homeopática, conduzida por uma nova geração de homeopatas, com mentalidade científica acentuada (Luz, 1996).

5.2 HOMEOPATIA COMO RACIONALIDADE MÉDICA

A palavra homeopatia, oriunda do grego *homioios* = semelhante e *páthos* = doença ou sofrimento, designa a ciência terapêutica baseada na lei natural de cura *Similia similibus curentur* o que significa dizer que “**sejam os semelhantes curados pelos semelhantes**”. Representa o método que adapta para a totalidade sintomática do doente uma substância capaz de provocar experimentalmente em indivíduos aparentemente sadios, porém, sensíveis, um conjunto de alterações que permita o confronto de semelhança entre este estado de doença artificial e o estado de doença natural desenvolvido pelo doente (ROMANACH, 1984, p.27).

Pode-se dizer que a homeopatia começou com Hipócrates, no século IV antes de Cristo quando este médico, conhecido por basear seus estudos na atenta observação da natureza, afirmou que “a doença é produzida pelos semelhantes e, através dos semelhantes, o paciente retorna à saúde” (HIPÓCRATES apud ROMANACH, 1984, p.28).

Já nessa época, preconizava-se que no caso de adoecimento, existiriam duas maneiras possíveis para se atingir a cura: pelos contrários e pelos semelhantes. O caminho dos contrários será seguido séculos mais tarde por GALENO e toda medicina chamada científica e contemporânea, considerada como “medicina oficial”. O sistema dos semelhantes será esboçado por filósofos como Santo Tomás de Aquino e por médicos que defendiam o chamado “*vitalismo*” em medicina, conceito este que será explicado mais adiante. Entre os precursores deste modelo devemos mencionar Paracelso, que foi quem mais se aproximou da concepção terapêutica do médico alemão Christian Samuel Hahnemann, a quem coube a função de fundamentar a lei dos semelhantes como método de tratamento sob o nome de Homeopatia (EIZAYAGA, 1981).

Segundo Romanach (1984), o método experimental preconizado por Hahnemann está fundamentado sobre três pilares básicos:

a) Experimentação no homem são: A experimentação de uma droga no homem aparentemente sadio e sensível constitui requisito indispensável para o conhecimento e catalogação dos mínimos desvios relacionados às sensações, funções e sintomas mentais. O homem doente tem sensibilidade exacerbada, especialmente dos órgãos afetados, e sua resposta a uma segunda doença artificial está profundamente alterada.

b) Dose mínima: Dentro do raciocínio da semelhança adotou-se a aplicação clínica das drogas em doses reduzidas, subtóxicas, embora em nível ponderável, sobrevivendo curas sempre que a correlação de semelhança era obedecida. Doses mínimas em nível imponderável não foram inicialmente cogitadas. A vivência diária mostrou, entretanto freqüente agravamento inicial, atribuído à soma da doença já existente, com aquela artificial induzida pelo *simillium*. No intuito de contornar este inconveniente, Hahnemann procedeu à redução das doses numa técnica de diluição em água e álcool, em escala centesimal progressiva, tendo o cuidado de homogeneizar cada diluição pelo procedimento das succussões; receoso de que tal conduta viesse a prejudicar o efeito terapêutico, surpreendeu-se ao constatar que as diluições não apenas conservavam, mas adquiriam maior potencial curativo. Este fato motivou a descoberta do poder farmacodinâmico em substâncias até então consideradas inertes e possibilitou a elaboração de patogenesias com substâncias tóxicas.

c) Remédio único: Se a doença se manifesta por sintomas, se os medicamentos revelam suas propriedades em experimentações no homem sadio, se a relação entre as manifestações da doença e aquelas de uma droga representam lei da semelhança,

um único raciocínio lógico ditará a conduta médica: **prescrever com base nesta correlação de semelhança**. O medicamento identificado, ou *simillium*, será administrado **unicamente**, sem interferência de outro. Remédio único constitui outro fundamento da Homeopatia, o mais importante sob o ponto de vista médico - científico e o mais difícil na prática.

É importante salientar que a prática médica homeopática atualmente apresenta-se sob diversas formas. As principais são: *complexistas*, utilização de vários medicamentos em uma mesma formulação; *pluralista*, utilização de vários medicamentos de forma alternada para uma mesma pessoa; *unicista*, utilização de um único medicamento por vez para uma mesma pessoa.

O aspecto doutrinário filosófico da homeopatia está baseado na visão vitalista do ser humano, considerando a totalidade biológica, mental e espiritual do mesmo.

O vitalismo representa doutrina fisiológica que admite um princípio vital distinto tanto da alma como do corpo, estando da dependência deste princípio as funções orgânicas. Traduz a força intermediária entre a alma e organismo, não imortal, considerada da mesma ordem que as outras forças da natureza e que se distingue tanto da força físico-química, como da alma pensante. Ao conferir ao corpo animal as diferentes propriedades biológicas, esta força responde ao mesmo tempo pela sua integridade (ROMANACH, 1984, p.83).

Hahnemann, apoiado na concepção vitalista considera que a origem da doença é de natureza dinâmica e imaterial, causada por um desequilíbrio da força ou energia vital que anima todo o ser. A força vital (*dynamis*) é o elemento essencial à vida, que anima o corpo material e mantém todas as partes do organismo em funcionamento equilibrado e harmonioso,

conservando a saúde. O desequilíbrio provocado por forças externas físicas ou psíquicas, altera as sensações e funções do organismo provocando o adoecimento do sujeito (HAHNEMANN, 2001, p.74).

Os sintomas físicos, mentais e emocionais apontam para o adoecimento do sujeito antes mesmo que, o surgimento de qualquer alteração ou lesão nos órgãos, células e tecidos demonstrem o adoecimento do corpo (HAHNEMANN, 2001; KENT, 1954).

Os conceitos de saúde, doença e cura são diferentes para a homeopatia e para a biomedicina. A homeopatia compreende as enfermidades como alterações na saúde do corpo e da mente, desencadeadas pelo desequilíbrio da energia vital (HAHNEMANN, 2001), enquanto a biomedicina trabalha com o conceito de saúde no sentido de ausência de doenças, centrado na relação entre o normal e o patológico (CANGUILHEM, 1978). A homeopatia ao definir a saúde como equilíbrio da energia, trabalha com a concepção positiva de saúde (LUZ, 1988) e tem sua abordagem voltada para estimular a autonomia dos sujeitos. Esta concepção vem ao encontro do discurso atual da saúde pública voltado para a promoção da saúde, que abre espaço para legitimar outras formas de conhecimento, além do modelo biomédico, e integrar outras racionalidades médicas (CARVALHO, 1996).

Para a homeopatia, curar a doença, entendida como desequilíbrio da energia vital, significa curar o sujeito e não apenas acabar com os sintomas nosológicos. Ao curar o sujeito, por consequência cura-se a patologia; porém, ao utilizar medicações sintomáticas, ao invés de se obter a cura, se estaria suprimindo os sintomas e agravando o processo de adoecimento e sofrimento (HAHNEMANN, 2001; KENT, 1954).

Na prática homeopática existem duas categorias de sintomas que devem ser diferenciados: a que retrata a natureza interior e a que se refere ao quadro nosológico. A primeira categoria é importante para encontrar o medicamento mais adequado, que corresponde ao conjunto de sintomas físicos, mentais e emocionais, que devem ser organizados de forma a ressaltar o que é mais específico de cada paciente. O médico homeopata deve investigar as condições de vida, relacionamentos sociais, hábitos alimentares, qual a natureza e peculiaridade das queixas relatadas, etc (LACERDA e VALLA, 2003). Através dos sintomas relatados, o homeopata busca o que é “estranho por antagonismo com o que é raro dentre aqueles traços em comum, e investiga-se a peculiaridade como forma de alcançar aquilo que é exclusivo” (LUZ, 1993, p. 29).

Na segunda categoria estão os sintomas que se referem à entidade anátomo- clínica, apresentados por grande parte dos pacientes que desenvolvem determinada patologia. Estes sintomas estão relacionados à doença enquanto entidade nosológica, mas não individualizam o paciente, por este motivo não devem ser priorizados para encontrar o medicamento homeopático adequado (LACERDA e VALLA, 2003).

A individualização na homeopatia é muito relevante, por este motivo, Hahnemann ressaltou a necessidade de o médico observar e escutar os pacientes sem julgamento ou interpretações e anotar os sintomas subjetivos e objetivos exatamente como relatados pelos pacientes ou seus acompanhantes (HAHNEMANN, 2001).

Na biomedicina, cessar os sintomas é o critério representante da eficácia do medicamento e do restabelecimento da saúde (LUZ, 1988). Como consequência temos uma crescente medicalização como única forma de terapêutica nos serviços públicos. Se

considerarmos que diversos problemas de saúde são de origem psicossocial, em muitos casos o que se está medicando são os problemas da vida (LACERDA e VALLA, 2003).

Na biomedicina, quando se pretende diagnosticar uma doença e tratá-la, prioriza-se os sintomas objetivos e as alterações corporais em detrimento dos aspectos subjetivos do adoecer.

As queixas emocionais, os sentimentos e a singularidade do processo de saúde-doença não são validados por alguns profissionais de saúde, que somente consideram os sujeitos doentes quando há uma patologia diagnosticada (LACERDA e VALLA, 2003, p. 177).

Ao se objetivar a doença e nomeá-la, não se leva em consideração que a doença do paciente não corresponde necessariamente à doença do médico (CANGUILHEM, 1978), podendo gerar um desencontro entre os significados pessoais do adoecimento e a percepção médica.

5.3 INTEGRALIDADE

Integralidade é o termo utilizado para designar uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde instituído pela Constituição de 1988 e, além disso, expressa uma das bandeiras de luta do chamado movimento sanitário. No texto constitucional integralidade é definida como “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (Ministério da Saúde – NOB 96 Brasília: Ministério da Saúde, 1996). No entanto, nos últimos tempos este conceito vem sendo considerado polissêmico, adquirindo novas nuances, tendo ampliado o seu significado a partir da reflexão de alguns estudiosos.

O principal referencial teórico deste estudo provém das reflexões de pesquisadores que consideram a escuta, o cuidado, o acolhimento, o tratamento digno e respeitoso algumas das principais idéias que norteiam os sentidos de integralidade.

