

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**PEDRO HENRIQUE BRITO DA SILVA**

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE  
A OFERTA DOS SERVIÇOS NA REGIÃO METROPOLITANA DE  
GOIÂNIA**

**GOIÂNIA**

**2019**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR  
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES  
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**     **Dissertação**     **Tese**

**2. Identificação da Tese ou Dissertação:**

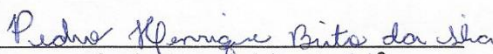
Nome completo do autor: Pedro Henrique Brito da Silva

Título do trabalho: Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos profissionais sobre a oferta dos serviços na Região Metropolitana de Goiânia

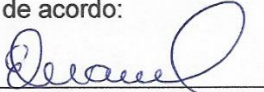
**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

  
Assinatura do(a) autor(a)<sup>2</sup>

Ciente e de acordo:

  
Assinatura do(a) orientador(a)<sup>2</sup>

Data: 12 / 05 / 2019

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

<sup>2</sup> A assinatura deve ser escaneada.

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**       **Dissertação**       **Tese**

**2. Identificação da Tese ou Dissertação**

Nome completo do autor: Pedro Henrique Brito da Silva

Título do trabalho: Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: percepções dos profissionais sobre a oferta dos serviços na região metropolitana de Goiânia

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  **SIM**       **NÃO**<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Assinatura do (a) autor (a) <sup>2</sup>

Data: 24 / 10 / 2024

---

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

<sup>2</sup>A assinatura deve ser escaneada.

**PEDRO HENRIQUE BRITO DA SILVA**

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE  
A OFERTA DOS SERVIÇOS NA REGIÃO METROPOLITANA DE  
GOIÂNIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**Linha de Pesquisa:** Promoção e Educação em Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira

**GOIÂNIA**

**2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Silva, Pedro Henrique Brito da  
Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos profissionais sobre a oferta dos serviços na Região Metropolitana de Goiânia [manuscrito] / Pedro Henrique Brito da Silva. - 2019.  
183 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2019.  
Bibliografia. Anexos. Apêndice.  
Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Práticas Integrativas e Complementares. 2. Saúde Coletiva. 3. Terapias Complementares. 4. Profissional da Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Oliveira, Ellen Synthia Fernandes de, orient. II. Título.

CDU 614



**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
COLETIVA**

Aos 29 dias do mês de abril de 2019, às 08h30, na Sala de Leitura do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/IPTSP/UFG – Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira (Presidente da Banca e Orientadora), Dr. Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira (Membro Interno) e Dr. Nelson Filice de Barros (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: "**Práticas Integrativas e Complementares Na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Profissionais Sobre a Oferta dos Serviços na Região Metropolitana de Goiânia**", área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Pedro Henrique Brito da Silva**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou o candidato sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta do mestrando. Terminada a exposição do mestrando e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou o candidato Aprovado (**Aprovado ou Reprovado**). Cumprindo as formalidades de pauta, às 11:30 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

\_\_\_\_\_  
**Profa. Dra. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira**  
Presidente e Orientadora / UFG

\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira**  
Membro Interno

\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Nelson Filice de Barros**  
Membro Externo

# **FOLHA DE APROVAÇÃO**

PEDRO HENRIQUE BRITO DA SILVA

## **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE A OFERTA DOS SERVIÇOS NA REGIÃO METROPOLITANA DE GOIÂNIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### **BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira – Orientadora e Presidente  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros – Membro externo  
Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Campinas

Prof. Dr. Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira – Membro interno  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Marcelo Medeiros – Membro suplente externo  
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Leandro Brambilla Martorell – Membro suplente interno  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

*À minha mãe*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos profissionais, os protagonistas desta pesquisa, que me receberam com tanto carinho e atenção em seus locais de trabalho. Vocês me mostraram que, mesmo no caos, em tempos de desvalorização do trabalhador, há luz e esperança. Este trabalho não seria possível sem a contribuição de vocês. O meu muito obrigado!

À minha orientadora, Professora Dra. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira, por sua disponibilidade e parceria de sempre. Seus ensinamentos, sobretudo na pesquisa qualitativa, me possibilitaram a ver o mundo e a ciência de uma outra forma.

À Leylaine Christina Nunes de Barros, colega de mestrado e de grupo de pesquisa, por sua generosidade e disponibilidade em me ajudar em todos os momentos que precisei. A execução desta pesquisa também se deve ao seu esforço.

Aos Professores Dr. Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira e Dr. Nelson Filice de Barros pela contribuição na concepção, na análise e discussão deste projeto. Também devo agradecer pelos ensinamentos que levarei para vida pessoal e profissional.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), que possibilitou auxílio financeiro, na modalidade bolsa de mestrado, por meio do chamamento público nº 003/2018.

Ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, aos docentes, aos discentes da turma 7, à secretaria e a todos os envolvidos, pela oportunidade de crescimento profissional e intelectual.

Às minhas colegas de mestrado em Saúde Coletiva da UFG turma 7: Patrícia Conceição de Oliveira, Alyne Silva Britto e Gabriella de Paula Batista de Moraes. Os nossos almoços nos intervalos das aulas do mestrado se tornaram Práticas Integrativas e Complementares. Eram momentos de discussão não somente dos projetos de pesquisa, mas também de vida.

*“Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes”. (Paulo Freire)*

SILVA, PHB. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos profissionais sobre a oferta dos serviços na Região Metropolitana de Goiânia.** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás e Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (UFG/NESC). Goiânia; 2019.

## RESUMO

As pesquisas envolvendo as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) têm sido cada vez mais encorajadas com o intuito de entender como essas práticas não convencionais de cuidado são ofertadas na Atenção Primária à Saúde (APS). Ganham mais relevância ainda a partir das percepções dos profissionais que as utilizam e são importantes para conhecer a realidade desses serviços para subsidiar estratégias de planejamento e gestão. As PIC estão de acordo com o que é preconizado no trabalho no campo da Saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde, pois objetivam a integralidade, o vínculo e o protagonismo dos usuários em seu cuidado, sendo a promoção à Saúde o eixo estruturante, numa perspectiva dialógica, criativa e inovadora. O objetivo deste estudo foi compreender as percepções dos profissionais de Saúde que ofertam PIC sobre a sua utilização nos serviços de APS na Região Metropolitana de Goiânia. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Participaram do nosso estudo 20 profissionais que ofertavam PIC em 14 serviços de APS, em três cidades da Região Metropolitana de Goiânia, entre os meses de janeiro a agosto de 2018. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas, transcritas e analisadas por meio da Análise de Conteúdo com o auxílio do software NVivo® para identificar as categorias temáticas. A maioria era enfermeira, com idade entre 31 a 40 anos e a PIC mais ofertada era a Auriculoterapia. Os resultados foram agrupados em três categorias: a) Formação e capacitação dos profissionais nas PIC; b) O trabalho com as PIC; c) Concepções de Saúde e cuidado. Demostramos que a oferta da PIC era dependente da competência prévia dos profissionais ou da formação dos mesmos em serviço. As PIC estavam sendo organizadas e inseridas na APS via profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Academia da Saúde, em caráter complementar ao modelo biomédico. Esses profissionais têm sofrido com o desapoio e desconhecimento do seu trabalho, com a falta de discussão das PIC nas reuniões de equipe e ausência de registro nos prontuários dos usuários. Conferindo em invisibilidade pública e humilhação social a estes profissionais, que trabalham dentro dos limites das fronteiras impostas pelo modelo biomédico vigente. Por outro lado, as PIC demonstraram um movimento de mudança nas práticas de Saúde, com contribuição na perspectiva holística, do empoderamento individual, e uma possibilidade de desmedicalização social, potencializando o trabalho entre as equipes da ESF e NASF. Contudo, ainda está presente uma concepção de Saúde e cuidado enraizadas na prevenção de doenças e no estímulo a mudanças comportamentais dos usuários. Nessa perspectiva, as PIC se fazem presentes na APS, porém, confirmamos que elas encontram desafios para a sua legitimação, mesmo vigorando uma política nacional que as instituem.

**Palavras-chave:** Práticas Integrativas e Complementares; Saúde Coletiva; Terapias Complementares; Profissional da Saúde; Atenção Primária à Saúde.

SILVA, PHB. **Complementary and Alternative Medicine in Primary Health Care: Professionals' perceptions about the provision of services in the Metropolitan Region of Goiânia.** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's – A partnership between the Federal University of Goiás and the Study Center of Collective Healthcare (UFG/NESC). Goiânia; 2019.

## ABSTRACT

Researches involving Complementary and Alternative Medicine (CAM) have been increasingly encouraged in order to understand how these unconventional care practices are provided in Primary Health Care (PHC). They acquire even more relevance from the perception of professionals who use them. They are important so that professionals can know the reality of these services in order to support planning and management strategies. CAM are in accordance with what is recommended at work in the field of Collective Health and in the Unified Health System, since they aim at the integrality, connection and protagonism of users regarding their care, being health promotion the structuring axis in a dialogical, creative and innovative perspective. The objective of this study was to understand the perception of health professionals who provide CAM on their use in PHC services in the Metropolitan Region of Goiânia. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Twenty professionals who used to provide CAM took part of our study in 14 PHC services in three cities in the Metropolitan Region of Goiânia between January and August, 2018. Data were collected through semi-structured interviews, which were transcribed and analyzed through Content Analysis with the aid of NVivo© software to identify thematic categories. Most of them were nurses, aged between 31 and 40 years, and auriculotherapy was the most common complementary and alternative practice provided. The results were grouped into three categories: a) Training and qualification of professionals in CAM; b) Working with CAM; c) Conceptions of health and care. We could demonstrate that provision of ICP depended on the prior competence of the professionals or on their training in service. CAM were being organized and inserted into PHC by professionals from the Family Health Strategy (FHS), the Family Health Support Center (NASF) and the Health Academy, in a complementary way to the biomedical model. Such professionals have suffered from the disregard and ignorance of their work as well as from the lack of discussion about CAM in team meetings and lack of notes in the patients' medical records, which lends public invisibility and social humiliation to those professionals, who work within the limits imposed by the current biomedical model. On the other hand, CAM showed some change in health practices since they have contributed with a holistic perspective, individual empowerment, and a possibility of social de-medicalization, which have been enhancing the work between the Family Health teams and the Family Health Support Centers. However, there is still a concept of health and care that is rooted in disease prevention and in stimulating users' behavioral changes. In this perspective, CAM are present in PHC, but we confirm that they have found barriers for their legitimacy, even in the presence of a national policy that establishes them.

**Keywords:** Complementary and Alternative Medicine; Collective Healthcare; Complementary Therapies; Healthcare Professionals; Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Mapa da Região Metropolitana de Goiânia .....	93
<b>Figura 2</b> – Nuvem com as 1000 palavras mais eloquentes nas falas dos profissionais que ofertam Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde entre os meses de janeiro a agosto de 2018.....	146

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Estimativa da população, quantidade e serviços de Atenção Primária à Saúde e o número de profissionais que ofertavam Práticas Integrativas e Complementares nos municípios da Região Metropolitana de Goiânia, entre agosto e dezembro de 2017 .....94
- Tabela 2** – Subcategorias e categorias definidas a partir dos textos das entrevistas dos profissionais que ofertavam Práticas Integrativas e Complementares na Região Metropolitana de Goiânia, entre os meses de janeiro a agosto de 2018..... 101
- Tabela 3** – Perfil dos profissionais entrevistados nos serviços de Atenção Primária à Saúde que ofertam Práticas Integrativas e Complementares na Região Metropolitana de Goiânia, no período de janeiro a agosto de 2018..... 103

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVASUS	Ambiente Virtual de Aprendizado do Sistema Único de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

EPIGRAFE

RESUMO E PALAVRAS-CHAVE

ABSTRACT AND KEYWORDS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 INTRODUÇÃO .....	17
2 JUSTIFICATIVA.....	23
3 OBJETIVOS.....	26
3.1 Objetivo Geral.....	26
3.2 Objetivos Específicos .....	26
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
4.1 Práticas Integrativas e Complementares: a Política Nacional e a Atenção Primária à Saúde .....	27
4.2 A formação profissional nas PIC: uma necessidade .....	42
4.3 O desafio da organização das PIC nos serviços de Saúde .....	57
4.4 Concepções de Saúde e cuidado .....	74
5 MÉTODOS .....	92
5.1 Tipo do Estudo .....	92
5.2 Local.....	93
5.3 Participantes.....	95
5.4 Instrumentos.....	96
5.5 Procedimentos .....	96
5.6 Análise dos dados.....	98
5.7 Aspectos Éticos .....	99
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	101
6.1 Caracterização dos participantes .....	102
6.2 Formação e capacitação dos profissionais nas PIC .....	104
6.3 A organização do trabalho com as PIC .....	117

<b>6.4 Concepções de Saúde e cuidado .....</b>	<b>134</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>148</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>153</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>176</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS.....</b>	<b>177</b>
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>180</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O debate sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), denominadas de Medicinas Tradicionais e Complementares/ Alternativas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi destaque na Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, na cidade de Alma Ata, em 1978 (BRASIL, 2009). Surgem, então, as primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares nos sistemas nacionais de Saúde (BRASIL, 2009). No Brasil, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, notava-se a vontade popular em utilizar as práticas alternativas na assistência em Saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2009). Então, em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação foi criada e fixaram normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas em Cuidado Mental e Fitoterapia (BRASIL, 2006a; ESTRELA, 2013).

A discussão em torno das PIC segue nas 9ª e 10ª Conferências Nacionais de Saúde, em 1992 e 1996, respectivamente, onde apontavam a necessidade de transformações profundas no modelo assistencial de Saúde, desenvolvendo uma forma de cuidado diferenciada com ênfase nos saberes locais e incorporação das tecnologias populares, das ações de promoção à Saúde e das práticas alternativas aos serviços de Saúde (BRASIL, 1993).

Logo, para atender as recomendações e diretrizes da OMS e das conferências nacionais de Saúde, aprova-se, em 2006, com a publicação da Portaria Ministerial nº 971, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) incluindo cinco PIC no rol dos serviços ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS), como: a Homeopatia, a Fitoterapia e Plantas Medicinais, Medicina Antroposófica, Termalismo Social e Crenoterapia e a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura (BRASIL, 2015).

Baseado no segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), onde mais de 30 mil equipes foram avaliadas, foi identificado que outras PIC estavam presentes nos serviços de Saúde em todo o país. Assim, o Ministério da Saúde aprovou a portaria nº 849, em 2017, acrescentando mais quatorze procedimentos na PNPIC, como a Arteterapia,

Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga, dentre outras (BRASIL, 2017a). Em 2018, o Ministério da Saúde adicionou mais dez PIC à PNPIC: Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais, por intermédio da portaria nº 702 (BRASIL, 2018).

As PIC se caracterizam por sistemas e recursos terapêuticos que visam assistência à Saúde do indivíduo, seja na prevenção, tratamento ou cura. Considerando-o como mente-corpo-espírito e não um conjunto de partes isoladas (BRASIL, 2006a). Enfatiza-se a escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do homem com o meio ambiente e sociedade. Além de ter uma visão ampliada do processo Saúde-doença e promoção global do cuidado humano, especialmente o autocuidado (BRASIL, 2015). Assim, as PIC foram incluídas oficialmente ao atual modelo de atenção à Saúde ocidental, o biomédico, em que a população se torna cada vez mais insatisfeita devido à dicotomia do cuidado e superespecialização das diversas áreas da medicina (LUZ; ROSENBAUM; BARROS, 2006).

As PIC estão em consonância com a perspectiva da nova promoção da Saúde, inserindo uma consciência mais crítica sobre os problemas de Saúde. Para a transformação das relações entre profissionais e usuários a partir de práticas inovadoras e reflexivas, pautadas na equidade, integralidade e fortalecimento comunitário (CZERESNIA, 2003; SILVA-ARIOLI *et al.*, 2013). Com isso, a capacidade da autonomia das pessoas e da comunidade é potencializada através da valorização do conhecimento popular e participação social tendo como base as subjetividades individuais e coletivas dos atores nos espaços do cotidiano, retirando o foco da doença para ressaltar a Saúde (SPINK, 2015).

Um dos importantes contextos dos serviços que podem abrigar as PIC é a Atenção Primária à Saúde (APS) por tratar-se, em tese, como operante das tecnologias do encontro (COELHO; JORGE, 2009). Com ênfase nas relações subjetivas (SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012), como o acolhimento, escuta e elaboração do projeto terapêutico singular, além de reordenar o modelo de atenção à Saúde no SUS. O estudo de Santos *et al.*, (2014) teve como objetivo compreender os

significados da prática do Lian Gong, uma ginástica corporal baseada na Medicina Tradicional Chinesa, para os seus participantes, em um serviço de APS, na cidade de Belo Horizonte – MG. Foi identificado, na análise dos discursos dos indivíduos, a melhoria na Saúde física e mental por meio da convivência em grupo.

Crocker *et al.* (2017) realizaram um estudo em Phoenix, no estado do Arizona, nos Estados Unidos da América, em que foi avaliada a experiência de 83 pacientes que utilizavam alguma PIC em um centro voltado para cuidados primários em Saúde para adultos. Os usuários foram questionados sobre promoção da Saúde, cuidado holístico, autocuidado, bem-estar e relacionamento através de questionários fechados. Os resultados apontaram o estabelecimento de relações mais positivas entre os usuários e os profissionais, além de reforçar a importância das PIC no autocuidado e bem-estar dos seus adeptos.

Nesse contexto, observamos uma tendência de crescimento de práticas não convencionais ao redor do mundo. Entre 60% a 80% da população adulta de países como Canadá (QUANH LAI *et al.*, 2008), Nigéria (ONYAPAT; OKORONKWO; OGBONNAYA, 2011), Reino Unido (POSADZKI *et al.*, 2013) e Coreia do Sul (OCK *et al.*, 2009), utiliza alguma forma de PIC para prevenir ou tratar algum problema relacionado à Saúde. Em duas pesquisas realizadas em diferentes regiões dos Estados Unidos, estima-se que 70% (BAINS; EGEDE, 2011) a 80% (TRANGMAR; DIAZ, 2008) dos adultos deste país utiliza algum tipo de PIC. No Brasil, em torno de 70% das famílias da cidade de Montes Claros – MG referem o uso de alguma PIC como práticas corporais e massagens (RODRIGUES NETO; FARIA; FIGUEIREDO, 2009). Segundo Souza *et al.*, (2006), a frustração com o tratamento convencional e a percepção de efetividade justificam a ampla utilização das PIC pelas pessoas para cuidar da sua Saúde.

No século XVIII, havia o movimento de exploração do território goiano conhecido como “descida”, o qual era realizado pelos jesuítas com o intuito de se catequizar os índios que residiam na região naquela época. Acreditavam-se que os indígenas não portavam alma e que deveriam ser ensinados e convertidos ao Cristianismo, para que pudessem ter a salvação divina nas mesmas condições que o homem branco. No entanto, podemos encontrar relatos do interesse desses religiosos pelo conhecimento dos povos da floresta. Os jesuítas davam bastante importância para o saber desses nativos sobre as ervas e drogas utilizadas em seus processos de

adoecimento, para que também pudessem ser adicionadas aos modos de se manejar a doença apresentadas pelo colonizador europeu (SANTOS, 2003).

Outra particularidade, só que bem mais atual, foi o surgimento, em 1986, do Hospital de Medicina Alternativa, atual Centro de Referência em Medicina Integrativa e Complementar, fazendo de Goiás um dos primeiros estados a trabalhar com as PIC na rede pública de Saúde. Há 30 anos, possui médicos especialistas em Homeopatia, Acupuntura e Fitoterapia Ayurvédica, que atendem a população de Goiânia e Região Metropolitana, de modo ambulatorial. O que mais nos chama atenção é que as matérias-primas utilizadas na preparação dos medicamentos são na sua maioria cultivadas e manipuladas na Unidade do próprio Hospital, o que reduz os gastos dos usuários e custos para o SUS (SILVA, 2009). Estudo realizado para avaliar o grau de satisfação entre os usuários do Hospital de Medicina Alternativa, relatou que 95% aprovaram o atendimento no hospital (ULHÔA, 2008).

As práticas meditativas, de Yoga e Tai Chi Chuan vem sendo realizadas com frequência nos parques públicos da capital de Goiás, para trazer bem-estar físico e espiritual dos seus praticantes. Gratuitas e abertas ao público, não possuem vínculo com serviço de Saúde protocolar. Essas ações são iniciativas de professores voluntários, geralmente, pertencentes a grupos de pessoas com o interesse nessas práticas (CARVALHO, 2017).

Os goianos também têm mantido a tradição de cura pela fé, através das figuras das benzedadeiras. Mesmo que ausentes dos serviços de Saúde oficiais, essas mulheres podem ser consideradas “agentes do bem-estar”. Continuam resistindo ao tempo, aos avanços tecnológicos e a indústria farmacêutica. A “benzeção”, com algumas plantas recolhidas no próprio jardim das benzedadeiras, consiste em uma rápida oração, que após essa ação, as pessoas que a recebem referem melhora da sua condição de Saúde em que se encontravam anteriormente (SAMPAIO, 2018).

Para Gerhardt (2006) essas escolhas podem ser movidas por questões de acesso aos serviços de Saúde, pela condição econômica em que se encontram, bem como pelo modelo através do qual ele compreende seu estado de Saúde. A complexidade disso ainda envolve as redes sociais em que estão inseridas essas pessoas e como elas são construídas e acionadas. Frequentemente, incluem um caminho em que tratamentos, profissionais e recursos terapêuticos de bases distintas e combinadas, são utilizadas no percurso de sua busca por cuidado.

Além disso, o documento da PNPIC foi referencial para o governo do estado de Goiás (GO), aprovar a lei nº 16.703, em setembro de 2009, instituindo a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares na rede pública estadual de Saúde (GOIÁS, 2009). Do mesmo modo, no mesmo ano, a prefeitura de Goiânia também promulgou a lei complementar nº 195, a qual estabeleceu e garantiu as PIC no âmbito municipal, com ênfase na Acupuntura, na Homeopatia, na Fitoterapia e no Termalismo Social/Crenoterapia (GOIÂNIA, 2009).

Contudo, mesmo com essas legislações em vigência e os modos tradicionais locais e regionais de cuidado, essas PIC não foram implantadas pela atenção à Saúde de forma expressiva na Região Metropolitana goiana. Nesse sentido, em março de 2017, houve uma audiência pública na Câmara de Vereadores para discutir essa implantação, onde a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) se comprometeu a criar uma comissão para realizar o diagnóstico de profissionais da área em Goiânia e, a partir de então, elaborar o projeto de implantação das PIC na Capital (CHAGAS, 2017).

Nesse tocante, ainda existem dificuldades para a implantação das PIC no SUS, sobretudo, por insuficiência de dados de produção e de pesquisas e dos processos educacionais dos profissionais de Saúde. O desenvolvimento das PIC na rede pública de Saúde do Brasil está em lento processo de expansão. Além disso, há pouco conhecimento acumulado sobre as formas de organizar, adaptar e incluir as PIC na APS (BRASIL, 2006b; LIMA; SILVA; TESSER, 2014; OMS, 2002; RODRIGUES *et al.*, 2011; SANTOS; TESSER, 2012; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Spadacio *et al.* (2010) realizaram um estudo de metassíntese, em que identificou os estudos qualitativos envolvendo as medicinas alternativas e complementares. Demonstraram a existência de um olhar ainda exploratório sobre as questões que aprofundam a compreensão sobre os sentidos, as percepções, entendimentos e experiências dos gestores, profissionais e usuários sobre as PIC.

Rocha (2005) esmiúça a ideia de percepção compreendida por Merleau-Ponty. Tem como raiz de seu trabalho a Fenomenologia que, por sua vez, é um discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra por si mesmo, enquanto uma práxis que opera por meio do método que investiga a experiência, no sentido de compreendê-la em seus significados (MARTINS; BICUDO, 2008). Merleau-Ponty

reconhece que o “corpo” não é apenas uma coisa, mas também uma condição permanente da experiência, que é constituinte da abertura perceptiva para o mundo e seu investimento. A primazia da percepção significa um primado da experiência, na medida que a percepção tem uma dimensão ativa e constitutiva. A base do conhecimento está na capacidade de perceber o que nos cerca, o que implica também o processo de dar significado ao que foi captado pelos sentidos, para que se possam realizar as necessárias conexões entre os objetos perceptíveis, o que torna possível vê-los como um todo (ROCHA, 2005). É nesse sentido que este estudo se apresenta, buscando compreender quais as percepções dos profissionais de Saúde que ofertam PIC sobre a sua utilização nos serviços de APS na Região Metropolitana de Goiânia?

## 2 JUSTIFICATIVA

A utilização das PIC nos serviços de APS na Região Metropolitana de Goiânia merece uma reflexão, especialmente quando se investiga as experiências dos profissionais que as ofertam, ao passo em que o setor Saúde incorpora recursos tecnológicos cada vez mais sofisticados e onerosos (AZEVEDO; PELICIONI, 2011). Partindo da premissa de que a APS brasileira deve ofertar as PIC nos serviços de Saúde à população, compreender as percepções dessas PIC no cotidiano, a partir dos trabalhadores que as vivenciam e as usam, é uma forma de contribuir para o campo da Saúde Coletiva (TELESI JÚNIOR, 2016).

Partir do que já vem sendo realizado, não só facilita o processo, mas também possibilita a valorização das iniciativas existentes para que as PIC possam ser progressivamente incluídas ao contexto do cuidado em Saúde (TELESI JÚNIOR, 2016; VASCONCELOS; CRUZ, 2011). O cenário, a APS, é um espaço capilarizado, está perto da vida dos usuários e atende a diferentes tipos de demandas e necessidades de Saúde. Expandiu-se como estratégia de organização de sistemas públicos de Saúde, com a finalidade de universalizar o cuidado clínico e sanitário à população (SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012). A todo o momento, a APS proporciona encontros entre trabalhadores e usuários (COELHO; JORGE, 2009) e, desse modo, os profissionais têm de lidar com desafios e situações que os convidam a aperfeiçoar e qualificar suas práticas em Saúde. Logo, as PIC aparecem como um formato diferente de olhar o processo Saúde-doença-cuidado, que pode potencializar ainda mais a capacidade de cuidar na APS (FAVORETO, 2008).

Telesi Júnior (2016) ressalta que aqueles trabalhadores da Saúde que realizam as PIC, as fazem não somente porque aprenderam outra técnica de Saúde e desejam aplicá-la, mas são motivados pelo desejo de empregar um cuidado em Saúde diferente do modelo ocidental dominante. Trata-se, portanto, de mostrar que existem práticas complementares capazes de fazer a diferença e se tornar parte de modos alternativos de promover a Saúde.

Além disso, considerando a proposta original da pesquisa, finalizada pela equipe do Laboratório de Práticas Complementares e Integrativas (LAPACIS <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/lapacis>) da Universidade Estadual de Campinas

(UNICAMP), na Região Metropolitana de Campinas, houve o despertar do interesse em conhecer a realidade na qual se encontra a Região Metropolitana de Goiânia. Uma vez que ambas se aproximam em termos populacionais (enquanto a primeira é estimada como a décima maior do Brasil; a segunda, a décima terceira), conforme pressuposto do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015).

Desse modo, correlacionado à proposta original da UNICAMP, este trabalho integra o Projeto de Pesquisa: Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de Atenção Primária em Saúde – Região Metropolitana de Goiânia, o qual tem como objetivo: realizar um censo em todos os serviços de APS dos 20 municípios da Região Metropolitana de Goiânia para identificar quais práticas ofertadas, bem como as percepções que gestores, profissionais de Saúde e usuários dão à oferta das mesmas.

Enquanto profissional fisioterapeuta e trabalhador do SUS, entender outros sentidos atribuídos às PIC se torna importante. O manejo e o ensino das PIC na formação do fisioterapeuta estão presentes, mas muito voltada para a patobiomecânica. A Acupuntura, a Auriculoterapia e a Massoterapia são aprendidas para reabilitar, recuperar e trazer o “movimento normal” para o indivíduo que está, funcionalmente, incapacitado. Os resultados desse estudo trazem uma outra cosmovisão da aplicação dessas PIC, trazendo para o cotidiano do trabalho uma maior sensibilidade para o que foi renegado durante a graduação. Atualmente, inserido dentro de um Posto de Saúde da Família, porém, executando um serviço de média complexidade e desintegrado da APS, apreender as diferentes experiências e realidades com as PIC nos motiva e entusiasma a transformar nossas práticas profissionais, estimulando o seu uso para além da eliminação dos sinais e sintomas patológicos. Apesar da oferta não existir na nossa realidade profissional, os resultados podem fornecer um “*know-how*” (saber-fazer) aos pesquisadores caso haja interesse dos gestores, profissionais e usuários para a implantação e implementação das PIC no seu âmbito de atuação local. Assim como indicam a importância da pluralidade terapêutica para lidar com as necessidades de Saúde dinamizadas pelo encontro diário do fisioterapeuta com os usuários.

Ademais, o estudo é oportuno por se tratar de um fenômeno crescente e incipiente quanto a sua utilização, tornando-se importante entender sobre as percepções dos profissionais envolvidos. Além disso, pesquisas dessa abrangência podem subsidiar

o planejamento de ações e disponibilização dessas PIC, contribuindo para a melhoria do serviço e fortalecendo a atenção integral em Saúde.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

Compreender as percepções dos profissionais de Saúde que ofertam Práticas Integrativas e Complementares sobre a sua utilização nos serviços de Atenção Primária à Saúde na Região Metropolitana de Goiânia.

### **3.2 Objetivos Específicos**

Identificar os processos de formação e capacitação dos profissionais de Saúde que ofertam Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de Atenção Primária à Saúde na Região Metropolitana de Goiânia;

Descrever a organização do trabalho dos profissionais de Saúde que ofertam Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de Atenção Primária à Saúde na Região Metropolitana de Goiânia;

Analisar as concepções de cuidado dos profissionais de Saúde que ofertam Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de Atenção Primária à Saúde na Região Metropolitana de Goiânia.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Práticas Integrativas e Complementares: a Política Nacional e a Atenção Primária à Saúde

PIC foi um termo criado no Brasil para designar as chamadas, em outros países, Medicina Tradicional e Medicina Alternativa e Complementar (BRASIL, 2006a). As quais são saberes de cuidar de si e dos outros, baseadas no princípio de integralidade, no reequilíbrio energético vital por mecanismos naturais e de baixo risco (MORETTI *et al.*, 2009). A OMS (2002) define Medicina Tradicional como diversos conhecimentos advindos do contexto histórico local a partir de práticas medicinais trazidas de áreas como plantas, animais ou minerais, terapias manuais, técnicas espirituais e práticas corporais. Por outro lado, a Medicina Alternativa e Complementar consiste em práticas que não compõem tradicionalmente a cultura local, mas são adotadas como uma forma de realizar cuidado em Saúde.

Quando são utilizadas em conjunto com as práticas biomédicas, chamam-se complementares; situações em que são usadas no lugar de uma prática convencional são denominadas alternativas; e são consideradas integrativas quando há associação entre ambas às práticas com comprovação científica de segurança e eficácia de boa qualidade (NCCAM, 2007). As PIC ainda podem ser organizadas em: sistemas médicos alternativos (Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia), intervenções mente-corpo (Meditação), métodos de manipulação corporal (Massagem, Osteopatia) e terapias energéticas (Reiki), dentre outras (TESSER; BARROS, 2008). Essas práticas sugerem novas perspectivas e racionalidades médicas.

O conceito de racionalidades médicas é construído a partir de um tipo ideal segundo o sociólogo Max Weber, o qual Luz e Barros (2012, p. 234) descrevem como

um modelo ideal logicamente definido, que é *a posteriori* comparado com realidades empíricas particulares específicas para estabelecer se estas se enquadram ao conceito ideal-típico. Isso difere do conceito clássico grego, em que se procura explicar um fenômeno por uma operação lógica a priori, o que supõe o paradigma da causalidade, no qual se busca uma lei que representaria o real. O tipo ideal é, portanto, um constructo lógico que traz como principal benefício a desnaturalização da superioridade do conhecimento

científico ocidental, colocando a medicina ocidental contemporânea em igual patamar de análise com os demais sistemas médicos que coexistem no mundo. Racionalidades médicas é, assim, todo o sistema médico complexo construído sobre seis dimensões: uma morfologia humana, uma dinâmica vital, uma doutrina médica (o que é estar doente ou ter Saúde), um sistema diagnóstico, uma cosmologia e um sistema terapêutico.

Esse modelo foi idealizado por Madel Luz, ao iniciar seu estudo com a Homeopatia. Verificou que havia, nessa medicina, uma terapêutica e diagnose particulares e coerentes. Embora discordante da biomedicina, existia outra racionalidade médica (LUZ, 2014). Observamos a coexistência de mais de uma racionalidade presente na cultura atual no que concerne as práticas em Saúde, contrariando o senso comum ocidental, que reconhece a biomedicina como única portadora de racionalidade científica (LUZ, 2005).

Posicionamentos contrários às PIC alegam justamente essa falta e abandono do conhecimento científico. Adotá-las estaríamos voltando para um suposto passado de obscurantismo (TESSER; BARROS, 2008). Essas racionalidades médicas resistem em existir, às vezes, de forma conflituosa e competindo entre si pelo “mercado de cura”. Mas também, coexistem de maneira harmoniosa e pacífica, de modo sincrético e híbrido, isto é, unindo os princípios das diferentes racionalidades para a assistência (LUZ, 2005).

Nesse sentido, as racionalidades médicas orientais e a homeopatia consideram o ser humano em sua relação com o próximo e o meio em que está inserido. Com a finalidade de promover o equilíbrio de sua energia vital, que varia a partir dos seus sentimentos/pensamentos, os laços familiares e sociais e do seu comportamento, tendo como base o paradigma vitalista, em que o corpo é uma totalidade bioenergética (LUZ; BARROS, 2012).

Também se apropriam da abordagem holística que consiste na compreensão do homem como um todo, sem segregá-lo em partes, com destaque para cura, no relacionamento interpessoal e o contexto da vida (OTANI; BARROS, 2011). Aqui o sentido do holismo compreende o conjunto de valores aplicados à terapêutica que atravessa as dimensões da racionalidade médica em que os profissionais inserem na sua prática (SOUZA; LUZ, 2009).

Colocadas essas definições conceituais, é oportuno diferenciarmos as racionalidades médicas das práticas terapêuticas. Estas, ainda que possam pertencer a uma dimensão de uma racionalidade médica em particular, são constantemente usadas de maneira isolada, obedecendo mais a lógica biomédica do que a uma coerência dos outros sistemas médicos complexos (NASCIMENTO *et al.*, 2013). Assim, sem entrarmos aqui, na questão da apropriação ou não desses termos e definições, escolhemos por nos referir, nessa pesquisa, às PIC, como toda racionalidade médica e práticas não convencionais que diferem da biomédica.

Não obstante, esse conceito Racionalidade Médica contribuiu para a Saúde Coletiva ao “vencer um obstáculo epistemológico que tradicionalmente impedia de ver os outros sistemas médicos como portadores potenciais de racionalidade científica” (LUZ, 2012, p. 21). Ao estabelecer as diferenças entre sistemas médicos e práticas terapêuticas, possibilitam intervenções diagnósticas e terapêuticas não hegemônicas cheguem ao plano terapêutico com legitimidade institucional e científica, para que possam ser usadas em sua completude (LUZ, 2012).

Na década de 1970, nos países do Ocidente, essas PIC eram relacionadas com a medicina naturista que chegaram junto com a Contracultura, que pregava a produção da Saúde livre das artificialidades impostas pela biomedicina, na busca por formas alternativas de cuidado de si e dos outros. Esse movimento também implicava nos modos de viver das pessoas, tendo ressonância em outros aspectos da vida, propondo educação, relações amorosas e econômicas alternativas (BARROS, 2014).