A integralidade em saúde, segundo Pinheiro e Luz (2003, p. 17), pode ser entendida no sentido ampliado de sua definição legal como: “ uma ação social que resulta da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde”. Segundo as mesmas autoras:

O cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de idéias, mas de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde (PINHEIRO E LUZ, 2003, p.17).

No sentido acima,

As instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (médicos, dirigentes e usuários) (PINHEIRO e LUZ, 2003, p. 18).

Segundo Mattos (2001), pelo menos três sentidos foram encontrados para o termo integralidade no contexto da reforma sanitária no Brasil. O primeiro se referia a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. O segundo sentido estaria relacionado aos aspectos da organização dos serviços de saúde e o terceiro voltado para atributos das práticas de saúde. Ainda segundo o autor:

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (2001, p. 57).

De acordo com o mesmo autor, esta ampliação seria feita através do diálogo entre os diferentes sujeitos e entre os diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde, pois estas não dizem respeito somente às necessidades de se reduzir a letalidade ou a incidência de agravos, mas também à necessidade de se oferecer resposta ao sofrimento experimentado pelo paciente (2003).

Os beneficiários das ações de saúde têm sempre um conjunto muito grande de necessidades em relação ao serviço de saúde, sendo que uma das características das práticas de saúde pautadas na integralidade é a escuta ampliada das necessidades de qualquer sujeito (MATTOS, 2003). O mesmo autor acrescenta que “as políticas de enfrentamento de certas doenças que são elaboradas tendo como referência à noção de integralidade, incluem tanto ações preventivas como assistenciais” (MATTOS, 2003, p. 56). Acrescentando a estas ações, “uma capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta” (MATTOS, 2004, p. 5).

A integralidade é uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2001, p. 65).

Merhy et al. (1997), ao analisarem o processo de trabalho em saúde em suas dimensões tecnológicas, explicita as categorias *tecnologias duras*, representadas pelas

máquinas, normas, estruturas organizacionais; *tecnologias leve-duras*, representadas pelos saberes estruturados, normas e rotinas e *tecnologias leves*, representadas pelas tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. Para o autor, o cuidado integral em saúde ocorreria a partir da combinação destas três tecnologias.

A organização do Sistema Único de Saúde brasileiro ainda tem como grande desafio a construção de um modelo assistencial que atenda às necessidades da população. A crítica ao modelo hegemônico baseado na biomedicina tem produzido análises pautadas em questões estruturais, de ordem política, social e econômica (MENDES, 1994), (CAMPOS, 1997) e (MERHY,1992) mas, segundo Silva Jr. et al. (2003, p.113), “ainda é incipiente o que tem sido feito no campo das práticas sanitárias e do processo de trabalho em saúde”.

Alguns autores apontam para a dificuldade de se atuar em um terreno de políticas e organizações fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas bem estruturadas social e historicamente, como nos modelos tecnoassistenciais de saúde (CAMPOS, 1997), (MENDES, 1994) e (CECÍLIO, 1994). Mas Merhy (1997) coloca que existe a possibilidade de se explorar as tensões constitutivas desse terreno e criar novas forças instituintes, novos sujeitos e novos arranjos no modo de se produzir ações de saúde.

Em estudo realizado por Silva Jr. e colaboradores (2003), ficou constatado que a dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores, tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e população. Os usuários, de um modo geral, não reclamam de falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas da falta de interesse e de

responsabilização dos serviços: “Sentem-se, assim, inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados” (MERHY, 1998, p.104).

Puccini e Cecílio sugerem que sob a influência do movimento de humanização dos serviços, a integralidade na assistência seja desenvolvida não somente como forma de superar dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas sim como forma de “valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias” (2004, p.12). Os mesmos autores colocam que para que ocorra a integralidade na assistência é necessária a integração entre os diversos saberes e práticas ao cuidado e à atenção dispensados a cada pessoa pelos profissionais de saúde.

De acordo com Mattos (2004, p.6), “defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos”. Para o mesmo autor, as práticas intersubjetivas envolveriam necessariamente o diálogo, no qual os profissionais de saúde utilizariam seus conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de cada sujeito com o qual se relacionam, objetivando o reconhecimento amplo dos conjuntos de ações que podem ser colocadas em prática para responder as necessidades que são apreendidas.

De acordo com Campos (1997), existe a necessidade de se aumentar a capacidade de escuta do profissional de saúde, com a possibilidade de incorporar o instrumental oriundo da psicanálise e de outras disciplinas para reestruturar a clínica no sentido de tornar o atendimento mais humanizado, acolhedor dos sofrimentos individuais sob os aspectos físico,

psíquico e social, tornando possível intervenções mais integradoras dessas dimensões. O mesmo autor acrescenta que:

A relação profissional/cliente é concebida como um intercâmbio entre um sujeito potente – geralmente o médico – e um objeto suposto de ser dócil, ativo apenas quando presta informações necessárias ao diagnóstico e de quem se espera ‘servidão voluntária’. A própria denominação ‘paciente’, que é usualmente atribuída ao doente, já é um dado revelador do sentido principal dessa relação: paciente significa aquele que possui a virtude de suportar os sofrimentos sem queixa (CAMPOS, 1997, p. 181).

Segundo Campos (1997) e Franco et al. (2003), a integralidade começaria pela organização dos processos de trabalho operado através das diretrizes do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe multiprofissional se responsabiliza pelo seu cuidado.

O cuidado seria mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, representaria uma atitude interativa de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo para com o próximo (BOFF, 2000), dando-se ênfase ao acolhimento do sujeito, aos vínculos interpessoais de confiança que se estabelecem entre profissionais e paciente e ao respeito pelo seu sofrimento. Para Luz (2004), o cuidado seria apreendido como uma ação integral voltada para a compreensão da saúde como um direito de ser, onde o ser humano seria atendido em seu sofrimento, freqüentemente fruto de sua fragilidade social, com tratamento digno, acolhedor e respeitoso. “Para que o profissional consiga identificar o sofrimento e ajudar os sujeitos, é preciso escutá-los, saber o que sentem e temem, e assim validar seus relatos” (LACERDA e VALLA, 2004, p. 91).

De acordo com pesquisa realizada por Machado et al. (2004, p. 69), “a procura pela homeopatia está associada à busca por uma ‘humanização’ do atendimento (associada pelos pacientes a termos como confraternização, carinho e amor)”. A homeopatia utiliza como

referência de tratamento a busca do equilíbrio, para alcançá-lo os usuários devem transformar suas atitudes frente à vida, com maior consciência e autonomia. Esse caráter emancipador da homeopatia, enquanto terapêutica e práticas de cuidado, pode ser focado sob o ponto de vista do cuidado individual e do cuidado coletivo (MACHADO e PINHEIRO, 2003).

Enquanto cuidado individual abrange aspectos exclusivos da vida individual e privada, sendo que é nesta dimensão que as mudanças de atitudes e transformações de pensamentos são notadas, o cuidar de si começa a relacionar-se com todos os aspectos da vida, como crescimento emocional e espiritual e não somente à ausência de doenças (MACHADO et al., 2004). A dimensão de cuidado coletivo está relacionada a “questões do ‘agir social’, significado por meio de valores relacionados à tríade solidariedade, amor e fé” (MACHADO et al., 2004, p. 70).

A homeopatia, orientada pela percepção do próximo, constrói o “agir social”, unindo ao “agir positivamente”, como ações de solidariedade. Fazer bem ao outro encontra-se, então, diretamente vinculado ao fazer bem a si mesmo. Tal perspectiva é pautada num sentimento estritamente subjetivo de amor ao próximo, que é influenciado, em grande parte, pela questão da fé em Deus. Esse aspecto demonstra a integração de referenciais culturais e éticas nas concepções e práticas de saúde vividas pelos sujeitos por meio da homeopatia (MACHADO et al., 2004, p. 70).

Para Samaja (2000), o cuidado aponta para uma maior conscientização dos sujeitos envolvidos, acrescentando que,

na nova esfera de fenômenos humanos a saúde-doença deixa de ser um estado biológico possível vivido meramente pelos sujeitos, para tornar-se um objeto da ação e da consciência de todos os membros do coletivo social: eis a essência do conceito de ‘saúde-doença-cuidado’ (SAMAJA, 2000, p. 41).

Segundo Lacerda e Valla (2003), o modelo saúde-doença-cuidado presente na homeopatia amplia a compreensão do processo de saúde-doença e sofrimento indo além da visão biologicista, ampliando a percepção dos sujeitos, tornando-os mais conscientes e autônomos em relação à vida.

De acordo com os autores (2003), o itinerário dos pacientes em busca do alívio ou fim de seu sofrimento é comumente pontuado por várias idas ao serviço público de saúde, onde o paciente é referenciado para consultas com especialistas, que solicitam a realização de exames complementares com o objetivo de diagnosticar uma entidade patológica que justifique os sintomas inespecíficos. E acrescenta que:

Embora alguns profissionais de saúde identifiquem tratar-se de problemas relacionados aos determinantes psicossociais e econômicos, na prática terapêutica não se tem muito a oferecer a esses pacientes, além de medicá-los com sintomáticos, principalmente os psicofármacos para as queixas mentais e emocionais (LACERDA e VALLA, 2003, p. 177).

Existe um limite da racionalidade do modelo centrado no diagnóstico e tratamento, a partir da patogênese, para lidar com a complexidade do adoecimento e sofrimento humano. De um lado temos um modelo de assistência hegemônico que não consegue resolver os agravos psicossociais e de outro, pacientes com maior número de queixas voltadas a este tipo de agravo, procurando os serviços públicos de saúde em busca de solução ou alívio para seu sofrimento (WHO, 2001).

Percebe-se que existe um desequilíbrio entre o que é demandado e o ofertado nos serviços públicos de saúde. A biomedicina, ao se apoiar na diagnose para evidenciar as doenças, fez com que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado. Em relação ao

cuidado, este tem papel importante diante do aumento da demanda de atenção por agravos psicossociais, pois de acordo com Luz (1997) e Vasconcelos (1998), mais do que um diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades.

Nesse contexto, a relação médico-usuário deve ser considerada um fator muito importante para o processo terapêutico, evidenciando-se também a necessidade de se redefinir modelos de atenção à saúde e organizar suas práticas centradas no acolhimento, no cuidado dos sujeitos e no atendimento de suas reais demandas.