Nessa mesma época, houve a promulgação da Declaração de Alma-Ata, a qual enfatizava uma nova lógica no atendimento à Saúde, não mais pautada em um modelo baseado na cura de doenças, para atingir “Saúde para todos nos anos 2000”. Esse documento, que completou seu quadragésimo aniversário em 2018, representou o redirecionamento em relação à forma como a OMS conduzia suas políticas até então. Esse organismo internacional fez um apelo para que os governos de todos os seus países signatários desenvolvessem ações simplificadas de atenção à Saúde (LUZ, 2005).

Uma vez que os serviços assistenciais se fundamentam na mecânica clássica e no modelo cartesiano, entendendo o corpo como máquina e assume como eixo central o reestabelecimento dos seus defeitos, deixando um universo simbólico de sentidos

que incluem imagens, metáforas, representações, concepções e terapêuticas em um segundo plano (LUZ; BARROS, 2012; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2017). Nesse contexto, Tesser e Barros (2008) apontam que a singularidade dos usuários tenderia a não ser respeitada, em que os profissionais de Saúde são os únicos detentores do conhecimento e do tratamento sobre o sofrimento e da doença.

Para Queiroz (2000) e Telesi Júnior (2016), o avanço técnico-científico da biomedicina reforçou o conceito fragmentado e mecanizado, idealizado pelo modelo *flexneriano*, no início do século XX. Assim, persiste uma formação profissional com um saber técnico cada vez mais especializado, com hipervalorização de questões biológicas, apoiado no aperfeiçoamento da tecnologia diagnóstica o que dificulta a visão do indivíduo como ser integral.

É nesse contexto histórico que ficam expostas as rupturas da relação entre os diversos saberes e as instituições médicas. O hospital passa a ser o principal local de produção e reprodução do conhecimento técnico. Com isso, apresentamos a primeira cisão, entre a arte de curar e a ciência da doença. Após a Segunda Guerra Mundial, temos a segunda cisão dentro da prática médica, no agir terapêutico, voltada para a diagnose das doenças. E, finalmente, a partir da segunda metade do século XX, a invasão tecnológica no exercício médico foi a responsável pela última cisão, presente na unidade relacional médico/usuário, pelo progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente, pela sobreposição de tecnologias “frias” terapêuticas (SOUZA; LUZ, 2009).

A valorização da ciência das doenças, a hegemonia da diagnose e a objetivação das relações interpessoais influenciaram as definições de eficácia institucional médica (LUZ, 2000). O desenvolvimento do arsenal tecnológico deu materialidade às doenças e à sua ciência, e a indústria farmacêutica correspondeu às necessidades de vencê-las (CAMARGO JÚNIOR, 2003). As instituições médicas, dessa forma, têm reproduzido a tríplice cisão da sua racionalidade por meio da materialidade das suas tecnologias, trazendo a crise da medicina (SOUZA; LUZ, 2009).

Do mesmo modo em que vivemos uma crise da Saúde. Ayres (2009a), diz que esse momento crítico não teria sentido de problema, destruição e pessimismo, mas a percepção de limites, de esgotamento de padrões até então tidos como superiores ou aceitáveis, como também uma compreensão de renovação, de criação. Souza e Luz (2009) apontam que essa crise seria decorrente dos problemas de natureza

sanitária, cuja causa se associa a questões socioeconômicas da evolução recente do capitalismo. A globalização acentuou as desigualdades sociais nos países economicamente desfavorecidos, induzindo o surgimento de problemas de desnutrição, violência e doenças infectocontagiosas e crônicas degenerativas, que poderiam ser controladas por intermédio de políticas públicas adequadas, caso os governos nacionais focassem esforços para atender as questões sociais que permeiam a Saúde.

Esses autores também destacam um segundo aspecto referente à crise da Saúde que seria a epidemiologia do mal-estar social, difuso em grande parte da população trabalhadora, desempregada ou aposentada. Caracterizada por dores imprecisas, depressão, ansiedade, pânico e problemas de coluna. Esse mal-estar também coloca os indivíduos a enxergar somente a si mesmo, com a mudança dos valores em que a “parte” suprime o “todo”. O homem moderno é autovalorizável e autossuficiente, não mais sendo peça integrante da natureza e sociedade, mas busca ser o seu próprio senhor influenciando concreta e negativamente a Saúde dos cidadãos (SOUZA; LUZ, 2009).

Na raiz desse fenômeno, Carvalho *et al.* (2015) caracteriza o modelo biomédico como uma instituição de controle social, tendo uma dimensão da grandeza de uma religião, tornando-se um repositório de verdade. Um campo sentenciado por especialistas portados pela objetividade e neutralidade, desconsiderando as propostas alternativas e/ou complementares à Saúde. Além disso, o enfrentamento da doença culpabiliza o indivíduo, tornando-o alienado de sua própria condição de Saúde e retirando-lhe a oportunidade de autoconhecimento e autotransformação que o processo Saúde-doença pode oferecer (LUZ; BARROS, 2012).

Alguns estudos têm apontado que o uso das PIC pela população, em plano nacional e internacional, seria justificado pela adequação cultural, pelo fácil acesso, baixo custo e eficácia em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (MELO *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2006; TESSER, 2009a). Contudo, acreditamos que isso se deva muito mais pelo resultado do descontentamento da medicina ortodoxa, como: no tratamento da dor, aumento do estresse e ansiedade, pelas longas filas de espera e múltiplas consultas com diferentes especialistas (GIDDENS, 2005; PARANAGUÁ *et al.*, 2009; TESSER, 2009a).

Nessa perspectiva, o que mais daria sentido as novas formulações que suportam a cultura das PIC seria a indignação perante uma prática médica que não satisfaz, simbólica e tecnicamente, a experiência do sofrimento. Dado que o modelo biomédico paulatinamente engloba tecnologia sofisticada e gera embaraços no processo de anamnese e exame clínico. Tal condição esconde o sofrimento humano que, seria providencial, o desenvolvimento de práticas não-biomédicas que resgatem a centralidade da subjetividade humana como constituinte do processo Saúde-doença (TESSER; BARROS, 2008).

Isto posto, em 2003, tomaram-se a decisão para a construção de uma política nacional em torno das PIC. Iniciou-se com a formação de um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, sob a coordenação das Secretaria Executiva e de Atenção à Saúde. Sabemos, segundo Bourdieu (1983), que um campo se define pelos objetos de disputas. Como todas as sociedades têm interesse na minimização das enfermidades, existem disputas entre as diversas formas de cuidado que estão atrás de reconhecimento social, recursos econômicos e técnicos (TESSER; BARROS, 2008). De modo que essa política pública não estaria isenta dos interesses e jogos políticos e ideológicos para a sua elaboração (MULLER, 2016).

Naquele momento, não haviam critérios para a escolha do que entraria ou não na política. Tudo que era definido como prática alternativa poderia ser incluída. Entretanto, quatro entidades representativas que, em certa medida, se encontravam previamente organizadas, procuraram o Ministério da Saúde, compreendendo: a Homeopatia, a Acupuntura, a Fitoterapia e a Medicina Antroposófica (SIMONI, 2014).

Diante disso, essas PIC foram, inicialmente, incorporadas à discussão na política e definiu-se a criação de um grupo de trabalho para cada uma e um grupo gestor para coordenar os trabalhos. Esses subgrupos tinham a liberdade para fazer seu plano de ação para convencer a sua integração à essa política. A Homeopatia, a Fitoterapia e a Medicina Antroposófica fizeram fóruns nacionais com ampla participação da sociedade civil organizada. O grupo dedicado à Acupuntura, preferiu realizar somente reuniões técnicas apoiadas em documentos produzidos pela OMS para garantir sua entrada na política. Muitas secretarias estaduais e municipais de Saúde também apoiavam esses subgrupos (MULLER, 2016).

Notamos que, apesar da formalidade com que as políticas parecem ser elaboradas, essa construção não foi nenhum pouco imparcial. As pessoas envolvidas nesses subgrupos para produzir esse documento são influenciados por fatores subjetivos (interesses, crenças, valores, etc). Eleger essas entidades profissionais com algum vínculo com associações médicas e Ministério da Saúde, marginalizaram as representações de outras PIC que não tinham movimento tão bem organizado ou com tamanha visibilidade e influência política. Esse fato remete ao questionamento de qual seria a atribuição do Estado na formulação das suas políticas públicas, “interesses de quem deveria atender, como deveria atuar e baseado em quais pressupostos devia tomar as suas decisões” (MULLER, 2016, p. 37).

Assim, em 2004, foi realizado um diagnóstico situacional em todo o território brasileiro afim de se identificar as experiências com as PIC que estavam presentes no SUS. O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, enviou aos 5.560 municípios, questões, como: a inserção dessas PIC no SUS; a capacidade instalada; a quantidade e perfil dos profissionais envolvidos e; a capacitação dos recursos humanos e a qualidade dos serviços. Contudo, apenas 1.342 gestores municipais devolveram o questionário enviado para a pesquisa, correspondendo apenas a 25% do total de municípios. Destes, 232 informaram desenvolver alguma PIC no sistema público de Saúde, em 26 estados da Federação e em 19 capitais, com a maioria das ações concentradas na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2015).

Entretanto, na prática, as PIC identificadas como as mais presentes nos serviços de Saúde por esse diagnóstico situacional, como é o caso do Reiki, não seria contemplada pela política. Esse censo seria usado como elemento para a justificativa das escolhas das PIC que entrariam ou não na composição do que viria a ser a PNPIC, o que, de certo modo, não aconteceu. Além disso, percebemos que essa pesquisa teve um baixo percentual de resposta para embasar a definição das PIC que deveriam entrar na política, podendo indicar um descompasso entre o que é apresentado no diagnóstico e o que realmente seria implementado pelos os serviços de Saúde, naquele dado momento (MULLER, 2016).

Mesmo assim, em 2005, foi submetida uma primeira proposta, com o título de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares, à avaliação pelas Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais

de Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, porém com a ressalva que não haveria recurso financeiro destinada à esta política. Ainda que diante desta ressalva, os seus formuladores entenderam que se tratava de um momento oportuno para a sua aprovação, sendo que a Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção à Saúde também estavam em discussão (SIMONI, 2014).

A falta de recursos financeiros para impulsionar a implantação e implementação pode ser o principal fator para que a PNPIC se tornasse menos sedutora aos governos municipais. O repasse da União, provavelmente, traria, pelo menos, a equidade na distribuição dessas PIC no território brasileiro. Sem esse financiamento, as ações ficam desiguais, com grande oferta em determinadas regiões e pouca ou nenhuma naquelas localidades que dependeria da esfera federal para que desse conta de atender o desenvolvimento dessas PIC (MULLER, 2016). Dessa forma, segundo Simoni (2014), com a total ausência de recurso financeiro indutor, faz com que a PNPIC aposte nas forças das PIC e na gestão local para trazer soluções às questões da Saúde da população.

Em dezembro de 2005, depois que o documento passou pela Comissão de Vigilância Sanitária e Fitofarmacoepidemiologia para avaliação e recomendações, a proposta foi submetida ao Conselho Nacional de Saúde. O debate na entidade resultou em importantes restrições no texto da política. A primeira, dizia respeito ao conteúdo relacionado à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, pois o Ministério da Saúde julgava que essa racionalidade médica pertencia à categoria médica. Dessa forma, o Conselho Nacional de Saúde barrou o caráter multiprofissional da Acupuntura no texto da política. A segunda, determinou a alteração do nome da política para PNPIC (SIMONI, 2014).

E a última modificação, foi a inclusão da Crenoterapia e Termalismo Social. Ao passo que, o relatório do grupo de pesquisa, que estudava o uso e conhecimento terapêutico das águas como benefício para a Saúde, era lançado no Conselho Nacional de Saúde. Esse grupo era composto por 11 Ministérios do governo federal para discutir as questões relacionadas às águas minerais, balneários e recursos hídricos do nosso país, em parceria com o setor produtivo. Por isso, essa PIC acabou sendo incorporada ao documento final da política (SIMONI, 2014). Isso reforça ainda mais a nossa ideia de que o resultado do diagnóstico situacional foi

desconsiderado, sendo que as experiências existentes e levantadas nesse estudo em questão, não indicava o Termalismo Social/Crenoterapia como as PIC mais desenvolvidas no SUS (MULLER, 2016).

Assim, em 2006, essas PIC foram regulamentadas pela PNPIC, através da portaria do Ministério da Saúde nº 971 (BRASIL, 2006b). Acreditamos que a sua promulgação foi um marco para alavancar a sua implantação e a implementação, contribuindo para a sua atuação na prevenção, promoção e recuperação da Saúde, componentes do modelo de atenção humanizado e centrado no indivíduo (MULLER, 2016). No entanto, consideramos que a participação da sociedade, nesse processo, foi muito discreta. Claramente, os interesses dos coletivos organizados profissionais foram mais atendidos com essa política, pois influenciaram desde a definição até a avaliação do problema por meio dos relatórios, levantamentos e recomendações, tendo um papel preponderante nesse processo político (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2015; MULLER, 2016). Com isso, considerando a extensão territorial e a diversidade cultural, a PNPIC deixou de abarcar uma maior variedade de PIC, que poderiam representar ainda mais a heterogeneidade brasileira. A Medicina Xamânica, de raiz indígena, poderia ter sido incluída para dar a essa política uma essência democrática e abrangente (MULLER, 2016).

No Equador e na Bolívia, diferentemente do Brasil, a integração entre a medicina tradicional e serviços de Saúde está mais desenvolvida, com o reconhecimento de médicos tradicionais e parteiras como profissionais das equipes, trazendo a tradição ancestral dos povos andinos, especialmente, à atenção obstétrica e às crianças. Esses países trazem para as suas políticas nacionais de Saúde, como elemento formal, a dimensão intercultural, reconhecendo a expressividade das práticas e saberes dos povos originários (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017; TEJERINA-SILVA, 2015).

Todavia, a PNPIC foi uma estratégia encontrada para colocar tudo que se diferenciava das práticas convencionais para trazer a legitimação social dessas PIC. O seu objetivo seria aproximar os serviços das necessidades de Saúde da população através de uma relação horizontal e dialógica entre eles. Além da incorporação de novos atores, saberes e práticas que desenvolvam, valorizem e legitimem essas ações na APS (FAVORETO, 2008), que é definida e caracterizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por:

um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da Saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da Saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de Saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de Saúde das coletividades. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011a, p. 19).

No entanto, predominam imprecisões quanto ao significado de APS, também por envolver abordagens em disputa. As imprecisões conceituais resultam das influências que incidiram sobre a APS ao longo do tempo (GIOVANELLA, 2018). Inicialmente, em 1920, a instituição de Seguro Nacional de Saúde da Grã-Bretanha, divulgou um “texto oficial”, conhecido como Relatório Dawson, o qual distinguia três níveis principais de serviços de Saúde em: centros primários, secundários e hospital-escola. Com esse documento, nasceu o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejado para atender aos diversos níveis de necessidade da população. Esse modelo forneceu a base para que muitos sistemas de Saúde no mundo fossem reorganizados, com definição clara para cada nível de complexidade de atenção à Saúde (STARFIELD, 2002).

Na Declaração de Alma-Ata, a concepção de APS contempla três itens substanciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema; indissociabilidade da Saúde do desenvolvimento econômico e social, reconhecendo-se os determinantes sociais e; participação social. Esse conceito cunhou o movimento de medicina social latino-americano como “atenção primária à Saúde integral” e corrobora com as diretrizes do SUS de garantia do direito à Saúde (GIOVANELLA, 2018).

Não obstante, na maior parte dos países da América do Sul, inclusive o Brasil, a implementação dos princípios da Declaração de Alma-Ata enfrenta importantes desafios originados na herança de modelos de APS focalizados com redução do papel do Estado, seletividade nos serviços e na escolha de seus usuários, do contexto de segmentação dos sistemas de Saúde e de profundas iniquidades sociais (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017). Dessa forma, esses países têm oferecido uma “seletiva” cesta de serviços “custo-efetivo” a camadas mais desfavorecidas da sociedade, fazendo da APS “uma medicina pobre para pobres” (GIOVANELLA, 2018; TESTA, 1992). Foi para se opor a essa concepção que o Brasil adotou a

denominação de “atenção básica à Saúde”. Porém, ainda assim, a APS corresponde a um determinado cardápio de “serviços básicos de Saúde” oferecidos à população (GIOVANELLA, 2018).

Starfield (2002) ainda traz a diferença entre *Atenção Primária* e *Atenção Primária à Saúde*. A primeira, denotaria a atenção médica primária convencional lutando para alcançar os objetivos da APS. A reorientação dos serviços de *Atenção Primária* em direção à resposta das necessidades, tanto das comunidades como dos indivíduos que buscam cuidado. “A atenção médica primária convencional se aproximará da visão de atenção primária à Saúde de Alma Ata e em direção a uma maior equidade” (p. 32).

Internacionalmente, também fazem essa distinção entre *Primary Health Care* (APS) equivalente a à concepção abrangente de Alma-Ata e *Primary Care* (Atenção Primária) para nominar os serviços de primeiro contato com atenção centrada em médicos generalistas, em países com sistemas universais de Saúde (RAMÍREZ *et al.*, 2011). Essa concepção de atenção de primeiro nível diferencia-se da atenção primária à Saúde seletiva, pois está, em geral, articulada a um sistema universal solidário. Ser a porta de entrada preferencial que garante atenção oportuna e resolutiva é componente imprescindível da APS integral (GIOVANELLA, 2018).

Devemos enumerar também os atributos propostos por Starfield (2002) que caracterizam a APS, sendo: (1) a **atenção ao primeiro contato** implica o uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema pelo qual as pessoas estão buscando atenção; (2) a **longitudinalidade** com a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, identificando a população eletiva que deveria receber o seu atendimento na unidade. Facilita o conhecimento mútuo e progressivo entre profissionais e população adstrita, e assim o trabalho interdisciplinar, a adequação cultural e social, auxiliada pelos Agentes Comunitários de Saúde; (3) a **integralidade** em que as unidades devem fazer com que os usuários recebam todos os serviços que necessita, mesmo que não se disponha dentro da APS. Articulando-se com a atenção especializada e hospitalar, assim como a equipe também deveria reconhecer os problemas de todos os tipos, sejam funcionais, orgânicos ou sociais e; (4) a **coordenação** que requer alguma forma de continuidade da atenção prestada, seja por meio dos profissionais, dos prontuários ou por ambos.

Além dessas particularidades, para que seja considerada uma APS de fato, requer um sistema de atenção organizado para enfatizar a justiça e a equidade social, auto responsabilidade e aceitação de um conceito amplo de Saúde. Deve focar o meio social e físico o qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de direcionar suas ações para a enfermidade individual. Com isso, sairíamos de uma conformação individualista para trazer novos arranjos tecnológicos como a intersetorialidade (AYRES, 2009a; STARFIELD, 2002). Em suma, o objetivo da APS era que se tornasse um serviço de procura regular, com ampliação das suas ações; comunicação e da troca de informações entre os serviços; comunicação direta entre generalistas e especialistas; diálogo clínico; prontuários compartilhados e elaboração de protocolos de referência com participação de profissionais da APS e atenção especializada (ALELUIA *et al.*, 2017).

Essa era a intenção do modelo de APS adotado pelo Brasil com o Programa da ESF. Trazendo a relação entre Saúde e os aspectos sociais, com resgate das articulações intersetoriais e entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens na cena da assistência; o retorno da discussão dos quadros de vulnerabilidade que levantam aspectos contextuais e institucionais como esfera de diagnóstico e intervenção, convocando à interação de diferentes disciplinas e áreas do conhecimento (AYRES, 2009a).

Essa APS conseguiu lidar com um conjunto de problemas de Saúde passíveis de resolução na sua abrangência, tendo a ESF como unidades básicas de Saúde e fonte usual de cuidado. Após a sua implantação, realizada na década de 1990, e a promulgação da PNAB, nas suas versões de 2006 e 2011, contribuiu para a redução da mortalidade infantil, mortalidade em menores de cinco anos e hospitalizações por causas sensíveis à Atenção Primária, para condições agudas e crônicas em diferentes grupos etários. Esses resultados se devem também por sua articulação com outras políticas públicas, trabalhando intersetorialmente, como o Programa Bolsa-Família, na redistribuição de renda aos mais pobres, e o Programa Mais Médico, com a chegada de assistência médica em localidades remotas e longínquas existentes no território brasileiro (MEDINA, 2018).

No entanto, vícios ideológicos fizeram da ESF, segundo Ayres (2009a, p. 18-19):

um rearranjo político-institucional de um mesmo sistema de Saúde ainda extremamente excludente do ponto de vista social, limitado em seus impactos tecnológicos e perverso na perspectiva econômica; podem fazer das propostas de promoção da Saúde uma nova forma de manter a atenção primária numa posição marginal à organização da assistência à Saúde e reiterar a equivocada compreensão de seu modo de ação como uma “tecnologia simplificada”; podem fazer da vulnerabilidade apenas um jargão da moda, obstaculizando a riqueza de relações que podem ser estabelecidas entre a epidemiologia, as ciências humanas e as ciências biomédicas para a construção de conceitos e estratégias preventivas mais ricas e eficazes.

Desse modo, a APS não conseguiu superar sua inserção periférica no sistema de Saúde brasileiro e efetivamente atuar como coordenadora do cuidado. A APS não tem condições objetivas materiais e simbólicas para operar como um centro de comunicação entre os vários níveis de atenção, deixando de cumprir o que lhe foi atribuída. Tanto que observamos longas trajetórias enfrentadas pelos usuários, em verdadeira peregrinação, na busca por cuidado, em face à essa completa desorganização e falta de acesso à retaguarda diagnóstica e terapêutica. Isso faz com que a APS não seja a principal fonte regular dessas pessoas, não fazendo esse primeiro contato na unidade, deixando de beneficiá-las, caso existisse um fluxo instituído e transparente, com garantia de acesso oportuno (ALELUIA *et al.*, 2017; GIOVANELLA, 2018).

No momento atual, os usuários não têm experimentado uma lógica democrática, ou seja, não vem sendo posicionados no centro do sistema de Saúde. Deixados à própria sorte, para contornar essa situação, o usuário adota todas as estratégias possíveis, manejando todos os artifícios que dispõe (econômico, social, político, cultural), fazendo uma gestão “solitária” do próprio cuidado (MEDINA, 2018).

Tal qual a PIC e a PNPIC, existem descompassos entre a formulação da PNAB e a sua implementação real na APS, que seria resultado de um processo centralizador e definidor de regras padronizadas, sem levar em conta a grande heterogeneidade e diversidade de municípios. As diferenças sociodemográficas e a estrutura da rede pública e privada de atenção à Saúde exigem serviços de APS diversificados que condizem com as reais necessidades loco-regionais. As políticas públicas ministeriais têm trazido uma lógica homogeneizadora em um cenário extremamente plural como o Brasil (GIOVANELLA, 2018). Nessa sequência, o processo de descentralização do sistema de Saúde não foi acompanhado por uma reforma

distributiva, nem de poder e nem de recursos. O nível de gestão estadual ficou estagnado e não promoveu o suporte técnico para realizar essa redistribuição administrativa, capaz de fazer florescer nas gestões municipais a necessária autonomia (MEDINA, 2018).

Esses problemas podem ser agravados ainda mais pela revisão da PNAB realizada em 2017. A contratação dos profissionais por 10 horas semanais (antes eram exigidas 40 horas por semana, com exceção do profissional médico, que poderia cumprir 20 horas) para as equipes da ESF podem comprometer a coordenação e a longitudinalidade. A sua cobertura também estaria ameaçada, haja vista que caberia ao gestor definir qual o modelo de APS adotaria em seu município, não sendo, necessariamente, a ESF. Isso poderia reduzir, consideravelmente, o número de Agentes Comunitários de Saúde, sendo que esses, muitas vezes, fazem a ponte entre a Unidade e os usuários do seu território de abrangência. Ademais, essa reformulação da PNAB, estabelece o fim da obrigatoriedade de 100% da cobertura do território (GIOVANELLA, 2018).

O repasse financeiro também está ameaçado com o fim do bloco de custeio (atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em Saúde e gestão do SUS), aparentemente, assegura uma ampla autonomia requerida pelos gestores. No entanto, mesmo que se argumentem que tal medida se trata apenas de uma agilização do fluxo financeiro, a APS pode ter seus recursos afetados por pressão dos serviços especializados e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, em geral com componente privado importante (GIOVANELLA, 2018).

E mesmo diante de tantos problemas, onde a atenção básica não tem conseguido se fazer uma atenção primária de Saúde integral, decidimos adotar nessa pesquisa o termo APS, pois, de acordo com Giovanella (2018, p. 4-5):

ao mesmo tempo em que a qualidade e a abrangência de nossa atenção básica/atenção primária à Saúde definem os rumos do SUS, os rumos do SUS são determinantes na abrangência de nossa atenção básica/atenção primária à Saúde. Certamente estão em disputa diferentes projetos para o SUS (...) mas não se expressam na oposição entre o uso dos termos atenção primária e atenção básica à Saúde. Ambos os termos podem alinhar-se a uma proposição de sistema público universal de qualidade.

Resolvemos trazer essas informações, pois a APS, segundo a PNPIIC, seria o principal local para a implantação e implementação das PIC. Por isso, as discussões aqui realizadas atêm-se a esse ambiente de serviços do SUS, apesar de que se pode estendê-las a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Tesser e Sousa (2012) destacam que a APS e as PIC convergem como críticas e respostas a problemas do modelo biomédico e ambas portam um caráter contra hegemônico. No caso da APS, ela deveria ser o eixo estruturante e a principal porta de entrada do SUS. Possuem conceitos de objeto, meio e fins de trabalho bastante similares, como: a centralização no indivíduo em seu contexto familiar e social, abordagem holística e valorização de saberes e práticas não biomédicas. Também há afinidades entre elas no relacionamento preconizado, como a dialogicidade e democratização das relações entre profissionais e usuários.

Mesmo assim, na APS a referência epistemológica básica continua sendo a biomedicina. No caso das PIC, se mantém como um recurso para certas situações, especialmente as que demandam menor complexidade “biológica”. Apesar da sua compatibilidade, esses fenômenos vêm sendo realizados de forma isolada, com poder restrito frente às forças hegemônicas no setor Saúde no Brasil (TESSER; SOUSA, 2012).

Entretanto, a inserção das PIC na APS tem o objetivo de promover a ampliação da clínica ao expandir o conhecimento técnico do profissional, aumentando as possibilidades terapêuticas (TESSER; BARROS, 2008). Além de propor o enriquecimento interpretativo, a articulação de saberes técnicos e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento dos problemas de Saúde (TESSER, 2009a). A APS lida com adoecimentos que não se enquadram em diagnósticos precisos e inconclusivos para a biomedicina, porém, com as PIC, podem tornar-se compreensíveis, admitindo tratamento apropriado e assertivo (TESSER; BARROS, 2008). Por isso, Cunha (2005) propõe a transformação da clínica tradicional por intermédio de outras contribuições teóricas e da síntese de outras racionalidades médicas, que parecem mais compatíveis com a APS, principalmente, por ter uma clientela adstrita e seguimento a longo prazo.

Ademais, as práticas de APS requerem grande complexidade, apesar da pouca densidade tecnológica. O conjunto de saberes e tecnologias manejados para atender às necessidades de Saúde da população é enorme e exige diversidade de

*expertise*. Tal perfil, distante de ser considerado como regra geral, encontra restrições e limites importantes ao exercício de práticas assistenciais mais afinadas com uma perspectiva inovadora e comprometida com sistema público, universal e de qualidade (MEDINA, 2018). Pensando nisso, discutiremos a seguir a formação e capacitação dos profissionais nas PIC, pois para ampliar o seu escopo e tornar a APS mais resolutiva e inserida na rede, é necessário avançar na qualificação profissional.

#### **4.2 A formação profissional nas PIC: uma necessidade**

Com o SUS, a educação dos trabalhadores da Saúde passa a ter mais relevância (LEMOS, 2010). A Constituição Cidadã, em seu artigo 200, estabelece que “ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da Saúde” (BRASIL, 1988). Atendendo a Carta Magna, a formação dos profissionais passa a ser uma atribuição do Ministério da Saúde. A Lei número 8080, de 19 de setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde, consta, no seu Artigo 27, que compete ao SUS “a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990).

Desse modo, esses apontamentos nas leis federais explicitam um consenso de que para a consolidação do sistema universal de Saúde brasileiro perpassa pelo setor Saúde intervir na elaboração do conteúdo da formação profissional, definindo e ampliando as consciências individuais dos trabalhadores quanto à concretização dos princípios do SUS (LEMOS, 2010). Em 1986, com a Conferência Nacional de Recursos Humanos, engendrou-se a ideia de que os profissionais do novo sistema de Saúde deveriam ser educados para desempenhar uma postura mais autônoma na gestão e organização do trabalho (BRASIL, 1986).

A formação profissional passou a ser reconhecida como fator essencial para o processo de consolidação do movimento sanitário (LEMOS, 2010). Ganha mais notoriedade diante da aprovação da PNPIC, que tem como diretriz o “desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS” (BRASIL, 2006a, p. 6). Tem como

intuito assegurar a sua implementação de forma segura e eficaz, levando-se em consideração os paradigmas que as fundamentam, com vistas para o cuidado na construção da integralidade da atenção à Saúde à população (DEUS, 2016). Reconhecidamente, a educação é considerada como um dos pontos mais críticos para a ampliação das PIC na APS (AZEVEDO; PELICIONI, 2011; BARROS; SIEGEL; OTANI, 2011; SOUSA *et al.*, 2012; TEIXEIRA, 2017; TESSER, 2009b; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

A importância do investimento na formação dos profissionais de Saúde desde a graduação, introduzindo o conhecimento associado às PIC, onde os currículos favoreçam a sua inclusão no exercício profissional e contribua de fato na realidade dos serviços, foi destacada em alguns estudos (CRUZ; SAMPAIO, 2012; JOOS; GLASSEN; MUSSELMANN, 2012; NEVES; PINHO; GONZÁLES, 2012; SANTOS; TESSER, 2012). Os próprios profissionais confirmam a sua colaboração para o tratamento, prevenção e promoção à Saúde. Contudo, apontam o pouco conhecimento sobre elas, insegurança no que concerne a sua indicação e consideram ser importante integrá-las às grades curriculares formais. No intuito de difundir esses diferentes saberes e tornar os futuros profissionais aptos em desenvolvê-las (CRUZ; SAMPAIO, 2012; JOOS; GLASSEN; MUSSELMANN, 2012; NEVES; SELLI; JUNGES, 2010; THIAGO; TESSER, 2011).

Notamos nas universidades a escassez de disciplinas direcionadas para as PIC e, quando se fazem presentes, são colocadas de modo facultativo, inexistentes na formação básica dos trabalhadores da Saúde (MORALES; MIN; TEIXEIRA, 2015; SANTOS *et al.*, 2009; SOUSA *et al.*, 2012). Azevedo e Pelicioni (2011) indicaram que o ensino das PIC constava no currículo de apenas 10% dos cursos públicos e privados de medicina disponíveis no Brasil. A falta de acesso a um componente regular de PIC no currículo universitário, tendo disponibilidade restrita a disciplinas optativas, que, apesar de representar um marco importante para a sua entrada na educação superior, ainda são insuficientes para possibilitar uma formação teórico-prática significativa (CARNEVALE *et al.*, 2017).

Carnevale *et al.* (2017) analisaram o conhecimento, interesse e experiência em Acupuntura de 458 estudantes do primeiro a sexto ano de um curso de medicina do Sudeste do Brasil, com aplicação de questionário fechado, contendo 17 questões. Concluíram que esses alunos tinham pouca ou nenhuma informação sobre essa

PIC. O estudo livre (autodidata) como meio de acesso foi o mais citado e verificaram um grande interesse dos participantes em aprendê-la. Esses estudantes eram favoráveis à introdução de uma disciplina no currículo da escola médica, mas de modo optativo. A Acupuntura está cada vez mais legitimada, é reconhecida como especialidade médica desde 1995 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, S/D) e muitas evidências e estudos científicos que comprovam sua eficácia e segurança o que podem explicar o interesse desses estudantes acerca dessa PIC.

Em um estudo quantitativo e transversal, composto por 176 médicos matriculados nos programas de residência da faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, descobriu que quase 50% era contra o ensino da Homeopatia na graduação. Para poder explicar o porquê dessa situação, um estudo qualitativo complementar foi realizado com 19 médicos residentes anteriormente pesquisados no estudo transversal. Os discursos de cinco entrevistados mostram uma relação com o desconhecimento. Os outros quatorze, demonstraram generalizações expressas por experiência pessoal, contrários a Homeopatia antes mesmo de conhecê-la ou estudá-la. Eram contra o uso desta PIC alegando a falta de evidência científica e justifica sua posição com base em sua própria experiência, no desinteresse e ideologia pessoal (FIUZA; BARROS, 2010).

Nesse contexto, a desinformação sobre os fundamentos homeopáticos e a conseqüente ampliação dos preconceitos em relação à esta racionalidade, também foram encontradas por Galhardi e Barros (2008), em sua pesquisa qualitativa com discentes, professores e preceptores do primeiro curso de especialização em Homeopatia vinculado a uma instituição de ensino superior. Esse desconhecimento dos profissionais de Saúde sobre as PIC pode ser o motivo para adoção de conceitos equivocados, resultando em dificuldades na relação médico-paciente e com os profissionais adeptos dessas PIC (SALLES, 2008). As representações de 53 acadêmicos dos cursos de medicina, farmácia e odontologia foram identificadas por Lock-Neckel, Carmignan e Crepaldi (2010) no tocante à Homeopatia, indicando para a mesma direção, apontando o conhecimento superficial desses estudantes acerca desta PIC.

Esses dados encontrados na literatura desvelam um cenário desfavorável, com pouca ou nenhuma reflexão sobre a temática em sala de aula. A imposição das

estruturas acadêmicas limita o processo educacional, impossibilitando aos estudantes outras vivências em conjunto com movimentos sociais e comunitários da área da Saúde (DALMOLIN; HEIDEMANN, 2017). Salles, Homo e Silva (2014) reforçam diferentes motivos para a invisibilidade das PIC nos currículos de formação dos cursos da Saúde, como a cultura extremamente científica e biomédica e o corporativismo profissional. Ainda seguindo uma lógica *flexneriana*, pautada em conteúdos isolados e fragmentados, com enfoque na atenção individual e na porção que cabe à cada subespecialidade, a base curricular dos cursos de graduação impossibilita um ambiente para o desenvolvimento de pensamentos críticos e reflexivos dos alunos. Decompõe o ensino teórico do prático, culminado em uma formação voltada para assistência médica hospitalar, sendo impeditiva e pouco receptiva às PIC (FREITAG *et al.*, 2014; SCHVEITER, 2010; SOUZA; LUZ, 2009; ZOBOLI, 2004).

Os processos educacionais têm se concentrado no setor privado, no formato de pós-graduações *lato sensu*, cujos programas perfazem uma carga horária de 1200 horas/aula, habilitando os profissionais para a execução das PIC e para realização de provas de concessão de títulos de especialistas junto aos conselhos de classe (TEIXEIRA; LIN, 2013). Dessa forma, essas formações específicas em PIC, não atendem os anseios do SUS ou a APS como local relevante para sua implementação. Replicando modelos de formação, com impacto imediato na produção de cuidado e adequados à realidade dos atendimentos privados (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

No cenário internacional, os conteúdos abrangendo as PIC estavam presentes em mais 80% das escolas médicas no Canadá, sendo Acupuntura e Homeopatia as mais difundidas; por volta de 40% da educação médica superior na União Europeia; em 64% das faculdades de medicina nos EUA pesquisadas; e em 20% nas escolas médicas japonesas (TEIXEIRA; LIN; MARTINS, 2004). Essas pesquisas podem motivar várias maneiras de se colocar esse tema no ensino graduado e a grande importância disso, garantindo um conhecimento básico sobre estas PIC (FEITOSA *et al.*, 2016).