A relação médico-usuário pode ser considerada um dos determinantes da resolubilidade dos problemas de saúde, sendo que grande parte do sucesso da prática médica resulta da satisfação do paciente em relação ao tratamento (LUZ, 1997). A mesma autora aponta que a satisfação não se restringe somente ao aspecto técnico-científico da medicina, mas também à qualidade dos vínculos entre médicos e pacientes, a comunicação interpessoal e a maneira como se estabelecem as relações. Nessa perspectiva, a relação médico-paciente é apontada como condição importante tanto para a cura quanto para os cuidados em saúde, focando o sujeito doente e não a doença com o objetivo de se tornar mais eficaz (LUZ, 1997).

Segundo Luz (1993), a homeopatia por ser centrada na terapêutica e não na diagnose, utiliza a narrativa do paciente como instrumento fundamental da consulta, exigindo que o médico homeopata se aperfeiçoe constantemente na arte de interrogar. Desta forma a relação médico-paciente é valorizada como recurso terapêutico, permitindo que o paciente, durante a anamnese homeopática, fale sobre suas dores e angústias, ampliando a compreensão de si mesmo.

Segundo estudo realizado por Pinheiro (2001), a relação médico-usuário foi apontada por unanimidade como sendo um dos principais problemas na difícil equação entre demanda e oferta nos serviços de saúde prestados nas instituições. De acordo com a mesma autora, o problema está no fato de,

as relações pessoais serem pouco valorizadas nas ações de saúde, seja como recurso terapêutico no processo de cura dos pacientes, seja como elemento de interseção nas relações entre usuário/profissional, usuário/serviço e profissional e serviço (PINHEIRO, 2001, p. 83).

Foi constatado em vários estudos, entre eles o de Camargo Jr. (1997), que as relações pessoais entre usuários e profissionais de saúde nos serviços são bastante valorizadas pelos primeiros e consideradas como um indicador de qualidade, não sendo visto da mesma forma pelos profissionais médicos. Um dos motivos para que isto aconteça, é a freqüente desvalorização do trabalho ambulatorial, que é mal visto pelos profissionais médicos e usuários dos serviços públicos de saúde (PINHEIRO, 2001). As explicações para este fato,

giram em torno da monotonia representada pelos casos ambulatoriais repetitivos porque sempre limitados a um conjunto restrito de doenças e pouco desafiadores do ponto de vista profissional e a falta de paciência por parte dos médicos, que não tolerariam ouvir o que os pacientes têm a dizer (CAMARGO JR., 1997, p. 6).

Segundo Pinheiro (2001), o foco da relação médico-usuário está na competência médica e atenção, sendo a segunda, na maioria dos casos, referida como sensibilidade e carinho que o profissional tem, ao dedicar-se à medicina como “arte de curar”.

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem adquirindo importância crescente no campo médico-sanitário e, de acordo com Teixeira (2003, p. 98), “vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde”. Podemos entender o acolhimento como a possibilidade “de argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade, no momento das ações ‘receptoras’ dos ‘clientes’ de um certo estabelecimento de saúde” (FRANCO, 2003, p. 39).

Para Franco e colaboradores (2003), o acolhimento enquanto diretriz operacional propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que se organizaria de forma usuário centrada, partindo dos seguintes princípios:

1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; 2) reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento-; que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitário, de solidariedade e cidadania” (FRANCO et al., 2003, p. 42).

O acolhimento tem sido analisado como processo e estratégia fundamental na reorganização da assistência em diversos serviços de saúde do país por tratar-se de um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário numa unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema (FRANCO et al. 2003; LEITE et al. 1999).

O acolhimento deve ter também o caráter de acolhimento moral do usuário do serviço e de suas demandas, que pode envolver um sofrimento importante; este gesto

receptivo se faz acompanhar, dentro dos limites bioéticos, de um diálogo. Este diálogo teria por objetivo buscar maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e dos modos de satisfazê-las, tendo-se consciência que estas “necessidades não são sempre imediatamente transparentes e nem jamais definitivamente definitivas” (TEIXEIRA, 2003, p. 104).

De acordo com Granda (2002), qualquer proposta de integralidade passa pela caracterização do ser humano como um ser completo, definido por sua racionalidade, mas também por sua irracionalidade; por sua capacidade de trabalho e produção, mas também por sua realidade lúdica; por seu caráter pragmático, mas também por sua força imaginativa; por sua capacidade econômica, mas também por suas necessidades de consumo; por sua vida prosaica, mas também por sua essência poética.

Qualquer proposta de integralidade expressará as bases biológicas e culturais de seus criadores, além disto tenderá a integrar as características complexas do ser humano. A conjuntura atual exige da Saúde Coletiva um posicionamento em relação à integralidade, suficientemente amplo e comprometido para interpretar e explicar a situação atual da saúde e dos serviços, apoiar a melhoria das condições de vida, que estão cada vez mais deterioradas na maioria das populações. Deve também promover e fortalecer as expressões individuais e coletivas progressistas que impulsionem a saúde e apoiem a construção de um estado democrático e coerente com as reais necessidades e direitos dos indivíduos (Granda, 2002).

Acredito que para que possamos formar uma nova idéia de integralidade, precisamos visualizar um mundo vivo, em constante auto-organização que, para ser compreendido integralmente, precisa ser contextualizado e interpretado em sua complexidade,

multidimensionalidade e globalidade, onde o sujeito das ações é parte integral da realidade onde vive.

Para fins desta pesquisa, a promoção da integralidade será analisada através da organização do serviço, dos processos de trabalho e, especialmente, da prática médica num Centro de Saúde cuja principal característica é a oferta de atenção à saúde orientada por um modelo não biomédico – a Homeopatia, enfocando-se também o olhar e a prática do profissional de saúde voltados para o ser humano como um ser completo e não fragmentado, parte integrante da realidade onde vive. Como principais categorias de reflexão e análise utilizaremos o *acolhimento*, o *vínculo* e o *cuidado*.

6 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a contribuição que a Homeopatia pode oferecer para a promoção da integralidade em um serviço público de atenção à saúde?

7 PRESSUPOSTO

A Homeopatia contribui para a promoção da integralidade no serviço público de atendimento à saúde por valorizar a relação médico-paciente como recurso terapêutico, acolhendo e cuidando os sujeitos doentes de forma diferenciada, estabelecendo vínculos interpessoais de confiança entre profissionais e usuário.

8 METODOLOGIA

8.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um Estudo de Caso Único, com aspectos qualitativos. Esta categoria de pesquisa foi escolhida por ser recomendada quando se pretende fazer uma análise aprofundada de uma única unidade (TRIVIÑOS, 1987). Segundo o mesmo autor:

No estudo de caso qualitativo, onde nem as hipóteses nem os esquemas de inquirição estão aprioristicamente estabelecidos, a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda o assunto. (TRIVIÑOS, 1987, p. 134).

Existem vários tipos de estudo de caso, de acordo com as categorias estabelecidas por Triviños (1987). Este projeto pode ser classificado como um estudo de caso observacional, categoria típica de pesquisa qualitativa e histórico-organizacional, pois o interesse do pesquisador também recairá sobre a vida da instituição.

8.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população deste estudo será composta por profissionais que estão atuando especificamente no atendimento homeopático, os usuários do serviço e o gestor da unidade.

Para a etapa das entrevistas com usuários, serão selecionados usuários com no mínimo três consultas realizadas no setor.

8.3 LOCAL E PERÍODO

A pesquisa será realizada no Centro de Saúde Modelo, na cidade de Porto Alegre, por ser a primeira unidade do SUS, que implantou oficialmente o serviço de atendimento homeopático no RS.

A pesquisa será realizada durante o mês de abril a junho de 2005, sendo que a pesquisadora deverá estar presente na Unidade o maior tempo possível neste período.

8.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a pesquisa sobre a implantação e organização do atendimento homeopático, os dados serão coletados através da análise de documentos, registros em arquivos, entrevistas e observação direta (YIN, 2001). Estas fontes foram escolhidas por terem as seguintes características:

- a) DOCUMENTAÇÃO: As informações documentais são relevantes para todos os tópicos do estudo de caso, pois tem como pontos fortes a estabilidade, discrição, exatidão e ampla cobertura;
- b) REGISTROS EM ARQUIVOS: Além de terem todas as características da documentação, são precisos e quantitativos;
- c) ENTREVISTAS: Enfocam diretamente o tópico do Estudo de Caso e fornecem inferências causais percebidas;
- d) OBSERVAÇÕES DIRETAS: tratam de acontecimentos em tempo real e do contexto do evento;

Para a coleta de dados qualitativos, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas (Apêndice A, B e C), que combinarão perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado terá a

possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo entrevistador. Fará parte também desta etapa a observação direta.

As entrevistas da parte qualitativa serão realizadas com os usuários, até o momento em que as respostas começarem a se tornar repetitivas, indicando a saturação do tema.

8.5 ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS

Segundo Yin (2001), a análise de dados consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas, recombinar as evidências tendo em vista os pressupostos iniciais do estudo.

Como estratégia geral de análise seguiremos as proposições teóricas que levaram a este estudo de caso, que estão alicerçando este projeto buscando atingir os objetivos propostos.

O tratamento dos dados coletados pelas entrevistas semi-estruturadas, e pelos relatórios de campo serão realizados através da análise de conteúdo do tipo análise temática proposta por Bardin (2002) e Minayo (2004), onde serão analisadas as falas a partir das categorias de acolhimento, vínculo e cuidado como dimensões da relação e do serviço pautados pela integralidade. “Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. (MINAYO, 2004, p.209).

Operacionalmente a análise temática desdobra-se em três diferentes etapas: a pré-análise; a exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2002; MINAYO, 2004).

Na fase de pré-análise será feita a leitura flutuante onde se estabelecerá contato com os documentos coletados, que neste estudo serão a documentação do serviço, registros em arquivos, entrevistas e relatórios de campo, para que possamos tomar conhecimento da produção textual. Nesta fase se fará também a organização do material, ou seja, a transcrição das fitas na íntegra, a determinação das unidades de registro (palavra-chave ou frase), das unidades de texto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 2004).