No Brasil, a baixa capacitação profissional pode ser facilmente encontrada na literatura. Habimorad (2015) propôs caracterizar as produções científicas sobre as PIC antes e após a implantação da PNPIC, destacando as fragilidades,

potencialidades e perspectivas apontadas pelas pesquisas em relação a esse processo. Realizou uma revisão integrativa, considerando o período entre 2000 e 2013. Incluiu 35 artigos encontrados na base de dados do Sistema *Online* de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e da *Elsevier*. Os dados foram analisados de forma quali-quantitativa, permitindo o surgimento da categoria temática que indica a necessidade de formação profissional em PIC.

Concordando com os achados da revisão integrativa de Dalmolin e Heidemann (2017). Da sua busca no COCHRANE e SCIELO, emergiram 25 artigos, no recorte temporal entre 2005 a 2014, sendo quatro estudos analisados e discutidos, chegando-se a três categorias de análise. Uma delas destaca a necessidade de se pensar nos modelos e prioridades de ensino para a formação nas PIC.

Spadacio *et al.* (2010) reafirmam esses resultados através de uma revisão sistemática de pesquisas qualitativas sobre Medicinas Alternativas e Complementares publicadas em periódicos internacionais, orientada pela metodologia dos metaestudos. Fizeram a busca em revistas do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior, onde selecionaram 32 artigos, publicados no período de 1997-2008. Dentre as questões em foco, as pesquisas revisadas sinalizam para “o profissional, as relações profissionais e o processo de profissionalização das Medicinas Alternativas e Complementares” devendo melhorar a qualidade dos seus programas educacionais para elevar a qualidades das PIC para deixar os grupos profissionais que as realizam mais coeso.

Thiago e Tesser (2011) realizaram um estudo, na cidade de Florianópolis, em Santa Catarina, com médicos e enfermeiros de 46 Unidades de Saúde da Família, cujo objetivo era identificar as suas percepções sobre terapias complementares. Dos entrevistados, apenas 12,4% tinham especialização em Acupuntura ou Homeopatia.

No estudo de Oliveira *et al.* (2012) com profissionais de cinco Unidades Básicas de Saúde de Pelotas, no Rio Grande do Sul, quando perguntados sobre a utilização de plantas medicinais, mostrou que aproximadamente 80% dos pesquisados não obtiveram qualquer informação sobre o tema obtida durante a sua formação acadêmica. A maioria (83%) disseram não ter tido a oportunidade de discutir essa PIC com seus professores ou mentores. Esses dados colaboram com a pesquisa de

caráter qualitativo de Cruz e Sampaio (2012) em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, onde nenhum profissional afirmou ter participado de cursos, capacitações ou palestras sobre as PIC.

Gonçalves *et al.* (2008), revelaram que dos 56 participantes, trabalhadores da rede básica de Saúde da cidade de Juiz de Fora, em Minas Gerais, cerca de 90% não cursou disciplinas relacionadas às PIC durante a graduação. Destes, 40% obtiveram informações de modo informal, recorrendo às fontes midiáticas e popular. Concordando com os resultados de Cruz e Sampaio (2012), uma vez que seus entrevistados relatam ter os meios de comunicação (televisão e revista), o contato com os vizinhos e pessoas do seu círculo familiar como as principais fontes de conhecimento em torno das PIC.

Sampaio *et al.* (2013) analisaram as percepções de enfermeiros sobre a fitoterapia e se dispunham de formação acerca da temática, concluindo que, dos quinze participantes, apenas quatro tinham participado de alguma qualificação. Dez entrevistados disseram conhecer o campo da fitoterapia por intermédio das publicações do Ministério da Saúde, com a constituição do programa Farmácia Viva, no final da década de 1990.

A assimilação das PIC requer uma outra postura profissional, reconfigurando a finalidade dos processos de trabalho nos serviços de Saúde. Com a mudança dos modelos de formação profissional mediante um compromisso social. Levando em conta os ideários do SUS e Saúde Coletiva, principalmente nas capacitações para atuar na APS. Dessa maneira:

A educação de médicos, praticantes convencionais, em relação à MAC (Medicina Alternativa e Complementar), está em sua infância, e muito trabalho é necessário antes que a MAC possa ser incluída como um elemento significativo e útil no ensino de graduação em medicina. Em um contexto de Saúde cada vez mais plural, estudantes de medicina e seus praticantes precisam receber a base de conhecimento necessária que lhes permita dialogar com pacientes sobre a MAC (BROOM; ADAMS, 2013, p. 150-151).

Então, não podemos descartar o fato de que faltam profissionais preparados para o desenvolvimento das ações envolvendo as PIC, sendo imprescindível que os usuários tenham um profissional capaz de atender essa demanda (FONTANELLA *et*

*al.*, 2007). A inexistência de abordagem sobre o uso de terapêuticas não convencionais de conhecimento popular sem orientação adequada, segundo a OMS (2004), pode incorrer no manuseio incorreto, associadas à superdosagem medicamentosa, ervas impróprias para o consumo, no caso da Fitoterapia, e erros de prescrições, podem trazer riscos aos usuários. Não obstante, a utilização de alguns medicamentos alopáticos juntamente com as PIC pode modificar o metabolismo, proporcionando interações medicamentosas ou citotoxicidade, o que demonstra a necessidade de profissionais habilitados para que possam reconhecer, intervir e evitar essas ocorrências (DEUS, 2016).

Castro *et al.* (2012) ressaltam que 70% dos diabéticos do tipo II, pacientes do ambulatório de diabetes melito, hipertensão e obesidade da Universidade Estadual de Campinas, faziam uso de PIC simultaneamente ao tratamento convencional (insulina e antidiabéticos orais). Não eram constatados a prescrição e o controle destas práticas pelas equipes de Saúde. Resultados semelhantes são encontrados no estudo de Chehuen Neto *et al.* (2010), no qual quase 65% de um total de 495 usuários entrevistados em relação ao que compreendem sobre as PIC, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, relatam que nos seus atendimentos o médico não os questionavam se faziam o consumo de alguma PIC ou não.

Diante desse quadro, a baixa supervisão profissional para a administração dessas PIC por usuários do SUS são acompanhadas de uma significativa utilização pessoal pelos profissionais. Independentemente da falta de evidências científicas, o seu uso tem um valor prático em suas vidas (HABIMORAD, 2015). Por sua tradição familiar, as plantas medicinais são continuamente usadas pelos profissionais quando apresentam algum sinal e sintoma patológico (CRUZ; SAMPAIO, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012). A aplicação atual ou pregressa de Acupuntura também foi relatada (GONÇALVES *et al.*, 2008), assim como a Homeopatia (PARANAGUÁ *et al.*, 2009; THIAGO; TESSER, 2011).

Os participantes do estudo de Ischkanian e Pelicioni (2012) admitem confiar nos resultados terapêuticos das PIC na melhoria da sua Saúde. Declararam ser possível, apesar das dificuldades, conciliá-las à medicina ocidental no cotidiano do seu trabalho. Dessa forma, a experiência pessoal incentiva os profissionais a se capacitar na PIC. Thiago e Tesser (2011) mostraram estatisticamente que o emprego da Homeopatia e Acupuntura dos profissionais de Saúde em si próprios

estava diretamente ligada ao interesse pela formação nessas PIC, mencionada por 60% dos pesquisados.

Nesse contexto, mesmo com a promulgação e atualização da PNPIC e dos indicativos das fragilidades da formação e capacitação nas PIC, a oferta de cursos em concordância com os preceitos da Saúde Coletiva é incipiente (HABIMORAD, 2015). Entretanto, citamos algumas experiências que vêm ajudando a mudar esse cenário no Brasil. No âmbito acadêmico, a faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, inseriu na reformulação da sua grade curricular a disciplina de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (SALLES; HOMO; SILVA, 2014).

A implantação dos cursos em Saúde Coletiva, na Universidade de São Paulo e da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sugere a incorporação das PIC em seus currículos, visando sua abordagem no contexto do SUS (AZEVEDO; PELICIONI, 2011). Teixeira e Lin (2013) mencionaram a existência de nove programas de residência restritas à categoria médica direcionada para a Acupuntura e em apenas uma instituição disponibilizava para a área de Homeopatia, com duração de dois anos.

Nascimento *et al.* (2013) demonstraram que, no Rio de Janeiro, em 2014, 46 disciplinas estavam incluídas em cursos de graduação da Saúde em seis universidades públicas. Estavam concentradas nas faculdades de Medicina, Farmácia e Enfermagem, sendo Homeopatia, Meditação e Práticas Corporais as PIC mais frequentes. Outros cinco projetos de extensão, três cursos de especialização (dois em Homeopatia e um em Acupuntura) e duas ligas acadêmicas também foram identificadas nesses locais. O perfil das disciplinas era informativo e o que mais predominava no seu conteúdo era as diferenças paradigmáticas dando quase nenhuma atenção para a integração das PIC no cuidado. O que pode acarretar, segundo Tesser, Sousa e Nascimento (2018), na dificuldade em complementar distintos saberes e práticas na perspectiva da integralidade.

Azevedo e Pelicioni (2011) mapearam iniciativas educacionais brasileiras nas PIC para os trabalhadores da Saúde. Admitindo que mesmo com a oferta de capacitações com vínculo institucional, não tem permitido atender as insuficiências formativas. Delimitadas à visão biomédica e direcionada para a patologia, desfavorecem a promoção à Saúde e o cuidado integral emancipador no campo da

Saúde Coletiva, bem como a valorização dos saberes populares e tradicionais, ajustadas às características ambientais e culturais dos territórios.

No tocante à formação em serviço, dadas por iniciativas institucionais, encontramos a experiência de São Paulo. Em 2010, propiciou uma especialização para médicos da rede municipal e da ESF em Homeopatia com ênfase em Saúde Pública e oferta cursos de aprimoramento médico em prescrição de Fitoterapia (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Florianópolis tem se destacado no cenário da formação nas PIC (HABIMORAD, 2015), por meio de cursos introdutórios ofertados aos profissionais da ESF em Plantas Medicinais, Auriculoterapia, Práticas Corporais e Automassagem Chinesa, dentre outros, conveniados com a universidade e profissionais com *expertise* do município (SANTOS; TESSER, 2012), incluindo um curso de Acupuntura para médicos da APS (BOTELHO *et al.*, 2017).

Visando ampliar o acesso da população goianiense às PIC, em 2018, foi ofertado pela SMS de Goiânia, uma capacitação em Auriculoterapia. As aulas foram realizadas na Escola Municipal de Saúde Pública. O curso era dividido em quatro módulos. O curso era multiprofissional e voltado para profissionais de Saúde de nível superior lotados nas equipes de APS. Ao todo, 35 técnicos da rede participaram desta capacitação (FERREIRA, 2018).

O Ministério da Saúde tem oferecido cursos à distância sobre PIC por meio eletrônico via o Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS). A maioria com abordagem introdutória, um estímulo para os profissionais da rede pública de Saúde que têm algum interesse no tema, como o curso nacional de Gestão em Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2017b). Foi realizado, em 2016 e 2017, um curso semipresencial de Auriculoterapia para profissionais de nível superior da APS, com financiamento do governo federal, com carga horária de 75 horas *online* e 5 horas presenciais, realizadas em 21 capitais brasileiras, contando com a participação de mais de quatro mil profissionais (BOTELHO *et al.*, 2017).

Essas iniciativas ainda não foram pesquisadas de forma aprofundada, no entanto, essas capacitações tendem a ter resultados acanhados por acontecerem em grandes centros urbanos (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Mas também podem ter um papel primordial frente a inabilidade significativa e ao interesse dos trabalhadores em serviço na APS em relação à PIC (GONTIJO; NUNES, 2017; TESSER, 2009b). Essas estratégias educacionais à distância ou semipresencial,

ações tímidas e embrionárias, devem ser tratadas com cautela. Devendo-se avaliar e acompanhar sua implantação e o resultado nas práticas profissionais na APS. Podendo ser indutora para o incentivo financeiro federal para que mais municípios participem dessas operações objetivando a educação nas PIC (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Todavia, o estudo de Nunes *et al.* (2017), de natureza qualitativa, analisou as trajetórias de formação e atuação de oito acupunturistas. Possuíam graduação em fisioterapia, enfermagem e medicina, os quais responderam às questões por meio de entrevista aplicada de forma semiestruturada, resultando em três categorias de análise. Uma delas era intitulada “adentrando no universo da Acupuntura” em que esses profissionais consideram a formação e a sua prática complexa, fazendo críticas aos cursos de curta duração, pejorativamente chamados de “cursos de fins de semana”. Enfocando técnicas descontextualizadas, acreditando que o ideal seria de que a formação fosse em Medicina Tradicional Chinesa, com ampliação da sua carga horária. Essa complexidade, não só da Acupuntura, mas das PIC em si, requerem um entendimento tal, que em um curto período de tempo, pode resultar em formações insuficientes para execução de uma boa prática.

Tendo em consideração as ações em Educação Permanente, a qual se centra na educação para o trabalho e na problematização com vistas à qualidade na Saúde, “onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2007), potencializam a formação continuada, mas não a substituem (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). O relatório de Gestão da Coordenação Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (RODRIGUES *et al.*, 2011) pontua a utilização imprescindível dos recursos do Ministério da Saúde, viabilizadas pela Política de Educação em Saúde, mencionando: o Programa Nacional de TeleSaúde, o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET Saúde) como práticas de cuidado na formação profissional que podem melhorar o relacionamento com os usuários e tornar os serviços mais resolutivos.

Possibilitar essas vivências aos estudantes em parcerias com organizações comunitárias e movimentos sociais da área da Saúde atrairia para a formação os princípios do diálogo, do respeito à pluralidade e da valorização dos sujeitos coletivos. Através de metodologias que favoreçam a aproximação entre os indivíduos, proporcionando socializações horizontais e liberdade de expressão

(MICHELIN *et al.*, 2015; SALLES; HOMO; SILVA, 2014). Para trabalhar na APS de acordo com as concepções ampliadas de Saúde e cuidado dos profissionais em relação às PIC, é preciso readequar os conteúdos do ensino da graduação e também da educação continuada nos serviços. Para isso, essas formações devem promover a corresponsabilização, a individualização do cuidado e do trabalho em equipe (SCHVEITZER, 2015).

Porquanto, a medida em que percebemos uma APS cada vez mais setorializada, aproximando-se das ações protocolares comuns à Atenção Secundária e Terciária, torna a exigência deste tipo de profissional pouco atrativa para atender os anseios gerenciais impostos para garantir o “bom” funcionamento dos serviços de Saúde (HABIMORAD, 2015). Somado a isso, Mattos (2001) acredita que a Medicina Integral não se firmou no Brasil por não ter sido desenvolvida de modo institucionalizada e se conformou aos moldes da Medicina Preventiva. Diferindo-se do que ocorreu nas escolas médicas norte-americanas, onde esse movimento participou intimamente na reforma dos seus currículos.

Ressalta ainda que essa proximidade com o Preventivismo, o eixo de formação da Medicina Integral, habitualmente assentado na crítica à educação médica, se reconfigurou. Persistindo o modelo cartesiano e o reducionismo assistencial na atenção à Saúde de maneira ampliada. O pensamento contra hegemônico à medicina tipicamente liberal, ao crescente assalariamento dos médicos ou ao complexo farmacêutico industrial, perdeu espaço. Deixando-se a discussão sobre a integralidade em privilegiar a relação curador-doente, para reafirmar os sentidos relacionados à estruturação dos serviços, das políticas e programas especiais (MATTOS, 2001).

Este autor (MATTOS, 2001) também diz que haviam pressupostos de que a biomedicina não estava intrinsecamente contrária à integralidade. Acreditavam-se que a reforma do currículo era o bastante para garantir uma prática integral, estando seus alunos submissos ao modelo biomédico instaurado. Com isso, acarretou em uma estagnação do debate nas escolas médicas em relação à atenção integral compreendida como uma boa prática médica.

Mesmo as PIC reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, historicamente corporativa, como é o caso da Acupuntura, não estão presentes nos currículos médicos. As recomendações de reformulação do currículo nas Diretrizes

Curriculares Nacionais também não foram suficientes para encontrar o ensino das PIC na formação médica. Essa ausência seria justificada pela “Sociologia das Ausências” de Santos (2008), que traz a ideia de que a racionalidade subjacente ao pensamento ortopédico ocidental é negligente, que não admite outro saber diferente do dominante, desclassificando-o, levando ao máximo a ignorância a respeito dele. Resultando, então, no *fascismo epistemológico*, com a aniquilação desse saber para ratificar o autoritarismo do conhecimento hegemônico.

Luz (2005) completa esse debate de “ausência” esclarecendo que a cultura médica é notoriamente naturalizada e o modelo biomédico se reafirma como única detentora da racionalidade, assimilada como cultura científica. Ainda que existam outros sistemas médicos complexos que tenham concepções de fisiologia e fisiopatologia estabelecidas, com lógica diagnóstica e terapêutica, com modelos teóricos estruturados, são desconsiderados pela medicina contemporânea ocidental (CARNEVALE *et al.*, 2017).

No entanto, o *lócus* que uma determinada concepção de conhecimento ocupa entre os pensadores de uma determinada sociedade não é estabelecida por evidências científicas (FEYERABEND, 2010; TESSER; LUZ, 2008). Ele consiste dos acordos consensuais que se produzem, fundamentalmente, atendendo a relações de poder abarcando valores, interesses e prioridades, proclamando vitoriosos e perdedores, em determinado período do tempo histórico, incluindo não só intelectuais, mas indivíduos com representação social, política e econômica. A hegemonia da ciência moderna não é inata, mas dependente da sua capacidade, enquanto método de investigação da realidade, de atender interesses valorizados no presente. Como é o caso da indústria farmacêutica, das tecnologias terapêuticas e diagnósticas, geralmente, de alto valor aquisitivo (TESSER; LUZ, 2008; WENCESLAU; ROHR; TESSER, 2014).