Na fase da exploração do material será realizada a codificação ou enumeração dos dados visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Na fase do tratamento dos resultados, os mesmos serão submetidos à análise colocando-se em relevo as informações obtidas. A partir desta fase serão feitas inferências e a realização de interpretações previstas na fundamentação teórica (BARDIN, 2002; MINAYO, 2004).

8.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto será encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos para ser avaliado após a apresentação do mesmo para os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Após será encaminhado ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, já que a pesquisa se dará no Centro de Saúde Modelo, unidade de saúde pertencente a este Município.

A pesquisa será iniciada pela identificação dos indivíduos que se enquadrarem nos critérios já mencionados na metodologia, com cada um será feita a leitura do termo de

consentimento livre e esclarecido (Apêndice D). Esse instrumento será elaborado com base na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Após o aceite de cada indivíduo em participar deste estudo, o mesmo assinará o termo de consentimento em duas vias; uma permanece com o pesquisador e outra será entregue para o participante da pesquisa, onde constará o telefone de contato do pesquisador e todas as informações sobre a pesquisa de forma clara e de fácil compreensão. Caso o indivíduo seja analfabeto, o termo será lido perante uma testemunha e solicitada a impressão digital do indivíduo.

Os indivíduos que se enquadrarem nos critérios de seleção serão chamados, por procedimento ainda não definido, para que possam conversar com o pesquisador sobre a pesquisa, momento em que será lido o termo de consentimento livre e esclarecido. Caso o mesmo aceite participar o termo deverá ser assinado, permitindo que o pesquisador dê início a próxima fase – as entrevistas individuais.

As entrevistas semi-estruturadas serão gravadas em Fita K-7 com a fala dos sujeitos e transcritas posteriormente na íntegra. Estas fitas serão identificadas com letras em ordem alfabética e guardadas pelo pesquisador por cinco anos após o término da pesquisa. O pesquisador guardará este material mantendo sigilo sobre o conteúdo, sendo as informações usadas apenas para a pesquisa em questão, garantindo a confidencialidade e anonimato dos informantes.

9 CRONOGRAMA

Tabela 1
Cronograma das etapas da pesquisa

	2003						2004						2005								
	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A
Pré-Projeto	X																				
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Qualificação do projeto									X												
Coleta dos dados																	X	X	X		
Análise dos dados																			X	X	
Término da pesquisa																			X	X	
Confecção do artigo																			X	X	

10 ORÇAMENTO

Os custos para a realização desta pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora e estão descritos logo a seguir:

Tabela 2
Previsão de custos para a pesquisa – material de consumo

Material de consumo	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Pacote de 500 folhas A4	01	8,70	8,70
Canetas	02	1,00	2,00
Disquetes	03	1,50	3,50
Cartucho para impressora jato de tinta	01	120,00	120,00
Fitas K-7	10	5,00	50,00
Pilhas	20	2,00	40,00
Combustível	200	2,00	400,00
Total do material de consumo			R\$624,20

Tabela 3
Previsão de custos para a pesquisa – material permanente

Material permanente	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Gravador	01	95,00	95,00
Total do material permanente			R\$95,00

Tabela 4

Previsão de custos para a pesquisa - serviços

Serviços	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Internet / Bireme	10 horas	35,00 por mês	70,00
Xerox	400	0,10	40,00
Telefone	20 ligações	0,20	50,00
Digitação	150 folhas	1,00	150,00
Encadernação	3	5,00	15,00
Total dos serviços			R\$325,00

Tabela 5

Custos totais da pesquisa

Custo Total da Pesquisa	Subtotal	10% - imprevistos	Total
Material de consumo	624,20	686,60	
Material permanente	95,00	104,50	
Serviços	320,00	352,00	
Total de material e serviços acrescido de verba para imprevistos			R\$1143,10

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E. S. de; CHIORO, A.; ZIONE, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. de. (Org.). *Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS*. São Paulo: 2001.

AYRES, J. R. C. M. *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, V. 6, p. 63-72. 2001.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.

BOFF, L. *Saber cuidar. Ética do humano: compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.

CAMARGO JR., K. R.; CONTE, F. T.; MARTINEZ, D. S. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais no Rio de Janeiro. In: LUZ, M. T. VI

Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental Contemporânea. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1997. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 168, p. 15-26).

CAMPOS, G. W. de S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPRA, Fritjof. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, A. *Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade*. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 1, p. 104- 121, 1996.

CECILIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA/ ASSOCIAÇÃO MÉDICA HOMEOPÁTICA BRASILEIRA. *A homeopatia no Sistema Único de saúde: histórico e situação atual*.

Disponível no site: <http://www.homeopathicum.com.br/ler> Acesso em 19 de agosto de 2004.

EIZAYAGA, Francisco X. *Tratado de Medicina Homeopática*. 2. ed. Buenos Aires: Marecel, 1981.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR. H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). ***O Trabalho em Saúde – olhando e experienciando o SUS no cotidiano***. São Paulo: Hucitec, 2003.

FURASTÉ, Pedro A. ***Normas Técnicas para o Trabalho Científico. Explicação das Normas da ABNT***. 13. ed. Porto Alegre, 2004.

GRANDA, Edmundo. ***Integralidade e vida***. Apresentado no encontro “Treze Anos de Reforma da Saúde no Brasil”. Porto Alegre, 2002.

HAHNEMANN, Samuel. ***Organon da Arte de Curar***. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

KENT, J. T. ***Lições de Filosofia Homeopática***. Curitiba: Nova Época, 1954.

LACERDA, A.; VALLA, V. Homeopatia e apoio Social: Repensando as Práticas de Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS A. de. (Org.). ***Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde***. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

LACERDA, A.; VALLA, V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO R.; MATTOS A. de. (Org.) ***Cuidado: as fronteiras da integralidade***. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

LEITE, J. C. A.; C. C. A.; SENA, R. R. *Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 52, n. 2, p. 161-8, 1999.

LUZ, H. S. *Racionalidades médicas: a medicina homeopática*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 1993. (Série Estudos em saúde coletiva, n. 64).

LUZ, M. T. *Natural, racional, social. Razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M. T. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis, 1996.

LUZ, M. T. *Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis* – Revista de Saúde Coletiva, v. 7, n. 1, 1997.

LUZ, M. T. Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

MACHADO, F. R. de S.; PINHEIRO, R. *Percepções sobre saúde, doença e cura em usuários do SUS: novas práticas em saúde na atenção integral*. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 8, 2003.

MACHADO, F. R. de S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

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

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MATTOS, R. A. de. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, Rio de Janeiro, 2004.

MENDES, E. V. et al. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. *A saúde pública como política: um estudo dos formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. et al. *Sistema Único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã, 1998, p. 103-120.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. *Humaniza Sus*. Disponível no site: <http://www.saude.gov.br/humanizasus>. Acesso em 19 de agosto de 2004.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. Texto retirado do artigo AIS-SUDS, SUS: *Os caminhos do direito à saúde*. 1991.

NOVAES, R. L. *O tempo e a ordem: sobre a homeopatia*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

PINHEIRO, Roseni. As Práticas na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

PUCCINI, P. de T.; CECILIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública, set. / out. 2004, vol 20, no 5, p. 1342 – 1353.

ROMANACH, Ana K. *Homeopatia em 1000 conceitos*. São Paulo: ELCID, 1984.

ROSEMBAUM, Paulo. *Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

SAMAJA, Juan. *A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SILVA JR. A. G. da.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. de. Refletindo sobre o ato de Cuidar da Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias*. Cadernos de saúde Pública, n. 14, p. 39- 57, 1998.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health and brain disorders*. <http://www.who.int/en/> (acessado em 2004).

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

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

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÉNDICE

APÊNDICE A - Roteiro para entrevista com usuários

1- História da chegada do usuário ao serviço:

- Trajetória do usuário até chegar ao serviço;
- Compreensão do usuário a respeito da homeopatia;
- Se existe percepção do usuário a respeito das diferenças entre homeopatia e alopatia;
- Se existe percepção do usuário a respeito das diferenças entre medicação homeopática e alopática;

2- Compreensão de integralidade na atenção à saúde:

3- Relação com o serviço:

- Forma como o usuário se sentiu acolhido neste serviço;
- Forma de atendimento (organização);
- Atenção (diálogo / afeto);
- Solução das demandas;

4- Relação com o médico:

- Características pessoais do médico sob o ponto de vista do usuário;
- Características do atendimento homeopático;
- Estabelecimento de uma relação de confiança e vínculo;

5- Cuidado:

- Cura ou alívio do sofrimento;
- Atendimento às necessidades de saúde;
- Usuário assumido como um todo;
- Dificuldades ou problemas encontrados no atendimento – unidade de saúde; na consulta; na solução do(s) problema(s) de saúde.

APÊNDICE B – Roteiro para entrevistas com os médicos

1- Trajetória do profissional até optar pela homeopatia:

- Homeopatia como prática médica alternativa ou complementar para o profissional;
- Percepção das diferenças paradigmáticas ou apenas um acréscimo ao que já aprendeu;
- Percepção das diferenças paradigmáticas ou apenas uma técnica diferenciada;

2- Compreensão de integralidade na atenção à saúde:

3- Relação com o serviço:

- Forma como o usuário é acolhido neste serviço;
- Forma de atendimento (organização)
- Atenção (diálogo/ afeto);
- Solução de demandas;

4- Relação médico/usuário:

- Características do usuário sob o ponto de vista do médico;
- Características do atendimento homeopático;
- Estabelecimento de relação de confiança e vínculo;

5-Cuidado:

- Cura ou alívio do sofrimento;
- Atendimento às necessidades de saúde;
- Usuário assumido como um todo.

6- Dificuldades ou problemas: na organização do serviço; na relação com usuário; na prática profissional:

APÊNDICE C – Roteiro para entrevistas com os profissionais

- 1- Compreensão sobre a Homeopatia:
- 2- Compreensão de integralidade na atenção à saúde:
- 3- Relação com o serviço:
 - Forma como o usuário é acolhido neste serviço;
 - Forma de atendimento (organização)
 - Atenção (diálogo/ afeto);
 - Solução de demandas;
- 4- Relação médico/usuário sob o ponto de vista do profissional:
 - Características do atendimento homeopático;
 - Estabelecimento de relação de confiança e vínculo;
- 5- Cuidado:
 - Cura ou alívio do sofrimento;
 - Atendimento às necessidades de saúde;
 - Usuário assumido como um todo.
- 6- Dificuldades ou problemas: na organização do serviço; na relação com usuário; na prática profissional:

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Apresentação

A aluna do mestrado em saúde coletiva da UNISINOS, Carolina Santanna Moraes, está desenvolvendo uma pesquisa com os profissionais e usuários do atendimento homeopático do Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre.

A pesquisa quer estudar o funcionamento de um serviço público de atenção à saúde, que oferece a homeopatia como opção de tratamento, para ver se esta prática está de acordo com expectativas da proposta homeopática, contribuindo assim para um atendimento mais completo e humano da saúde neste serviço. O resultado da pesquisa poderá ajudar a ampliar e consolidar este tipo de atendimento no Sistema Único de Saúde.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que estou disposto a participar da pesquisa por livre e espontânea vontade e sem nenhum constrangimento.

Fui igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;

- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

A pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa é Carolina Santanna Moraes (Fone: 51-672-2253 ou 51- 9984-1866), tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição em ___/___/___.

Data ___/___/___

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome do responsável legal (se for o caso): _____

Assinatura do responsável legal: _____

Assinatura do pesquisador: _____

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

**A prática médica homeopática no Centro de Saúde Modelo e o princípio da integralidade:
um estudo de caso**

JULHO, 2005

INTRODUÇÃO

O interesse pela temática abordada nesta pesquisa é resultado de minha experiência profissional como gestora de saúde que se iniciou no ano de 2000 no município de Tapes, RS e também continuidade de um projeto desenvolvido no ano de 2002, no Programa de Pós-Graduação em Administração – Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde desenvolvi monografia de conclusão sob o título “Racionalidade Substantiva e Homeopatia: Interações em Busca de Coerência Administrativa”.

Enquanto gestora da área de saúde venho me deparando diariamente com questões referentes ao atendimento na rede básica no que tange a resolubilidade, ao acolhimento, ao vínculo que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários, dentre várias outras questões. Tenho percebido no município que atuei e no que hoje atuo, uma crescente demanda de atenção à saúde envolvendo problemas com repercussões psicossociais e uma baixa resolubilidade do modelo vigente no que se refere a este tipo de problema. Penso que se faz necessário, dentre outras coisas, investir em outras opções terapêuticas, redefinindo modelos

de atenção que superem a visão cartesiana e reducionista da biomedicina, reorganizando as práticas de saúde de acordo com as necessidades dos usuários.

Durante o Mestrado, pensamos inicialmente em como abordar essas questões sob o enfoque da Gestão em Saúde Coletiva, objetivando encontrar algumas alternativas viáveis para o enfrentamento e superação dessa problemática. Escolhemos como caminho o estudo da implementação do princípio da integralidade em serviços públicos de saúde em que “busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades” (MATTOS, 2001, p. 62). A proposta de investigação foi estudar a promoção da integralidade a partir da análise da organização do serviço, dos processos de trabalho e, especialmente, da prática médica num Centro de Saúde cuja característica é a oferta de atenção orientada por um modelo não biomédico – a Homeopatia.

A opção pela Homeopatia se deu por ser uma terapêutica que procura tratar os sujeitos doentes como seres singulares, acolhendo-os e permitindo que se expressem livremente e por valorizar como recurso terapêutico de extrema importância a relação médico-usuário. Neste sentido esta pesquisa procurou estudar um serviço que oferecesse práticas alternativas que possibilitassem conciliar humanização e resolubilidade do atendimento, priorizando o doente e não a doença, “aproximando, logo, a Ciência médica das subjetividades individuais/sociais” (MARTINS, 2003, p.206).

Escolhemos o Centro de Saúde Modelo – CS Modelo, situado em Porto Alegre por ter sido a primeira unidade do SUS a implantar oficialmente o serviço de atendimento homeopático no estado do Rio Grande do Sul e por ser até os dias de hoje referência neste

tipo de atendimento. Este estudo visou conhecer a prática médica homeopática nesta unidade e a contribuição que a Homeopatia pode realmente oferecer para a promoção da integralidade em um serviço público de atenção à saúde.

O Trabalho de Campo

Esta pesquisa se caracterizou por ser um Estudo de Caso Único, com aspectos qualitativos por meio da análise aprofundada de uma única unidade (TRIVIÑOS, 1987; YIN, 2001), neste caso o atendimento homeopático do CS Modelo.

Após a qualificação do projeto, para iniciar o trabalho de campo tivemos que solicitar autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos e, posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. O parecer favorável da Unisinos foi recebido em 28/09/2004 (CEP 04/022; Resolução 065/2004) e o da SMS de Porto Alegre somente em 23/11/2004 (Processo nº 001.050489.04.6).

A primeira visita oficial ao Centro de Saúde Modelo com o projeto de pesquisa devidamente autorizado pelos Comitês de Ética, ocorreu no dia 25/01/2005 em função dos trâmites burocráticos para aprovação pelos Comitês e da troca de Administração Municipal no final do ano de 2004. Como consequência deste fato, houve também a mudança do gestor da unidade, que me recebeu e redigiu documento autorizando a execução da pesquisa no local. Este documento foi apresentado à médica homeopata Coordenadora do Serviço de Atendimento Homeopático antes da pesquisa ser iniciada.

A primeira conversa efetiva com a Coordenadora do Serviço se deu no mês de fevereiro. Neste dia a pesquisadora foi apresentada aos profissionais que lá trabalham e houve uma explanação sobre o funcionamento do serviço. Tínhamos por objetivo inicial estabelecer o perfil sócio-demográfico e de morbidade dos usuários, mas após a primeira verificação dos prontuários, percebemos que isto não seria possível, já que eles não possuem informações

completas e padronizadas, aparentemente variando o seu preenchimento de acordo com o ano, o interesse e a disponibilidade de tempo do médico assistente.

No primeiro momento nos foi colocado à disposição toda documentação existente no serviço referente à implantação e organização do atendimento homeopático. De acordo com Yin (2001) as informações documentais são relevantes para todos os tópicos do estudo de caso por terem pontos fortes a estabilidade, a descrição, a exatidão e a ampla cobertura dos dados. Inicialmente a documentação referente ao projeto de implantação nos pareceu bastante completa, mas com o passar do tempo os registros das atividades diárias e de novos projetos foram diminuindo significativamente nos documentos existentes.

Durante o mês de março transcorreu a análise da documentação histórica e conversas informais com a Coordenadora do Serviço e com a farmacêutica responsável pela Farmácia Homeopática do Centro de Saúde. Estas conversas visaram o esclarecimento de alguns fatos históricos, a complementação e o aprofundamento dos mesmos, já que estas profissionais estão atuando neste serviço praticamente desde o início da sua implantação. Também foi iniciada a observação direta. Outro instrumento utilizado para a coleta dos dados qualitativos nesta pesquisa foi a entrevista semi-estruturada. Elaboramos roteiros de entrevistas distintos para médicos, trabalhadores de saúde que atuam no serviço e usuários.

1 DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO HOMEOPÁTICO NO CENTRO DE SAÚDE MODELO

A descrição das instalações e do processo de implantação e organização do Serviço de Atendimento Homeopático no Centro de Saúde Modelo se deu a partir da análise de documentos disponibilizados pela atual Coordenação do Serviço, de entrevista realizada com a médica homeopata que participou deste processo desde sua fase inicial e que ainda se encontra trabalhando nesta unidade e por meio de observação direta por parte da pesquisadora.

1.1 O CENTRO DE SAÚDE MODELO

O Centro de Saúde Modelo – CS Modelo, antigo Centro de Saúde 2, é uma unidade pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - RS, localizada na Rua Jerônimo de Ornellas nº 55, Bairro Santana, área central da cidade, de fácil acesso e próxima a dois importantes hospitais, o pronto socorro municipal, conhecido como HPS (Hospital de Pronto Socorro) e ao Hospital de Clínicas da UFRGS. Essa unidade é constituída por um *Ambulatório Básico*, que presta atendimento em clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia e enfermagem. Fazem parte também desta unidade o *Ambulatório de Especialidades*, que presta atendimento em homeopatia, acupuntura, cardiologia, saúde mental (psicologia, psiquiatria e neurologia) e o SAOPE (Serviço de Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais). O CS Modelo conta ainda com os serviços de fisiologia, farmácia homeopática, farmácia de medicamentos básicos e controlados e sedia uma equipe do Programa de Saúde da Família. Percebe-se que é uma unidade de atenção à saúde predominantemente alopática.

1.2 HISTÓRICO: O PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO ATENDIMENTO HOMEOPÁTICO

A implantação do Serviço Ambulatorial de Homeopatia nos postos de atendimento do INAMPS foi iniciado no Brasil em setembro de 1985. No Rio Grande do Sul este atendimento iniciou-se em 4 de abril de 1986 em Porto Alegre com o Núcleo de Atendimento Homeopático, situado no Posto da Galeria Malcon (no centro da cidade), e com o atendimento homeopático em pediatria no PAM Vila Restinga (zona sul) em março de 1987.

Objetivando a implantação, ampliação, e efetivação do atendimento homeopático na rede de serviços públicos e a sua inclusão no Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), o Departamento de Saúde Pública da SSMA (Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Governo do Estado) retomou em março de 1988 o trabalho de planejamento do serviço de atendimento ambulatorial. Para a elaboração desse projeto foi formada a Comissão Interinstitucional de Homeopatia para assessoramento à Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), composta por representantes da SSMA, INAMPS (Instituto Social de Medicina e Previdência Social), SMS (Secretaria Municipal de Saúde), MEC (Ministério de Educação e Cultura), Liga Homeopática do RS, Departamento de Homeopatia da AMRIGS (Associação Médica do RS) e Hospital Conceição, ligado ao Governo Federal. O desenvolvimento do trabalho previa também a inclusão de representantes de Entidades Civis Organizadas. Este processo foi desenvolvido de acordo com a Portaria CIPLAN nº 7 de 2 de dezembro de 1987, que preconizava a formação de uma subcomissão de Homeopatia e com a resolução CIPLAN nº 4 de oito de março de 1988, que fixava diretrizes sobre o atendimento médico homeopático nos serviços públicos e implantava e implementava a prática da Homeopatia nos serviços de saúde.