A predominância da ciência e de um determinado modo de se fazê-la como base da medicina moderna ocidental, são passíveis de questionamento, uma vez que a sua supremacia é sustentada pelas estruturas de poder (TESSER; LUZ, 2008). Wenceslau, Rohr e Tesser (2014) indicam que esta crítica abre espaço para pensarmos de que maneira outros métodos que se colocam como científicos, ainda que se não detenham reconhecimento perante o *status quo* da tecnociência, poderiam integrar a educação médica, especialmente na perspectiva da

integralidade. Uma delas seria a interdisciplinaridade, com percepções do processo Saúde-doença sob a ótica de diversos dispositivos de conhecimento, das ciências humanas, sociais e da Saúde, que justapostas construam um quadro o mais integral possível daquela situação (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JÚNIOR, 2006).

A *ecologia dos saberes* também poderia ser uma tentativa em dirimir ao máximo a relação díspar entre saberes. De modo que a supremacia de um saber específico deixa de ser estabelecida pelo seu grau de institucionalização e profissionalização desse conhecimento para passar a ser definida por sua contribuição teórica e prática para uma dada atividade. O objetivo dessa descentralização do saber é promover práticas sociais horizontais, com trocas de conhecimento. Desse modo, ora a ciência será determinante para certas práticas, ora será irrelevante ou contraproducente (BARROS; SIEGEL; OTANI, 2011; CARNEVALE *et al.*, 2017).

Além disso, o ensino de uma racionalidade médica alternativa e complementar sugere que os estudantes consigam integralizar, ao seu modo de entender o conhecimento e a ciência, outras visões de mundo. Reconhecendo suas virtudes e limitações, sendo menos dualistas e reducionistas do ponto de vista moral, em comparação com os alunos que se mantêm submissos a apenas uma base epistemológica. Em que estes tendem a ser menos acessíveis e encontram problemas nas suas relações interpessoais com colegas e professores (MARCHAND, 2008). Portanto, a PIC mostra o seu potencial em descortinar as formas holísticas e complexas marginalizadas pelos modos de se fazer medicina. É sabido da solidez política e econômica de que goza a hegemonia do modelo biomédico, e não seria oportuno defender que outras racionalidades médicas, ao se somarem a ele, detenham o posto de uma nova hegemonia integrativa (WENCESLAU; ROHR; TESSER, 2014).

A força da alteridade trazida por um outro saber-fazer, se encontram na brecha deixada pelo modelo biomédico, reconhecendo-se a insuficiência de um modelo de formação mecanicista, limitando-se as informações quantificáveis e controláveis. Com essa lacuna, originada pela cisão das ciências naturais e humanas, abre espaço para a pluralidade epistemológica, na reconstrução do olhar holístico como base cognitiva da formação dos profissionais de Saúde (LAMPERT, 2004).

Mesmo assim, para que isso aconteça, as PIC necessitam passar pelo o crivo dos estudos quantitativos, clínicos e randomizados, considerados o melhor modo pela

biomedicina para se provar que são “de verdade”. Para serem aceitas pela tecnociência e ensinadas nas escolas superiores da Saúde (CRISTENSEN; BARROS, 2010). Entretanto, se isso de fato acontecesse, a formação acadêmica ganharia mais um modo de saber e fazer para vencer os estados patológicos que as pessoas se encontram, desconfigurando a centralidade do “ser”, em resgatar a “harmonia” do usuário que está desmantelada. Isso demonstra ser não só mais um problema a ser enfrentado com as PIC, mas na educação dos trabalhadores para a Saúde de um modo geral. Pois o ensino universitário tem mostrado um cenário pouco propício para discutir a produção de Saúde (salutogênese) concentrando-se nas ciências das doenças.

Além disso, pode-se afirmar que o ensino das PIC na educação superior é instigado pela necessidade de mais informações sobre o seu uso adequado e seguro; sua regulamentação no tocante ao exercício profissional e formação; e o registro dos produtos utilizados, atendendo o interesse da população e das categorias profissionais do campo da Saúde (CRISTENSEN; BARROS, 2010).

Por conseguinte, Rocha *et al.* (2015) exploraram, a partir dos relatos de vida de dez acupunturistas, que participaram da luta pela regulamentação da Acupuntura no Brasil. Utilizaram como método a História Oral de Vida, por ser capaz de revelar diferentes maneiras de perceber, sentir, atuar na realidade cotidiana dos participantes, por meio de entrevista aberta, tendo como proposta central a dimensão das experiências humanas envolvidas nesta trajetória de lutas e desafios. As informações contidas nas narrativas levantaram os aspectos políticos, corporativos e de âmbito cultural que permeiam a formação e o exercício profissional desta PIC. Elucidaram que, desde a criação dos grupos profissionais organizados, entre as décadas de 1980 e 1990, surgiu a concepção de que a Acupuntura deveria ser uma prática exclusiva aos médicos. Um dos colaboradores da pesquisa salienta que um profissional que não tivesse uma qualificação mínima em Saúde, não responderia por seus atos em nenhum conselho de classe, pois existiam chineses e seus descendentes que trouxeram e aprenderam a prática no país a qual foi originada e a aplicavam sem ter alguma formação acadêmica. Ainda havia a presença maciça da categoria médica nesse processo de institucionalização da Acupuntura, mesmo que, naquele contexto, não existisse o reconhecimento desta

PIC pelo Conselho Federal de Medicina, por acreditar que ela não tinha relação com o ensino médico.

Ainda hoje, não temos uma regulamentação que restrinja a Acupuntura somente aos profissionais médicos. Os argumentos utilizados pelos representantes da classe médica para o risco da multiprofissionalização são de que para implementá-la, seria necessário o diagnóstico clínico, assim como a inserção e a manipulação da agulha de Acupuntura, caracterizada como um procedimento invasivo, que são responsabilidades exclusivas dos médicos. Outro ponto levantado foi o longo período formativo da medicina por oferecer a este profissional a experiência, o aprendizado e um contato contínuo com a prática. Por isso, também são contrários aos cursos de especialização aos profissionais não médicos (ROCHA *et al.*, 2015).

Contudo, é notável a diferença da filosofia da medicina científica ocidental e da Medicina Tradicional Chinesa, sobretudo, no diagnóstico, sendo o da Acupuntura mais sutil, investigando a fundo o estado emocional e a vida das pessoas. Então, o seu diagnóstico não dependeria do profissional médico para que a Acupuntura fosse realizada (ROCHA *et al.*, 2015). Além disso, torna-se importante destacar que a “oferta de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde é estimulada para ampliar a integralidade da atenção e o acesso às mesmas, mas é um desafio incorporá-las aos serviços” (SANTOS; TESSER, 2012, p. 3011). Sendo que o número de profissionais capacitados é insuficiente e delimitá-las à determinada especialidade profissional seria ainda mais trabalhosa, permanecendo cerceadas aos atendimentos privados.

Em decorrência dessa situação, os representantes das demais categorias estão, frequentemente, buscando a legalidade da execução da Acupuntura para que não a reduza à uma subespecialidade médica (ROCHA *et al.*, 2015). Sem dúvidas, a regulamentação do exercício das PIC é importante, mas, nos questionamentos se não ficariam restritas apenas a profissionais com formação superior, aja vista que temos indivíduos sem qualquer formação realizando-as, mesmo em racionalidades médicas oficialmente incluídas no sistema universal de Saúde.

Tesser (2017) nos esclarece que as interpretações dos adoecimentos e suas terapêuticas nessas racionalidades médicas são completamente distintas das biomédicas. Seu aprendizado e exercício compreende longa iniciação e relativa especialização, com a existência de círculos especializados de praticantes e

produtores/reprodutores de saber, implicando em imersão nas perspectivas, valores, técnicas, nas habilidades preceptivas e cognitivas e nas cosmovisões particulares das PIC. Desse modo, os profissionais de Saúde devem ser considerados membros iniciados nos substratos especializados da racionalidade médica contemporânea ocidental, por ser influenciados pelos saberes vigentes na sociedade em que vivem.

Portanto, partindo desse pressuposto de que a Acupuntura, assim como outras PIC, apresenta seu próprio modelo diagnóstico e terapêutico, fica complicado pensar seu exercício como exclusiva de uma ou outra categoria da área da Saúde. Logo, a possível legislação regulamentadora deveria proteger a população de profissionais incapazes de executá-las. Desta forma, não se trataria de promulgação de portarias e decretos dando mais poderes à categoria médica com mais um procedimento sob sua tutela. Mas, sim, que atenda às necessidades dos usuários e dos acupunturistas, ou das PIC de um modo geral, que dominam o seu saber e o fazer (ROCHA *et al.*, 2015).

Nesta perspectiva, superar a negatividade da relação entre o trabalho e a educação profissional para tentar reverter o modelo tradicional biomédico, elitizado, mercantilizado, corporativista e voltado principalmente para o atendimento das doenças nas academias/serviços não é tarefa fácil (LEMOS, 2010). Podemos perceber processos formativos bastante insuficientes, da graduação a pós-graduação, tornando-se importante identificar e analisar a trajetória da educação nas PIC dos profissionais que integram as equipes do SUS (NUNES *et al.*, 2017).

Após esse breve panorama de como se encontra os processos de formação, vamos trazer como as PIC estão se configurando nos serviços de Saúde, dada a sua invisibilidade na educação dos profissionais de Saúde.

#### **4.3 O desafio da organização das PIC nos serviços de Saúde**

Observamos, ainda hoje, que as PIC no SUS são pouco valorizadas institucionalmente, mesmo que tenha havido algum crescimento após a PNPIC, em 2006 (TESSER; SOUSA, 2012). O uso das PIC, uma realidade cada vez mais presente nos serviços de Saúde, apresenta grandes desafios para sua institucionalização. Embora exista uma política pública que determine a utilização das PIC, percebemos algumas limitações e desafios que têm impedido que a sua

implantação ocorra de modo efetivo e uniforme (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012). Isso pode ser confirmado pelo último informe do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c). Em 2016, a oferta de PIC situava-se em 9470 estabelecimentos de Saúde, a maioria era pública e de administração municipal (APS), localizados em 56% (3097) dos municípios. A maior porção estava nas capitais e nas regiões Sul e Nordeste e essa oferta estava concentrada em, aproximadamente, 65% nos Centros e Unidades da ESF.

Esses dados ministeriais revelam que foram contabilizadas 2.427.919 ações em PIC, o que representa 2.203.661 atividades individuais, ou seja, corresponde a 1,069 atendimentos por 100.000 habitantes, sendo que na faixa etária superior a 15 anos, a maioria era do sexo feminino. No que diz respeito às ações coletivas, compreendendo a Fitoterapia, Práticas Corporais e Mentais, foram realizadas 224.528 atividades (BRASIL, 2017c). Nesse período, podemos observar que as Práticas Corporais (56%), a Acupuntura (20%) e a Fitoterapia (6%) eram as PIC mais ofertadas (BRASIL, 2017c).

Poucas informações estão disponibilizadas em relação ao perfil dos profissionais que as utilizam. Isso se deve pela maioria delas ser executada por profissionais da ESF, sem registro específico ou vínculo formal nas PIC (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). O que se sabe até o momento, por meio dos dados do Ministério da Saúde (BRASIL, S/D), o número irrisório de trabalhadores da Saúde com registro específico em PIC no Brasil (4.104), com predomínio dos acupunturistas, sendo 38% médicos e 19% fisioterapeutas, e homeopatas (31%).

Sousa *et al.* (2012) demonstraram pouca alteração desse perfil no seu estudo, reafirmando a iniciativa dos profissionais da APS que não tinham registro específico, era quem realizam essas ações. Ressaltando que cada vez que um profissional desenvolve uma PIC e faz o seu registro nas bases de dados oficiais do sistema de Saúde, o respectivo município aparece como ofertando aquela PIC, dando a impressão de que a sua implantação e implementação está presente ali. Tesser, Sousa e Nascimento (2018, p.7) faz uma crítica bastante pertinente nesse sentido, dizendo que “isso não é uma mentira completa, pois um profissional de fato registrou a prática, mas é uma falácia relativa estender essa prática individual de um profissional ao município todo. Se ele pratica mais de uma PIC, isso é creditado também ao município”.

As discrepâncias ficam pronunciadas quando comparamos os dados do Ministério da Saúde com o estudo de Sousa *et al.* (2012) que realizou um inquérito telefônico com todos os gestores municipais de Saúde do Brasil. Os autores obtiveram resposta de 1617, e identificando que, destes, apenas 365 cidades ofertavam alguma PIC nos serviços públicos de Saúde, entre 2015 e 2016. Tesser, Sousa e Nascimento (2018) explicam que essa disparidade seria consequência da realização das PIC sem apoio ou ciência dos gestores, sem institucionalização significativa da oferta.

A inconsistência das fontes de informações é outro ponto delicado para a oferta das PIC. A fragilidade desses dados pouco representa o seu estado de implantação e desenvolvimento no país, especialmente, os encontrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), podendo gerar variações quando comparamos a sua distribuição e oferta. Isso depende do momento da coleta no sistema, o que demonstra a debilidade da sua implementação, pois parte-se da vontade e disposição dos profissionais. Logo, se eles deixam o serviço de Saúde a oferta imediatamente é encerrada (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Outro tipo de falha no que se refere à alimentação das informações nas bases de dados, seria a existência de diversos recursos terapêuticos que podem ser compreendidos como PIC e que não dispõem de códigos nos formulários do CNES e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Essa indefinição do que seria ou não PIC, passam a ser registradas à parte pelos profissionais (LIMA; SILVA; TESSER, 2014).

Essa indecisão também foi mencionada no estudo de Sousa *et al.* (2012), uma vez que, diante da vigência da PNPIC, a mesma deixa dúvida quanto ao termo *Práticas Corporais e outras técnicas*, favorecendo diversos modos de registro. Essa diferença pode ser observada no estudo de Lima, Silva e Tesser (2014), pois identificaram o registro em separado de PIC não incluídas nos formulários do SIA e CNES, assim como o registro indevido de práticas não incluídas na PNPIC e de natureza biomédica, como artesanato e caminhada, entendidas pelos gestores como PIC.

Nesse mesmo estudo (LIMA; SILVA; TESSER, 2014) foi encontrada outra dificuldade no tocante ao registro das categorias profissionais que ofertam PIC no SUS. Sendo que as nomenclaturas no Código Brasileiro de Ocupações não permitem identificar se o trabalhador é de nível superior ou médio, o tipo e o local

onde exerce o serviço. Também não existe espaço para que os profissionais não médicos, mas que exerçam a prática da Acupuntura, por exemplo, possam ser cadastrados no SIA e CNES (SANTOS *et al.*, 2009). Com essas inconsistências nos sistemas de informações e limites das definições da PNPIC, podemos explicar os registros inadequados, o que impede a realização de seu diagnóstico situacional, monitoramento, avaliação e até mesmo as pesquisas científicas, enfraquecendo as possibilidades de consolidação das PIC (HABIMORAD, 2015).

Outro ponto conflituoso na organização das PIC seria o acompanhamento dos registros das atividades anotadas nos prontuários dos usuários, considerados importantes fontes de dados em Saúde. Além de ser um considerável meio de comunicação entre profissionais, contribuindo para a coordenação do cuidado (PINTO, 2005), o prontuário é um documento único, originado por todos os trabalhadores que atendem os usuários. Deve conter informações confiáveis e qualificadas com relação à Saúde, demonstrando as alterações e evoluções dos usuários durante o período de atendimento (OLIVEIRA, 2018).

Nesse sentido, a PNPIC tem como uma de suas diretrizes o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das PIC nos diferentes níveis de atenção no SUS (BRASIL, 2006a). No entanto, Oliveira (2018) analisou o ponto de vista de 23 instrutores de uma prática corporal baseada na Medicina Tradicional Chinesa, chamada de Lian Gong, nos serviços de APS, na Região Metropolitana de Campinas, em São Paulo, identificando a inexistência de registro dessa PIC nos prontuários dos praticantes. Com essa perspectiva, revela mais um entrave para a legitimação das PIC na APS.

Ademais, o baixo conhecimento de profissionais e gestores sobre a PNPIC também pode ser considerada como elemento impeditivo para a sua implantação pelos municípios (HABIMORAD, 2015). A gestora de um ambulatório de especialidades, participante do estudo de Ischkanian e Pelicioni (2012), disse não conhecer a PNPIC, além de não participar das reuniões institucionais com a coordenadora responsável pelo desenvolvimento das PIC na Unidade.

Do mesmo modo, Galhardi, Barros e Leite-Mor (2013) verificou o conhecimento de 42 gestores municipais de Saúde, do estado de São Paulo, sobre a PIC e a sua influência para a oferta de Homeopatia no SUS, constando que 26% disseram que conhecem a PNPIC, 31% falam que conhecem pouco e 41% desconheciam. Os que

não têm nenhum ou pouco conhecimento, relatam que não tiveram nenhuma influência da PNPIC para a implantação da homeopatia. O argumento mais utilizado para esse desinteresse foi a ausência de financiamento como indutora para a sua oferta. Aqueles que conhecem, argumentam que a PNPIC somente suportou a implantação e a implementação da Homeopatia nos serviços que estavam sob sua responsabilidade.

Galhardi, Barros e Leite-Mor (2012), no mesmo recorte da pesquisa anterior, também identificaram como dificuldade para implementação o desconhecimento sobre a Homeopatia por parte de alguns médicos que não possuem formação nas PIC, pois não acreditam nos seus benefícios, configurando também como objeto de disputa com o modelo biomédico. Esses resultados demonstram que para a sua implantação depende da simpatia e o conhecimento da racionalidade homeopática e da PNPIC, por parte do gestor, para viabilizar a implementação da prática.

No que tange o conhecimento dos profissionais, Thiago e Tesser (2011) em entrevista com 177 médicos e enfermeiros da ESF em uma capital do Sul do Brasil, apontam que quase 90% não conhecem a PNPIC. Nesta mesma direção, as percepções dos 15 enfermeiros da ESF sobre a Fitoterapia, da cidade do Crato, no Ceará, do estudo Sampaio *et al.* (2013), revelaram que todos desconheciam as políticas públicas que envolvem as PIC, inclusive a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2009). Para a implantação efetiva dessas políticas, além da aprovação do repasse financeiro para incentivar a implementação das PIC, depende da participação efetiva dos profissionais e usuários nas instâncias decisórias para o controle social do SUS. Com esse distanciamento, cria-se uma barreira, a qual impede a consolidação da legislação em torno das PIC para que sejam institucionalizadas (HABIMORAD, 2015).