De acordo com o documento “Projeto de Implantação da Terapêutica Homeopática na Rede de Unidades Assistenciais no Rio Grande do Sul”, o serviço ambulatorial buscava “universalizar o atendimento através da Homeopatia, como uma modalidade terapêutica comprovadamente eficaz que atendesse aos princípios básicos da atenção integral à saúde” (1988, p.01). No projeto consta ainda que a inclusão da Homeopatia na rede pública atenderia aos objetivos da Reforma Sanitária de “gratuidade, universalização e integralidade de ações de saúde e gestão social” (1988, p.01).

Esse documento especificava que o Serviço Ambulatorial seria criado para atuar como referência no atendimento homeopático e ficaria localizado no Centro de Saúde Modelo (inaugurado em 29/12/1941) porque o local atenderia aos critérios de acessibilidade social, geográfica e disponibilidade de recursos diagnósticos, laboratorial e radiológico. Naquela época se pretendia expandir o atendimento para ambulatórios já existentes em outras Unidades Assistenciais de Porto Alegre e de outros municípios do Rio Grande do Sul.

Para a operacionalização do serviço, no que se refere à alocação de recursos humanos, alguns critérios foram estabelecidos para a habilitação dos profissionais para o exercício da Homeopatia: diploma de médico e registro no CRM (Conselho Regional de Medicina); curso de especialização em Homeopatia ou mais de três anos de prática confirmada na especialidade; aprovação do currículo pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou Comissão Interinstitucional de Saúde em colaboração com as Associações Homeopáticas oficialmente reconhecidas; participação de forma sistemática no processo de educação continuada que incluía a possibilidade de inserção em grupos de estudo do Dispensário Homeopático e/ou grupos de estudo e supervisão nos ambulatórios de atendimento.

O trabalho seria iniciado por profissionais do próprio quadro da SSMA e do Hospital Conceição (vinculado ao Ministério da Saúde), mediante cedência, de acordo com as disponibilidades das instituições naquela época. Para a expansão do atendimento foi previsto que, a partir de agosto de 1989 seria necessária a contratação de médicos e farmacêuticos com especialização em Homeopatia que preenchessem os critérios já descritos.

Ainda de acordo com o Projeto, no primeiro ano após a implantação do serviço, o atendimento seria realizado por quatro (4) médicos com formação em Homeopatia em turnos de quatro horas, de manhã e de tarde, de segunda à sexta-feira. Para o agendamento, recepção e procedimentos necessários junto aos pacientes foi previsto o treinamento de dois profissionais auxiliares de saúde da própria Unidade de Atendimento.

Algumas normas estavam estabelecidas em relação ao funcionamento do Serviço Ambulatorial de Homeopatia. No que se refere à produção/produktividade ficou definido que seriam atendidos de quatro a oito pacientes, por turno de quatro horas, de acordo com o tempo médio de duração das consultas na prática homeopática, onde as primeiras consultas duram em torno de uma hora e as reconsultas, trinta minutos.

No que se refere ao agendamento de consultas, ficou determinado que o acesso do usuário seria direto, sem necessidade de encaminhamento (referência), sendo que as primeiras consultas deveriam ser marcadas com intervalos suficientes para possibilitar aos profissionais o agendamento das reconsultas sem restrições.

Ficou especificado também que, em relação à documentação científica seriam utilizados os impressos oficiais da Instituição (CS Modelo) como o formulário de matrícula, de pedidos de exames, os pareceres e formulários de encaminhamentos. Ficou estabelecido também que os fatos e ocorrências relacionados aos pacientes seriam registrados no prontuário médico, incluindo diagnóstico, tratamento e, em folha especial, a anamnese homeopática, que ficaria arquivada no local de atendimento. As consultas seriam registradas na folha de produção habitual do serviço e em documento de registro que seria utilizado para a avaliação contendo a prescrição dos medicamentos, diagnósticos clínicos e dia de retorno.

Na concepção original, o Serviço de Atendimento Homeopático deveria estar integrado a todo o atendimento ambulatorial da rede pública, incluindo sua participação nas atividades do Departamento de Saúde Pública, das Políticas de Atenção à Saúde (da mulher, da criança, do trabalhador, do idoso, do doente mental, do adolescente e saúde bucal), das Divisões de Controle Epidemiológico e Vigilância Sanitária e demais serviços envolvidos.

A avaliação do Serviço seria realizada através de indicadores de desempenho referentes à qualidade do atendimento, “a *eficácia* e a *efetividade*”. Na concepção dos elaboradores do Projeto, as “medidas de *eficiência*” não poderiam ser utilizadas como indicadores porque as consultas homeopáticas teriam uma duração média de uma hora para a primeira consulta e meia hora para as reconsultas. Como indicadores de avaliação da *eficácia* do Serviço foram definidos a “resolubilidade do atendimento e o percentual de reconsultas em relação ao número total de atendimentos”. A relação médico/usuário seria avaliada em termos de *eficácia* pela “permanência do tempo mínimo por consulta”.

No que diz respeito ao fornecimento dos medicamentos homeopáticos, inicialmente isto se daria através de convênio firmado entre a SSMA, Faculdade de Farmácia e Farmácias Homeopáticas de Porto Alegre. Após a fase inicial, o objetivo era implantar o Laboratório de Manipulação de Medicamentos Homeopáticos da SSMA junto ao LAFERGS (Laboratório Farmacêutico do RS), em colaboração com a Faculdade de Farmácia da UFRGS.

As atividades do denominado Ambulatório Central de Homeopatia no Centro de Saúde Modelo iniciaram no dia 21 de novembro de 1988, com atendimento realizado por dois médicos homeopatas. No cronograma de planejamento das atividades do Serviço para o ano de 1989 estavam previstas as seguintes medidas: janeiro – assinatura do Convênio entre as farmácias homeopáticas de Porto Alegre e a SSMA para o fornecimento dos medicamentos; março – preenchimento do quadro de profissionais do Ambulatório Central de Homeopatia; agosto – expansão do serviço para duas Unidades Assistenciais de Porto Alegre e elaboração do Projeto de implantação do laboratório de manipulação de medicamentos homeopáticos do RS.

Para garantir o fornecimento gratuito dos medicamentos homeopáticos necessários ao tratamento das pessoas atendidas nos Serviços da Rede, Posto INAMPS Galeria Malcon, PAM Restinga e o Centro de Saúde 2 (CS Modelo), foi firmado em 7 de abril de 1989 o Termo de Cooperação entre a SSMA e seis farmácias homeopáticas de Porto Alegre que durou até 7 de setembro de 1989. O planejamento da implantação da Farmácia Homeopática no CS Modelo se iniciou em dezembro de 1989, sendo que a referida foi inaugurada somente em 21 de dezembro de 1991. No período entre setembro de 1989 a dezembro de 1991 não houve fornecimento de medicação homeopática gratuita aos usuários: os mesmos adquiriam as medicações mediante desconto em farmácias conveniadas em Porto Alegre.

O Serviço de Acupuntura e Homeopatia no Centro de Saúde Modelo foi oficializado em 15 de janeiro de 1991, através da portaria nº 01, da Secretaria Municipal de Saúde que tinha como principal objetivo garantir a continuidade e assegurar que o atendimento se realizasse de acordo com as diretrizes estabelecidas quanto aos recursos humanos, assistência e produção dos medicamentos.

Serviço já passou pelas fases de ascensão e declínio. O apogeu parece ter sido entre os anos de 1991 a 1995, período em que a equipe recebeu todo o apoio do gestor da Unidade, considerado um grande incentivador das práticas tidas como *alternativas* (acupuntura, fitoterapia e homeopatia). Nesta fase houve uma oscilação no número de profissionais, mas chegaram a trabalhar até quatro médicos homeopatas no local, ocupando quatro salas e recepção própria. Havia também nesta época uma grande integração, cumplicidade e respaldo entre os integrantes do Núcleo das Práticas Alternativas do Centro de saúde Modelo (CSM). Com a saída do gestor a integração e o funcionamento das equipes ficaram abalados por falta de incentivo. O serviço de fitoterapia foi desarticulado, os profissionais que atuavam na acupuntura se isolaram com o objetivo de se preservarem, resultando no isolamento do atendimento homeopático também.

Na época em que houve a municipalização da saúde, aumentou a esperança de que os novos gestores se interessassem e incentivassem o atendimento homeopático no CSM, mas o que houve foi um aumento gradual de cobrança em relação ao número de atendimentos e ao tempo de duração das consultas, intensificada na gestão anterior a atual. A fase de declínio foi pontuada pela aposentadoria de alguns profissionais que atuavam no serviço e a não reposição dos mesmos, o que resultou no excesso de demanda para as duas profissionais que

permaneceram e na redução do tempo de consulta, prejudicando a qualidade e a resolubilidade do atendimento.

1.3 A FASE ATUAL

Atualmente o Serviço de Atendimento Homeopático do CS Modelo conta com dois médicos atendendo diariamente, sendo que um tem carga horária de 20 horas semanais e o outro tem 40 horas semanais. No que se refere ao agendamento de consultas, a primeira é marcada através da Central de Marcação de Consultas do Estado do RS, mediante documento de referência e contra-referência de outros serviços de saúde da cidade e de outros municípios. A reconsulta é marcada diretamente no CS Modelo de acordo com a disponibilidade da agenda de cada médico, em dia pré-estabelecido. As consultas continuam disponíveis para Porto Alegre e região metropolitana porém com muita demanda reprimida.

Em termos de área física, o serviço ocupa hoje apenas uma sala no final do corredor do andar superior, dividindo espaço com a acupuntura e outros serviços que fazem parte desta ala, sendo que a recepção é conjunta para todas essas especialidades.

Em fevereiro de 2004 os Coordenadores das Especialidades de Acupuntura e Homeopatia se reuniram com o Corpo Clínico do Centro de Saúde Modelo, objetivando a normatização dos procedimentos nas respectivas áreas. Foram apresentadas sugestões de modificação quanto ao encaminhamento e agendamento para estas Especialidades levando-se em consideração o reduzido número de profissionais médicos para atender a demanda que abrange Porto Alegre e os demais municípios da Região Metropolitana; o índice de absenteísmo de usuários verificado em relação às primeiras consultas agendadas através da

Central de Marcação ocorria em decorrência do período de grande antecedência à data da consulta, levando o paciente a procurar outros serviços médicos para resolução imediata de seu quadro clínico e/ou pela dificuldade de acesso de pacientes moradores de localidades mais distantes.