Isso pode ser verificado no estudo de Santos *et al.* (2011) que analisou a participação dos atores dos serviços públicos de Saúde, sendo gestores, usuários e trabalhadores, na política municipal de PIC, em Recife, no Pernambuco, e concluíram que, após cinco anos de sua implantação, só um serviço as oferecia; a população não tiveram participação efetiva, não contribuindo com a política; os profissionais, apesar do interesse, não foram inclusos nesse processo; e os responsáveis por sua elaboração foram as entidades médicas, gestores e Conselho Municipal de Saúde. Desse modo, a atuação de poucos atores nessa construção

dificulta sua implementação e os resultados esperados. Santos e Tesser (2012) mencionam que essa coparticipação entre os atores seria imprescindível para inserção das PIC, porque permite o planejamento adequado às realidades sociais, institucionais e políticas no território e, dessa forma, amparam essas ações.

A falta de articulação das PIC com programas, serviços e demais ações no SUS, é outro fator relevante para pensar a dificuldade de implementação após dez anos de publicação da PNPIC. Haveria várias interfaces a serem feitas, nas quais as PIC poderiam contribuir, por exemplo, com a redução dos danos causados pela dengue, com a Saúde do idoso ou da mulher, com o tratamento de condições crônicas como diabetes e hipertensão arterial (ESTRELA, 2013; MULLER, 2016). A presença das PIC no SUS se dá “de forma frágil, fragmentada e desarticulada na rede assistencial e até mesmo nas situações nas quais os serviços estão estruturados, elas funcionam de maneira isolada, à parte dos demais programas” (ESTRELA, 2013, p. 203).

No que diz respeito às maneiras que os usuários chegam até a oferta, Habimorad (2015) evidencia o modo informal. Dado semelhante foi encontrado no estudo de Muller (2016), em que as PIC eram realizadas em grupo, a participação do usuário nessas atividades se daria de forma aberta. A divulgação das PIC dependia dos próprios profissionais e cartazes fixados na recepção dos serviços, ou seja, a oferta ficava restrita àquelas pessoas que costumavam frequentar a unidade de Saúde. Essa situação reafirma que as PIC vem sendo oferecidas de forma descontínua, com nenhum ou pouco conhecimento dos usuários.

A boa aceitação por parte deles em relação às PIC também tem sido relatada (MARQUES *et al.*, 2011; RUI *et al.*, 2013). Ainda que a maioria não seja originária do nosso país, trazem uma aproximação ética e filosófica com aspectos das práticas populares e religiosas brasileiras, o que facilita o recebimento dessas PIC estabelecidas nas políticas de Saúde pelos usuários. A escuta aberta e atenta proporcionada pela Homeopatia, na perspectiva holística, também favoreceu a incorporação da prática, especialmente dos pacientes das camadas menos favorecidas atendidas em uma unidade de Saúde do SUS, localizada em um bairro de Salvador, na Bahia (MONTEIRO; IRIART, 2007). Justo e Gomes (2007) atribui o forte apoio do movimento da religião espírita na consolidação da Homeopatia em Santos, no estado de São Paulo.

Em um estudo feito em um serviço de atenção secundária à Saúde, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (SANTANNA; HENNINGTON; JUNGES, 2008) descobriu que o tempo de consulta homeopática foi citado pelos usuários como um diferencial, por abordar com os profissionais não somente os seus problemas de Saúde, mas assuntos diversos. Porém, a dificuldade na acessibilidade, no que concerne a marcação das consultas, foi apontada pelo gestor da Unidade, profissionais e usuários. Resultado da falta de médicos e sobrecarga ocasionada pelo atendimento de outras intercorrências. Logo, a Homeopatia traz a integralidade do cuidado na melhora da relação terapeuta-paciente, mas a escassez de recursos humanos pode resultar em restrição da oferta.

No entanto, podemos constatar que a busca pelas PIC pelos usuários ainda está bastante relacionada com a remissão de sintomas apresentadas nos seus processos de adoecimento (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010; SILVA; TESSER, 2013). Os profissionais também têm as utilizado para o estímulo de mudanças de hábitos e comportamentos individuais dos usuários (MAGALHÃES; ALVIM, 2013; NAGAI; QUEIROZ, 2011). Na mesma medida, encontramos estudos que contribuem para a melhora da qualidade de vida dos usuários, promovendo a autonomia na forma do autocuidado e autoconhecimento, além da integração social através da sua participação nas PIC (NAGAI; QUEIROZ, 2011; SANTOS *et al.*, 2014; TESSER; SOUSA, 2012).

Isso significa que tais racionalidades médicas vitalistas podem promover a Saúde visando o “reequilíbrio” dos seus adeptos, propiciando um maior conhecimento sobre si mesmo, de seu corpo e mente, com independência para enfrentar e reconstruir sua vida frente o seu processo Saúde-doença (LUZ, 2008). Mas também, trazem uma lógica mecanicista, tornando as PIC mais vulneráveis à apropriação da biomedicina, colocando a dimensão individual da promoção de Saúde, isto é, voltando-as para o desenvolvimento de um estilo de vida saudável através da reorientação de hábitos e condutas dos usuários, desalinhando ao que se modernamente se defende no campo (NAGAI; QUEIROZ, 2011; TESSER; SOUSA, 2012).

Nesse sentido, os profissionais que realizam as PIC ainda diagnosticam de acordo com a medicina ocidental. Podemos constatar essa situação a partir do estudo de Sousa e Vieira (2005). A pesquisa foi desenvolvida em quatro Unidades de Saúde

que prestavam atendimento em Massoterapia aos usuários, de uma zona administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, na capital do estado do Rio de Janeiro. Os massoterapeutas davam mais atenção para a doença e os quadros queixosos, comum à racionalidade biomédica. Assim, existe uma tendência para introdução de técnicas, no “arsenal terapêutico” da biomedicina, que se pormenoriza a utilizações mecânicas sem levar em conta o complexo sistema de entendimento do indivíduo (LUZ, 2005; NAGAI; QUEIROZ, 2011).

Provavelmente essa situação seja influenciada pelo perfil da demanda atendida pelas PIC que se assemelha com o da APS. Consistem em sofrimentos difusos, quadros mal enquadráveis, de difícil diagnóstico, além das doenças crônicas não transmissíveis (diabetes e hipertensão arterial sistêmica), dores musculoesqueléticas e desordens da coluna vertebral (GRACE; HIGGS, 2010; GUREJE *et al.*, 2015; HUNT *et al.*, 2010; SIROIS, 2008; SOUSA; TESSER, 2017).

Em relação à organização do trabalho com as PIC, os resultados de uma sistematização de pesquisas em cinco municípios brasileiros, elaborada por Sousa e Tesser (2017), identificou quatro tipos básicos de inserção das PIC no SUS e na APS, que estão associados entre si ou apresentam variações. A primeira, a forma mais fácil de ser encontrada, são as PIC sendo exercidas por profissionais convencionais da ESF. A oferta permanecia restrita ao local onde atuavam, sendo que a sua integração com o cuidado biomédico é ampla. Os profissionais têm uma capacitação e/ou formação prévia ou foram educados enquanto prestavam o seu trabalho nas Unidades de Saúde.

O segundo modo de operacionalização seria pelos profissionais da APS com dedicação exclusiva às PIC, com pouca integração com os demais serviços. A chegada do usuário até a oferta era de maneira direta ou referenciada por algum médico que presta o cuidado geral. A terceira, ocorre quando profissionais de equipes que dão suporte à APS, como seria o caso do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), realizam as PIC, atendendo de forma individual e/ou coletiva, com o ingresso aberto e direto pelos usuários. Por fim, o último ocorre quando uma PIC estava sendo aplicada em ambulatórios especializados biomédicos ou só em PIC, onde os usuários eram encaminhados por algum profissional da alopatia (SOUSA; TESSER, 2017).

Tesser, Sousa e Nascimento (2018) consideram a primeira e a terceira forma de operacionalização ideais para o funcionamento das PIC no SUS. A necessidade de contratação de recursos humanos para realizar o atendimento restritamente às PIC coloca limites à sua expansão, por conta da composição e financiamento das equipes da ESF se encontrar reduzido. Para Lima, Silva e Tesser (2014), o quarto tipo de operação, em regime ambulatorial tipificado, pode trazer um isolamento habitual da APS e a tendência de superlotação dos mesmos, sendo esta modalidade contraindicada para que as PIC possam se expandir no contexto do SUS. Assim, a inserção das PIC se daria por meio dos profissionais convencionais da ESF e dos NASF e outros serviços de amparo à APS, como a Academia da Saúde, implementando-as dentro do seu cotidiano laboral (SOUSA; TESSER, 2017).

Esclarecemos que o NASF foi criado pelo governo federal em 2008, com o intuito de “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008b, p. 1). Foi construído também levando-se em consideração a PNPIC, possui caráter multiprofissional e tem como *modus operandi* o apoio matricial, compartilhando práticas em Saúde nos territórios sob responsabilidade da ESF. A partir das necessidades locais, são responsáveis pela organização de até oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; PIC; reabilitação; alimentação e nutrição; Saúde mental; serviço social; Saúde da criança/adolescente/adulto jovem; Saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2008b).

A Academia da Saúde foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2011, propondo a implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados, para estimular a criação de espaços públicos para a prática de atividade física e lazer, através de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais. São estabelecidos oito eixos em torno dos quais as atividades dos polos devem ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional: práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em Saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudável, PIC e planejamento e gestão (BRASIL, 2011b).

Schveitzer (2015), a partir dos seus achados da sua revisão sistemática envolvendo estudos com profissionais de Saúde que desenvolvem PIC na APS, também sugere um modelo de oferta semelhante. Aponta ser necessário realizar o acolhimento do usuário por um profissional híbrido. Oferecendo tanto as PIC como a medicina convencional, que tenha contato com diferentes racionalidades, e humanizado, que esteja disposto a ouvir, respeitando os valores e escolhas dos indivíduos; posteriormente, é preciso encaminhar esse usuário às práticas de cuidado, sejam integrativas/complementares ou não. Para que isso ocorra, é primordial a atenção multidisciplinar, onde os profissionais conversem entre si. Referenciando e discutindo os casos dos usuários e das famílias e, também considerar a Rede de Atenção à Saúde para atender o princípio da longitudinalidade da APS para assegurar a continuidade do cuidado.

Desse modo, é exigida uma interação entre os diferentes profissionais que integram as equipes de Saúde. O trabalho em equipe denomina-se como um estratagemas para o cuidado integral na APS (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018). Porém, Agreli, Peuzzi e Silva (2017) ressaltam que a perspectiva multiprofissional se refere ao trabalho em equipes formadas por diversos profissionais, com limitada ou sem interação entre eles, geralmente, somente compartilhando o mesmo local de trabalho. Distintivamente, o trabalho interprofissional associa objetivos, além de formar uma identidade da equipe, considerando a complexidade e dinâmica das relações que se estabelecem entre profissionais e usuários, sendo coprodutores do ato em Saúde (PROCH, 2012). Logo, é importante migrar do trabalho desarticulado (multiprofissional) para o integralizado (interprofissional), ou seja, deslocar da equipe como grupo de pessoas e centrado no profissional, para a equipe como integração de trabalhos, orientado pelas necessidades de Saúde (AGRELI; PEUZZI; SILVA, 2017; PROCH, 2012).

Essa mudança, com maior integração do trabalho em equipe, pode ser facilitada pelas PIC. No estudo de abordagem qualitativa de Barros, Spadacio e Costa (2018), o qual analisou os potenciais e desafios do trabalho interprofissional com as PIC na APS na Região Metropolitana de Campinas, no estado de São Paulo, em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas por telefone com os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde, entre 2014 e 2015, desvelou que as PIC proporcionaram uma maior satisfação no ambiente laboral em virtude das alterações

que promove na organização do trabalho, por causa da maior interação entre as práticas e saberes dos trabalhadores e destes com os usuários.

Por outro lado, a oferta das PIC na APS também pode sinalizar a ordem hegemônica do fazer Saúde. De modo que os profissionais que se interessem em aplicar alguma prática de cuidado diferente da racionalidade biomédica, com objetivo de transformar a organização do trabalho, podem conferir em situações desfavoráveis, como formas de constrangimento praticados pelos outros trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional (BARROS; FIUZA, 2014; BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; PARADIS; WHITEHEAD, 2017).

Assim, as PIC na APS assumem uma “integração precária”, pois podem evidenciar uma separação entre os profissionais “de dentro”, vinculados a biomedicina, e os “de fora”, que desenvolvem práticas não protocolares. Conflito entre a realização das PIC com outras atividades tidas como mais importantes nos serviços de Saúde, o acúmulo de funções pelos profissionais que ofertam as PIC e o número elevado de usuários atendidos nos grupos de PIC por apenas um profissional (o que pode comprometer a qualidade do atendimento) ilustram a precariedade do trabalho com as PIC na APS (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

Padilha e Oliveira (2012) descreveram a prática da Terapia Comunitária relatada por 27 profissionais do SUS de Santa Catarina, por meio de entrevistas semidirigidas. A Terapia Comunitária consiste em uma metodologia de intervenção em comunidade através de encontros pessoais, com vistas para a promoção da Saúde, na construção vínculos solidários e valorização das experiências dos participantes. A sobrecarga do trabalho, a falta de apoio da gestão e dos demais profissionais e ausência de espaço apropriado foram alguns elementos dificultadores apontados pelos terapeutas comunitários para a execução dessa PIC.

Por conseguinte, para Oliveira (2018), as instrutoras de Lian Gong dos serviços de APS na Região Metropolitana de Campinas, estavam imersos nessa “integração precária”. As profissionais não conseguiram determinar uma comunicação entre o lugar que lhes pertencem e as práticas de cuidado na APS devido a reprodução de conhecimento e constrangimento pela hierarquia de profissionais da biomedicina. Possuem concessão para operar seus conhecimentos nas PIC, mas com pouca ou nenhuma capacidade de fala e agir de maneira independente nas unidades de

Saúde. Fazendo com que esses profissionais não consigam se expressar e visibilizar os resultados positivos dos seus trabalhos.

Isso pode ser explicado pelo conceito de “minorias” de Jardim e Lopez (2013), o qual atribui que as experiências vivenciadas por grupos que são desprovidos de direitos sociais, estariam marginalizados e não integrados. As minorias, geralmente, consistem em maiorias populacionais dotadas de pequenos poderes na sociedade, as quais também é atribuída o conceito de humilhação social, sendo que este fenômeno arrasta as minorias para o anonimato e invisibilidade pública. A humilhação social é o maior sofrimento vivido pela classe proletária (BOSI, 2002), desenvolvida com a desvalorização e com a diminuição da importância das ações produzidas. Palavras proferidas e mensagens subconscientes podem até não ser entendidas conscientemente, mas são sentidas. Dessas pessoas, são retiradas as oportunidades de crescimento, de desenvolvimento, da produção de conhecimento e de cidadania, com eliminação do sentimento de ter direitos (GONÇALVES FILHO, 2013; OLIVEIRA, 2018).

No que tange a invisibilidade pública, esta seria uma cegueira psicossocial e a expressão de um sofrimento político gerado por diversas formas de humilhação social. Um adoecimento presente nas camadas mais favorecidas da população que reflete nas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade. Conseqüentemente, pela desigualdade econômica e social, as pessoas se tornam invisíveis. Sua individualidade foi renegada e tratada com desigualdade (GONÇALVES FILHO, 2013).

Logo, as PIC vão sendo desenvolvidas dentro das fronteiras que são marcadores de diferenças realizadas para a separação e exclusão. São compreendidas pelas desigualdades socioculturais que ocasionam uma ruptura das interações, ações, limites relacionais, cognitivos, temporais e/ou físicos que definem entidades apartadas de outras. Estas entidades encontram-se dentro de domínios, que abrangem grupos de elementos homogêneos que são captados como partícipes de uma determinada categoria (CARNEVALE, 2018; FOX, 2011; MIZARICH; SHUVAL, 2005; SHUVAL *et al.*, 2012).

Contudo, ao mesmo tempo, a fronteira divide e conecta os mundos. Ao passo que revela a diferença cultural e a diversidade potencial de ação e interação entre os diferentes mundos, a fronteira estabelece uma comunicação e colaboração entre

eles. Ainda pode servir tanto aos interesses daqueles que estão nos campos em contraste quanto causar problemas de comunicação e transferência de conhecimento. Essa ambiguidade, proporciona um diálogo em que os significados são negociados e algo novo pode surgir (MIZARICH; SHUVAL, 2005; SHUVAL *et al.*, 2012).

Assim, a construção social da fronteira, chamada por Fox (2011) de *boundary work*, estabelece práticas de discurso das quais cientistas imputam qualidades exclusivas que diferenciam praticantes menos e mais autorizados, concebendo autoridade epistemológica. Esse processo é formado por ações estratégicas e propositais adotadas por diferentes atores para defender e delimitar o poder da ciência nas arenas públicas.

A instituição das fronteiras entre as práticas define ciência de não ciência, mediante: o monopólio do conhecimento, ampliação das fronteiras nos espaços de conhecimento, afastamento de não cientistas de espaços de conhecimento e preservação do saber científico em relação à política das entidades. Em contrapartida, as fronteiras podem viabilizar formar nas quais, esses domínios podem interagir, compartilhando um movimento para além das fronteiras, a formação híbrida de ciência e não ciência (MIZARICH; SHUVAL, 2005; FOX, 2011; SHUVAL *et al.*, 2012).