Outras sugestões dadas tinham por objetivo permitir o seguimento do paciente que inicia o tratamento nos prazos indicados pelo profissional que o atende de acordo com a necessidade individual, e fortalecer o relacionamento interdisciplinar com as demais áreas Básicas e de Especialidades do próprio Centro de Saúde Modelo.

Nessa reunião foi solicitado que o agendamento das primeiras consultas de Acupuntura e Homeopatia fosse desvinculado da Central de Marcação de Consultas permitindo a realização do mesmo no próprio CS Modelo, como no caso das reconsultas; através de encaminhamentos de outras especialidades do próprio Centro ou de outros Serviços de Saúde de Porto Alegre. Foi recomendado que o agendamento das primeiras consultas não excedessem 60 dias de antecedência e, que as reconsultas fossem agendadas logo após a consulta efetuada e de acordo com a orientação do profissional e necessidades de cada caso. A manutenção do setor de agendamento em atividades durante o período integral de funcionamento do Centro de Saúde foi citado como uma necessidade, evitando aglomerações e longas filas de pacientes em um determinado dia da semana para reagendamento de sua consulta, facilitando a observação do prazo indicado pelo profissional. A adscrição da clientela, ou seja, a delimitação do atendimento aos pacientes residentes em Porto Alegre foi outra indicação dos profissionais do serviço, sugerindo-se que a Acupuntura e a Homeopatia deixassem de ser especialidades “sem área fechada”, oferecidas sem restrições territoriais/geográficas.

A procura espontânea da população ao tratamento com Acupuntura e Homeopatia e o número de encaminhamentos de pacientes através de médicos clínicos e de outras especialidades, demonstra que ambas estão firmemente integradas ao Sistema Único de Saúde. Desta forma foi sugerida a ampliação do atendimento à população na rede pública através de concurso e/ou convênio de cooperação técnica com Instituições de ensino representativas dessas Especialidades, e a divulgação das normas técnicas e rotinas referentes ao Serviço a outros Postos de Saúde de Porto Alegre com o objetivo de servir como auxílio ao correto referenciamento ao Serviço.

2 AS ENTREVISTAS

As entrevistas combinaram perguntas abertas e fechadas onde os entrevistados tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, seguindo um roteiro previamente elaborado, mas sem condições ou respostas prefixadas pela entrevistadora.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS:

Entrevistado 1 (S.M.): mulher, adulta, separada, auxiliar de enfermagem.

Entrevistado 2 (A.H.): mulher, adulta, casada, médica homeopata.

Entrevistado 3 (L.K.): mulher, adulta, solteira, farmacêutica.

Entrevistado 4 (S.G.P.): mulher, adulta, casada, auxiliar de enfermagem.

Entrevistado 5 (B.O.): mulher, adulta, casada, médica homeopata.

Entrevistado 6 (T.S.S.): mulher, idosa, solteira, empregada doméstica, aposentada (usuária).

Entrevistado 7 (M.E.Z.): mulher, idosa, viúva, do lar (usuária).

Entrevistado 8 (P.F.D.): mulher, adolescente, solteira, estudante (usuária).

Entrevistado 9 (I.K.A.): mulher, adulta, casada, do lar (usuária).

Entrevistado 10 (C.G.): homem, adulto, casado, médico (gestor da unidade).

Iniciamos as entrevistas no mês de abril, sendo que optamos por começar entrevistando os profissionais que trabalham no serviço, até mesmo como forma de se conhecer o funcionamento rotineiro do mesmo e suas peculiaridades. A primeira entrevistada foi uma Atendente de Enfermagem que trabalha na recepção. Esta profissional foi bastante receptiva à pesquisa, colaborando durante todo o tempo que transcorreu a coleta de dados, dando informações sobre como acontecem na prática os agendamentos de consultas, reconsultas, “fichas extras” (intercorrências), colaborando também no momento da seleção dos usuários a serem entrevistados. De modo geral, todos os profissionais do serviço que foram contatados se mostraram muito receptivos à pesquisa e à pesquisadora.

Na seqüência, mês de maio, entrevistei a médica homeopata Coordenadora do Serviço e iniciei as entrevistas com os usuários, que acabaram se estendendo até o mês de junho. Não foram entrevistados usuários do sexo masculino por não terem sido encontrados no serviço nos dias destinados às entrevistas. A maior dificuldade nesta fase foi a realização das entrevistas com os usuários porque os mesmos estavam quase sempre ansiosos, aguardando serem chamados para a consulta, o que acabava prejudicando o desenvolvimento do trabalho e por vezes interrompendo o mesmo. Outra dificuldade foi a inadequação do local para entrevistas de alguns que não aceitaram sair do corredor onde esperavam serem chamados pela médica, com receio de perderem a consulta. Neste momento foram necessárias paciência e sensibilidade para não prejudicar o desenvolvimento da pesquisa. Por

outro lado, isto fez com que eu passasse mais tempo na unidade, facilitando a observação direta que também foi utilizada como instrumento de coleta de dados.

A penúltima entrevista foi realizada com a médica homeopata que participou da elaboração do “Projeto de Implantação da Terapêutica Homeopática na Rede de Unidades Assistências no Rio Grande do Sul”. Esta médica atua no serviço desde sua implantação, sendo no momento a maior conhecedora da história do mesmo. Esta entrevista foi a mais longa e a mais difícil de ser agendada em função da pouca disponibilidade de horários da profissional, que tem sua agenda lotada em consequência da demanda reprimida e falta de médicos especialistas, disponíveis para atender na unidade. Antes da entrevista propriamente dita, houve um relato histórico por parte da médica, que serviu de parâmetro em relação aos dados colhidos através da documentação.

O gestor do Centro de Saúde Modelo foi o último a ser entrevistado. Ele se mostrou disponível para participar da pesquisa e através de sua entrevista pode-se ter outra compreensão a respeito do serviço de atendimento homeopático, neste caso, mais sob o enfoque da gestão.

No total foram entrevistadas as duas médicas que atuam no serviço, três outros profissionais (1 farmacêutica e 2 atendentes), quatro usuários e o gestor da unidade.

O tratamento dos dados coletados pelas entrevistas semi-estruturadas e pelas outras atividades de campo foi realizado através da análise de conteúdo do tipo análise temática proposta por Bardin (2002) e Minayo (2004). Para a análise foram utilizadas as categorias *acolhimento*, *vínculo* e *cuidado* como dimensões da relação e do serviço pautados pela

integralidade definidas a partir dos pressupostos e referencial teórico-conceitual da pesquisa. A escolha destas categorias como representativas do conceito de integralidade foi resultado das reflexões de autores que consideram a escuta, o acolhimento, o cuidado, o vínculo e o tratamento digno, algumas das principais idéias que norteiam os sentidos da integralidade (FRANCO e MAGALHÃES, 2003; LACERDA, 2003 e 2004; LUZ, 1988, 1996, 1997, 2001, 2004; MATTOS, 2001, 2003, 2004; MERHY, 1992, 1997, 1998; PINHEIRO, 2001, 2003; TEIXEIRA, 2003; VALLA, 2005).

Num primeiro momento, foi feita uma leitura exaustiva de todo o material produzido a partir do trabalho de campo. No processo de análise, a partir das categorias utilizadas neste estudo, foram construídas tabelas com as respectivas falas de cada entrevistado, conforme modelo abaixo:

Tabela 1

Entrevista com S. M. - atendente de enfermagem.

HOMEOPATIA	INTEGRALIDADE	ACOLHIMENTO	VÍNCULO E CONFIANÇA	CUIDADO
-Medicina alternativa que trás bons resultados; -Eu tomo uma homeopatia assim pra umas aliviadas; medicação homeopata mesmo de ervas, florais e tudo mais né;	-Falta muita coisa; -A gente teria que te condições de trabalho, material de trabalho, pra pode dá ao usuário a necessidade que ele vem busca no serviço; -Integral acho que seria assim, tu te um médico um profissional disponível, o paciente te condições adequadas, medicação adequada,	-Precisaria de mais profissionais homeopatas porque como a gente só tem dois profissionais no posto a fila de espera é bastante longa; -O reagendamento também é assim, quando saem da consulta tem que marcar um retorno as vezes não tem como marcar; -Se torna bem	-Tem alguns pacientes que sempre tem alguma coisa assim diferenciada né; -Tem uns pacientes que a gente consegue aproximar mais; -a gente consegue ter um vínculo maior com o paciente, tem outros, que nem	-acho que é uma coisa bem válida, bem afetiva do profissional (médico) com o paciente, é bem uma coisa assim de mãezona sabe, da preocupação do bem estar do paciente de tudo, acho que é bem legal o

<p>horário disponível pra atende aquele paciente que chega precisando; -Tu te bom acolhimento no serviço; -a dificuldade maior é coloca um paciente pra dentro desse serviço, que já tem essa dificuldade, né; -no acesso ao serviço, hã onde falta a falta de profissionais na área, né, que são poucos profissionais e a demanda é bem maior do que que a gente tem, porque a homeopatia aqui não é só da nossa zona aqui, inclui Porto Alegre toda, grande Porto Alegre e alguns municípios do interior também vem pra cá; -olha na parte da homeopatia a única coisa, a parte mais difícil que nos temos aqui é o arquivamento dos prontuários, isso é um caos né; - tem uns pacientes que chegam e não causam estres nem nada, tem outros que mandam a gente cuida o cavalo que ta amarrado na esquina, pior (risos); existe porque as vezes o paciente consultam, na, na saúde mental, ou aqui na homeopatia</p>	<p>difícil para o paciente; -A gente tem sorte de te, os profissionais aqui que quando é um caso assim considerado grave, dão uma consulta extra; -eles conseguem encaixar o paciente dá um jeitinho e tal pra não deixa o paciente sem atendimento; -é que meio complicado a princípio pra ele passar pro homeopata tem que te antes um atendimento com clínico; -o meu atendimento ali é assim, o paciente chega tem a consulta marcada já vejo a ficha, já passo pra sala sem problema nenhum; - agora quando é uma consulta extra, eu tenho que vê com os médicos se ela atende ou não, ai se torna meio complicado a gente chega até o paciente e diz “olha, não pode te atende, né” - ali eles acham que nos estamos fingindo, que a gente ta má vontade; -na medida do</p>	<p>tanto né; -a maioria dos pacientes a gente tem um bom relacionamento afetivo e tudo, né; -quem vem mais seguido a gente acaba tendo vínculo mais afetivo com eles de estar mais presente às vezes até sobre as queixas deles a gente fica sabendo o que é e o que não é; -a grande maioria, eles procuram mais assim o serviço mais da homeopatia eles vem mais seguido, eles tão mais preocupados com esse lado aí; -o paciente não aceita o caso, um não ta passa pro outro, mesmo que seja pra dá uma receita que seja eles não aceitam, tem que se o próprio médico; -sabe tudo direitinho (nome do médico) eles procuram por ele;</p>	<p>atendimento; -eu acho que ameniza bastante, eu ainda não, não não vi ninguém diz assim “eu me curei com a homeopatia”; -Alivia bastante; -se tinha esta preocupação, né, do paciente vim ser atendido e não se te depois com manda manipula a medicação, então acho que já foi uma preocupação da homeopatia de traze essa profissional pra faz a medicação, o paciente já sai daqui, então acho que sim (o paciente se sente cuidado); -quando a gente assumi o paciente, a gente assumi; -as queixas que vem de tudo, econômica, social, tudo, eu acredito que quando é no serviço, que a homeopatia já</p>
--	--	--	---

	<p>ou na acupuntura, as vezes eles tentam marca consulta pro mesmo dia pros três setores;</p> <p>-a função toda é a demora porque é, é um serviço agendado através da central de marcação ai não é hã, as vezes o paciente consulta aqui no posto e ele acha que, aqui mesmo ele vai se, mas não, tem um processo na central de marcação, tem que deixa igual a qualquer posto é a central que vai liga, que vai indica qual o médico, qual horário;</p> <p>-eu acho que seria bem mais fácil, principalmente pela função dos nossos pacientes daqui, como foi tudo separado, agora é tudo por zoneamento, acho que facilitaria muito mais para os pacientes da nossa zona;</p>	<p>possível a gente consegue solucionar isto (problemas dos pacientes);</p>	<p>-Estabelece (relação de vínculo e confiança);</p>	<p>é um serviço diferenciado, já é, ele é sim, atendido assim (como um todo).</p>
--	---	---	--	---

Os temas destacados nas falas dos entrevistados foram aqueles que obedeceram aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Minayo, 2004) embasados no referencial teórico da pesquisa. Observou-se nesse momento que emergiram das falas questões não tratadas *a priori* como categorias de análise, tal como o *acesso* que se mostrou fundamental no entendimento das pessoas entrevistadas para a garantia de integralidade na atenção à saúde. Para fins de organização do conteúdo das entrevistas, as

falas dos atores foram sendo distribuídas de acordo com o tema criado a partir de cada uma das categorias identificadas como relevantes na compreensão da temática integralidade. O fundamental no processo de análise foi o diálogo da teoria com os achados empíricos que resultaram na construção de um *corpus* que permitiu a apreensão de novos referenciais e de uma aproximação da realidade investigada.

Considerações Finais

Qualquer proposta de integralidade passa pela caracterização do ser humano como um ser completo, definido por sua racionalidade, mas também por sua irracionalidade; por sua capacidade de trabalho e produção, mas também por sua realidade lúdica; por seu caráter pragmático, mas também por sua força imaginativa; por sua capacidade econômica, mas também por suas necessidades de consumo; por sua vida prosaica, mas também por sua essência poética. (GRANDA, 2002).

O parágrafo acima fez parte da fala de Edmundo Granda no encontro “Treze Anos de Reforma da Saúde no Brasil”, sendo que vejo expresso neste, meu conceito particular de integralidade. Acredito que a situação atual do país faz com seja necessário um posicionamento da Saúde Coletiva em relação à integralidade de forma comprometida e ampla para que possamos dar conta das reais necessidades de saúde, oferecer mais qualidade nos serviços, apoiando a melhoria das condições de vida cada vez mais deterioradas na maioria das populações.

Esta pesquisa me possibilitou estar dentro de um serviço de atenção à saúde na posição confortável de observadora. Até o momento, minha presença neste tipo de unidade estava diretamente relacionada a minha atuação como gestora de saúde e em alguns poucos,

como usuária. Consegui abordar os temas *integralidade e homeopatia* com trabalhadores de saúde (médico, auxiliar de enfermagem, farmacêutico), usuários e gestores e perceber que suas visões diferenciadas convergiam para um mesmo ponto em muitas questões.

A escolha do tema de pesquisa está diretamente relacionada às minhas opções pessoais no que tange à profissão e à terapêutica. No meu caso foi necessário durante o trabalho de campo, um grande esforço para não contagiar os entrevistados com minhas posições, pois, como disse anteriormente, sou gestora de serviços de saúde e fiz, há mais de dez anos, a opção pessoal pela homeopatia. Acredito que eu tenha conseguido durante a pesquisa manter o olhar crítico que todo o pesquisador deve ter e a isenções necessárias para o desenvolvimento do trabalho.

O desenvolvimento da pesquisa foi tranquilo, sem maiores dificuldades. Na minha opinião, a entrada no campo foi o momento de maior desafio, pois senti receio de não ser bem recebida e acolhida na unidade. Esta foi a fase de perceber se os instrumentos de coleta de dados corresponderiam às expectativas do projeto. Hoje tenho condições de afirmar que em algumas ocasiões eu poderia ter conduzido os temas propostos de forma a ter um melhor aproveitamento das informações. Acredito que começamos a nos sentir mais seguros e à vontade quando já estamos quase na reta final.

Esta experiência foi extremamente gratificante e enriquecedora. Através dela pude perceber que as unidades de saúde são locais próprios para a construção e troca de saberes, onde se encontram desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde, local privilegiado para o pesquisador se aproximar da realidade, repensar suas próprias crenças, verdades e conhecimento e, a partir deste processo, vislumbrar novos caminhos e transformar

também. O caminho não é fácil, mas possível. A implantação, o respeito e a valorização, não só da Homeopatia, mas de diferentes racionalidades médicas no SUS só vêm contribuir para a qualificação e humanização dos serviços de saúde pública, reorientando e reforçando as práticas da integralidade na atenção, no cuidado e na promoção da saúde.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.

GRANDA, Edmundo. *Integralidade e vida*. Apresentado no encontro “Treze Anos de Reforma da Saúde no Brasil”. Porto Alegre, 2002.

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

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.

Projeto de Implantação da terapêutica Homeopática na Rede de Unidades Assistenciais no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1988.

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

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXOS

ANEXO A – Atestado de Defesa de Qualificação do Projeto de Dissertação

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Saúde

ANEXO D – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

ARTIGO

**A prática médica homeopática no Centro de Saúde Modelo e o princípio da
integralidade: um estudo de caso**

Este artigo será apresentado à Revista
Cadernos de Saúde Pública para publicação, e
segue as normas da revista.

A prática médica homeopática no Centro de Saúde Modelo e o princípio da integralidade: um estudo de caso

(Título Corrido: Prática médica homeopática no Centro de Saúde Modelo)

Homeopathic care in a public health center and the principle of integrality: a study of case

(Short title: Homeopathic care in a public health center)

Carolina Santanna Moraes

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Av. Unisinos, 950

CEP 93022-000 São Leopoldo – RS

E-mail: carolsm7@yahoo.com.br

Élida Azevedo Hennington

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

José Roque Junges

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Resumo

O Centro de Saúde Modelo foi a primeira unidade do SUS (Sistema Único de Saúde) a implantar oficialmente o serviço de atendimento homeopático no Estado do Rio Grande do Sul em 1988. Este estudo teve por objetivo conhecer o atendimento homeopático prestado por esta unidade de saúde e sua contribuição para o desenvolvimento do princípio da integralidade na atenção à saúde. Trata-se de um estudo de caso do tipo histórico-organizacional, que utilizou como categorias norteadoras o acolhimento, o vínculo e o cuidado. Os dados foram coletados a partir de documentação existente, da realização de entrevistas com usuários e trabalhadores de saúde do serviço e de observação direta. Os resultados indicaram que a Homeopatia, ao tratar sujeitos doentes como seres singulares e na sua totalidade, acolhendo-os, tomando a narrativa e a livre expressão como instrumentos fundamentais de sua prática, permite uma atenção diferenciada. No entanto, observou-se que, no caso analisado, a promoção da integralidade da atenção à saúde tem sido restrita a alguns de seus aspectos como o vínculo e o cuidado diretamente associados à relação médico-usuário. Ao longo do tempo, ocorreu perda de profissionais e de espaço físico dentro da unidade de saúde, observando-se o aumento de demanda reprimida. A dificuldade de acesso foi uma das questões mais identificadas como problema no serviço. Embora a Homeopatia seja uma racionalidade médica que se mostra coerente e fortalece os princípios do SUS, é preciso que ela seja de fato valorizada por suas características próprias e integrada ao sistema, reconhecida e disponibilizada como opção terapêutica a toda população para que possa efetivamente contribuir na garantia da integralidade da atenção em saúde.

Palavras-chaves: integralidade, homeopatia, gestão em saúde, estudo de caso.

Abstract

The “Centro de Saúde Modelo” was the first Basic Health Service at the SUS, which is the Brazilian Public Health System, to introduce officially in 1988 a homeopathic attendance in the state of Rio Grande do Sul. This study aimed to know the homeopathic service given at this basic health level and its contribution for the development of the of integrality principle. The research is a historical and organizational case study which used the practice of welcoming, bond, and care as guided categories. The data were collected from existent historical documentation, interviews with users and professionals and direct observations. The results showed that Homeopathy draws a differentiated attention, because, treating sick people as singular beings and in its totality, welcomes them and takes the narrative and free expression as fundamental instruments to its practice. However, in this case, was observed that the promotion of the integrality in health attention has been restricted to some of its aspects as the bond and care associated directly to the relation doctor-user. The work process was few evaluated, loosing, during the time, some professionals and space inside of the Basic Health Service, despite the increasing of requirements. The access difficulty was one of the most identified problem of the service. Although homeopathy is a medical activity that, undoubtedly, strengthens the principles of the Brazilian Public Health System, it is necessary that it could be valued from its own characteristics and integrated on the system, recognized and available to people as a therapeutic choice, that could really contribute to the integrality of the health attention.

Key-words: integrality, homeopathy, management in health, study of case.