Dessa forma, foi originada a expressão *biomedical boundary work* para analisar as fronteiras entre as PIC e a biomedicina, com o objetivo de potencializar a compreensão quanto aos diferentes cenários e atores envolvidos no debate entorno das práticas convencionais e não convencionais no campo da Saúde. Tem como propósito, reconhecer a possibilidade de novas perguntas de investigação sobre hierarquias imperceptíveis entre diversas formas de conhecimento ocultas nas ações cotidianas do trabalho em Saúde (CARNEVALE, 2018; FOX, 2011; MIZARICH; SHUVAL, 2005; SHUVAL *et al.*, 2012).

Ultrapassar as fronteiras que dividem as PIC e a biomedicina significa abandonar uma zona relativamente confortável e socialmente arquitetada para um mundo de teorias e práticas emudecidas. O *biomedical boundary work* possibilita edificar trajetórias bem delimitadas para que o trabalhador da Saúde possa lidar com os dilemas epistemológicos e conflitos potenciais quando utilizam tanto as PIC como as práticas convencionais na organização do serviço de Saúde. As fronteiras entre

essas duas cosmovisões, PIC e biomedicina, acarretam ansiedade ou culpabilidade quando são cruzadas de modo desavisado; podem provocar repreensão e satisfações inexplicáveis; podem restringir processos de cruzamento comum e podem ser distintos em seus contornos sociais, organizacionais, profissionais e de autoridade (MIZARICH; SHUVAL, 2005; SHUVAL *et al.*, 2012).

As fronteiras sociais estabelecem quais os grupos detentores dos saberes verdadeiros e legitimados e quais são os profissionais “praticantes da pseudociência”, “ocultistas”, “desviantes” ou “amadores”. As regulações formais e informais que determinam quem está “dentro ou fora” e de que maneira está inserido nas organizações consistem nas fronteiras organizacionais. As fronteiras profissionais definem a diferença de poder pelas credenciais dos trabalhadores. Por fim, as fronteiras de autoridade são manifestadas na hierarquia do poder que condicionam influência e controle (MIZARICH; SHUVAL, 2005; SHUVAL *et al.*, 2012).

As fronteiras entre as plantas medicinais e a biomedicina, em seus diferentes formatos e conteúdo, foram tratadas na tese de Carnevale (2018), na qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove coordenadores de Farmácias Vivas (que têm como objetivo oferecer, sem fins lucrativos, assistência farmacêutica fitoterápica às comunidades através da promoção do uso correto de plantas de ocorrência local ou regional, dotadas de atividade terapêutica cientificamente comprovada) de diferentes locais do Brasil. O estudo apontou que o relaxamento das fronteiras organizacionais e a manutenção das fronteiras profissionais e de autoridade, que colocam restrições ao uso das plantas medicinais, delimitam a sua prescrição ao profissional médico e resultando em dificuldades políticas e financeiras do projeto Farmácias Vivas. Assim, a marginalização das Farmácias Vivas no SUS é parte da construção social que sustenta a hegemonia da tecnociência e da biomedicina.

Além disso, as PIC vão sendo testadas, empiricamente, sob o olhar desses profissionais da APS, praticantes de uma racionalidade médica os quais não tiveram tal formação na academia, cuja competência biomédica funciona como parâmetro de proteção contra possíveis efeitos adversos das PIC, sendo a desregulamentação e a pouca legitimação científica e institucional as causadoras dessa situação. Segundo

Tesser, Sousa e Nascimento (2018) isso implicaria em incentivar a Educação Permanente, como uma estratégia para a implantação e implementação no trabalho.

Entretanto, Lemos (2016) analisou a concepção e os fundamentos da Educação Permanente constante na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil, baseada em documentos ministeriais e artigos científicos relacionados, constatando:

que a concepção da Educação Permanente em Saúde na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde transcende um significado pedagógico, respondendo a um processo de reestruturação dos serviços diante das novas demandas do modelo. Justamente no momento em que o trabalho se encontra cada vez mais instável e precarizado, o Ministério da Saúde apresenta um discurso sobre uma gestão inovadora, dando centralidade à questão da Educação Permanente em Saúde. A ideia não é de educação permanente, mas de gerenciamento permanente. Ao contrário de um instrumento de transformação radical, a Educação Permanente em Saúde converte-se em uma ideologia que seduz pela sua aparência de novidade pedagógica (LEMOS, 2016, p. 913).

Fazendo uma analogia à PNPIC, que tem como um dos seus objetivos “contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso” (BRASIL, 2006a, p. 6), as PIC, então, ganharia esse mesmo *status* atraente para que os profissionais de Saúde as desenvolvam para suprir as insuficiências deixadas pela crise do modelo biomédico, em não capitanear a subjetividade que foi suprimida pelo pensamento cartesiano. Também ganha contornos de um instrumento gerencial a ser realizada pelos trabalhadores que possuem vínculos empregatícios fragilizados, ainda mais com a aprovação da reforma trabalhista do governo de Michel Temer (BRASIL, 2017d).

Por mais relacional que seja, o trabalho em Saúde permeia uma lógica mercantil de acumulação e o trabalhador se vê impulsionado a atingir metas de produtividade, a ter seus serviços e conhecimentos atualizados permanentemente (GARRAFA; CORDÓN, 2009). Nesse sentido, dar peso ao trabalhador como elemento de mudança, desconsiderando as condições estruturais que tem grande impacto na qualidade do SUS, pode comprometer a expansão não só das PIC, mas como dos serviços de Saúde (LEMOS, 2016).

Dessa forma, a ideologia “gerencialista” tem influenciado as relações cotidianas, no âmbito político e cultural, com o objetivo de viabilizar a explicação e interpretação do mundo por meio de categorias da gestão privada (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2012). Realizadas “sob a aparência de profissionais (*experts*) que não fazem mais que produzir instrumentos, definir prescrições, formalizar regras e aplicar decisões pelas quais de forma nenhuma são responsáveis. A neutralidade dos instrumentos oculta a realidade do poder” (GAULEJAC, 2007, p. 145). Na atual conjuntura, princípios e noções de competência, excelência, produto e qualidade que norteiam a gestão privada, permeia fortemente as escolas, universidades, hospitais, dentre outros. Geralmente nessas entidades administradas pelo poder público, avança a concepção negativa do papel do Estado, ligada a práticas de gestão retrógradas, burocráticas e ineficientes (CHANLAT, 2002).

Desse modo, é preciso mudar esse cenário na lógica “gerencialista”, vista como elemento de progresso quando executadas pelo setor público (GAULEJAC, 2007). Para que isso ocorra, tem-se que construir um novo perfil profissional criativo, inovador e adaptável às novas demandas impostas no trabalho, sabendo conviver com a pressão, medo, inconstância e a competição, com

um trabalhador mais escolarizado, com raciocínio lógico, com capacidades de se relacionar com os colegas e de operar equipamentos diversificados e complexos, apto a realizar diversas operações, motivado para o trabalho, engajado com os objetivos da empresa, um colaborador (MERLO; LAPIS, 2007, p. 66).

Chiavegato Filho e Navarro (2012) admitem que, nesse modelo, os imperativos comportamentais: seja inovador! Seja surpreendente! Seja criativo! Quebre paradigmas! São novas exigências no ambiente do trabalho, arquitetam-se numa regra individual com base na realização pessoal. No esforço do indivíduo e não no interesse do coletivo ou em valores sociais, atrelado a uma realidade segmentada. Restringindo-se a possibilidade de construir uma identidade, de se expressar e sentir. Com isso, estimula-se o refinamento da vida privada e da individualização (WOOD JÚNIOR; PAULA, 2010).

Martelli (2006) ressalta que a realidade do mundo do trabalho e o cotidiano das pessoas canaliza energias sobre procedimentos considerados como provedores de

sentido para o indivíduo, que enfrenta problemas de identidade e reconhecimento e buscam operações de compensação e de suporte. Logo, fazendo um paralelo com as PIC, que, segundo Tesser (2017), o seu exercício pode significar para os profissionais executantes do cuidado biomédico uma vantagem adicional por ajudá-los substancialmente a manejarem melhor várias mazelas de sua formação e tradição da tecnociência. Elas também são utilizadas como um instrumento baseado no ideário gerencialista, como uma forma de superação de um modelo claramente que não atende as necessidades dos usuários da APS. A execução das PIC sem apoio institucional poderia denotar a independência desses profissionais na organização no trabalho. No entanto, Chanlat (2002) destaca as contradições nesse modelo de gerência pública, como: a incoerência em relação ao grau de autonomia, pois a hierarquia está bastante pronunciada e autossuficiência reduzida; inexistência de reconhecimento pelo trabalho prestado, pois os funcionários sofreram com maior ou menor pesar o discurso sobre a ineficiência e baixa produtividade, além da falta de apoio dos colegas, gestores ou usuários dos serviços.

Apontamos essas condições que representam a precarização do trabalho em Saúde e consideradas como obstáculo para os serviços da rede pública de Saúde do Brasil, podendo implicar na maneira como esses profissionais podem lidar com os saberes complementares, ajustando-as nessa lógica administrativa situada também na APS. Somado a isso, outras características do trabalho precarizado, citamos: a ausência de concursos públicos, o aviltamento de cargos e salários, terceirizações aleatórias e equivocadas avaliações de desempenho comprometem a relação dos trabalhadores com a organização das Unidades de atenção e prejudicam a continuidade dos serviços prestados pelo SUS (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2012).

Acreditamos ser de fundamental importância trazermos essas questões para o debate acerca da implantação e implementação das PIC pelo protagonismo dos profissionais de Saúde para torná-las realidade. Desconsiderar tais situações confrontadas no ambiente do trabalho pode comprometer consideravelmente o aumento da oferta das PIC. Para que elas não recaíam somente como mais um procedimento medicalizante oferecida a quem carece de cuidados que vão além da ponta da agulha da Acupuntura ou da semente da Auriculoterapia (NUNES *et al.*,

2017). Para que possam, de fato, fazer-se presentes como tal, condizentes com os princípios de integralidade do SUS.

Frente às limitações de acessibilidade e resolubilidade da APS que podem gerar nos profissionais sentimentos de fracasso, as PIC podem soar como cuidado integrativo que almejam prestar aos usuários. Realmente, de certo modo, podem contribuir para tal, no entanto, não são o bastante para garantir a integralidade requerida no trabalho para a Saúde (SCHVEITZER, 2015). Assim, a organização da oferta demonstra um desafio com várias barreiras a ser rompidas por sua pequena institucionalização e dispersão social, mas é uma luta relevante e potencial que não deve ser desconsiderada diante das dificuldades mencionadas (TESSER, 2017).

#### **4.4 Concepções de Saúde e cuidado**

As concepções interferem na atenção em Saúde prestada, na medida em que contém e propaga visões de mundo divergentes, onde, em determinados momentos, são válidas e, posteriormente, criticadas e substituídas (SCHVEITZER, 2015). Isso, segundo Arantes *et al.*, (2008), seria em consequência da maneira em que o corpo humano foi retratado, fragmentado, longe de um entendimento enquanto conjunto complexo. De modo que, o seu funcionamento “normal” foi apresentado como sinônimo de Saúde na medicina moderna e questionada a partir dos meados do século XX; assim como o conceito que diz que a Saúde é “o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” também foi discutido (ARANTES *et al.*, 2008; SCHVEITZER, 2015).

Starfield (2002) sinaliza que essa definição original da OMS foi criticada com base no fato de que ela é inalcançável e fornece o impulso errado em seu enfoque. Se a civilização avança como um resultado para tomar o controle do ambiente, “completo bem-estar” seria um fator impeditivo para o progresso. Para esta autora, o conceito do Departamento Europeu seria mais direto, pois declara a Saúde como a redefinição contínua do potencial para o funcionamento máximo para atender aos desafios da vida da forma mais positiva e produtiva, dizendo ser

a extensão na qual um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro lado, de lidar com o ambiente. A Saúde, portanto, é vista como um recurso

para a vida diária, não o objetivo da vida; é um conceito positivo envolvendo recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas (STARFIELD, 2002, p. 91).

Nessa perspectiva, na VIII Conferência Nacional de Saúde, na década de 1980, para a reformulação do sistema e financiamento do setor, foi definida que

a Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população, em suas lutas cotidianas. A Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de Saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1993, p.1).

Desse modo, no SUS, a Saúde apresenta-se como um estado de equilíbrio entre as dimensões física, social, psicológica e cultural. Considerando os determinantes e condicionantes e impõe aos órgãos que o compõe o dever de identificar esses fatos sociais e ambientais e ao governo o de formular políticas públicas condizentes com a elevação do modo de vida população, pois, de acordo com a Constituição Federal: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Nessa ótica, para que uma concepção de Saúde associada aos determinantes sociais possa ser adotada, devemos mencionar que o Estado deve incluir, coordenar e alinhar setores e organizações diversas para reduzir as iniquidades sociais (desigualdades sistemáticas e injustas, que devem ser combatidas), instituindo a ação intersetorial como componente-chave para esse processo (OMS, 2011). Assim, a “Saúde em Todas as Políticas” seria um plano político que ilustra como a Saúde pode ser compreendida como uma meta compartilhada do governo como um todo, assim como um indicador comum de desenvolvimento (KICKBUSCH, 2010).

Esses diferentes conceitos e abordagens desenvolvidos no Brasil e no mundo, resultam em muitas formas de se perceber e compreender a Saúde. “Conceito” é

uma palavra de conotação abstrata, por descrever um ou vários fenômenos por meio de um ou mais termos, com significados dinâmicos, específicos e entendidos dentro de determinado contexto e de certa estrutura lógica (WILLS; MCEWEN, 2009). Por conseguinte, Arantes *et al.* (2008, p. 191) dizem que o conceito “se apoia nas concepções filosóficas, teóricas e políticas hegemônicas em um determinado momento, não sendo possível, portanto, abordar um conceito sem refletir sua história”.

Nesse sentido, historicamente, não existe uma única ideia, mas um conjunto de noções de “cuidado”, as quais citamos, conforme Zoboli (2004): a mitológica, que se refere a fábula da alegoria cuidado na criação do homem; a religiosa e teológica, na necessidade de se cuidar do outro; a filosófica, a partir das ideias de cuidado de Heidegger; a psicológica e a contemporânea. Não entraremos com detalhes em cada uma, mas queremos demonstrar que não é possível encontrar um único significado para “cuidado”.

Etimologicamente, o termo cuidado é derivado do latim *cura*, trazendo o sentido de zelo, atenção. A *cura* é então expressa como uma atitude de preocupação por aquilo que traz inquietação pelo objeto ou pelo ser humano que é amado. Também possui significado originado de *cogitare-cogitatus*, também do latim, que expressa o cogitar, o enxergar-se no outro, demonstrar interesse e atenção. Dessa forma, cuidado significa desvelo que se dedica a alguém ou algo, encargo, incumbência, responsabilidade, lida, trabalho, ocupação (ZOBOLI, 2004).

Cuidar é uma atitude de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro, na interação com os sujeitos, numa relação de ajuda em uma dimensão social (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017). É mais que um ato simplesmente, trata-se de uma composição da existência humana, ou seja, sem o cuidado o ser perde o seu sentido de existir, definindo-se, desestruturando-se até a morte. Passa a ser como a pessoa cuida de si com as mesmas características (dedicação, confiança, paciência) do cuidado prestado, isto é, sentir-se como o outro, implicando em um “modo de ser” em que a sua existência possui tal importância que nos dedicamos a participar de sua vida, das suas buscas e dos seus sofrimentos (AYRES, 2009a).

Desse modo, o cuidado se constrói a partir do coexistir e conviver com o diferente, nas relações entre si e com as coisas se realizando em “um modo de ser” no mundo

que significa uma forma de estar presente, de navegar pela realidade, desenvolvendo o seu próprio ser, na sua singularidade (SCHOELER; LEOPARDI; RAMOS, 2011). Envolve encontros entre as subjetividades, as quais descortinam não somente as necessidades, mas também o que se entende por uma boa vida. Considerando esse outro, assumimos que tanto Saúde como a doença representam “modos de ser” no mundo (GADAMER, 2009).

Nesse entendimento, Schweitzer (2010) desenvolve uma concepção mais ampliada de cuidado. O processo Saúde-doença seria resultante da inter-relação entre esses itens e busca o bem-estar por meio do equilíbrio entre esses fatores. Corroborando com Luz (2008), em que o cuidado se configura como uma sociabilidade, compreendendo-se como as pessoas veem umas às outras e de como se relacionam entre si. A Saúde não pode ser encarada como algo separado dos indivíduos, pois tudo que a diz respeito é dito por e para alguém. Ao mesmo tempo que, não é algo dissociado das interpretações culturais, porque as pessoas integram coletivos humanos.

O cuidado pertence a todos. A família, a escola, os vizinhos cuidam, não devendo ser algo associado somente aos trabalhadores de Saúde (SCHVEITZER, 2015). O cuidar na Saúde seria, portanto, uma construção compartilhada de ideias, dos entendimentos do bem-viver e de como seria a melhor maneira para buscar isso na vida em comum. Nesse encontro, em que todos possuem diferentes experiências e saberes diversos, encontre-se resoluções condizentes para profissionais e usuários, para os processos de adoecimento. Compreendendo o cuidado como o estabelecimento de um diálogo aberto e produtivo, entre a tecnociência e o que se almeja para se viver mais e melhor. Desconsiderar as crenças do indivíduo colocando o saber técnico como superior, não estamos permitindo a participação da pessoa atendida de fato na ação que está acontecendo. Estaríamos estabelecendo relações hierárquicas da biociência sobre os conhecimentos dos usuários. Quando se deseja cuidar, é primordial revalorizar a sabedoria prática, sem apoiar-se apenas na técnica, mas principalmente considerar a presença do outro (AYRES, 2009b).

Reiteradamente, o usuário tornou-se sinônimo de passividade, mas no simples ato de ir até a Unidade de Saúde está atravessado de outras possibilidades. Se o espaço não é aberto ao diálogo, a relação reduz-se ao que há de mais simples, sendo somente a entrega do medicamento ou a solicitação dos exames diagnósticos

(SPINK, 2015). Então, mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se aplica verdadeiramente como cuidado quando o seu significado adquire não somente alcançar a Saúde ideal e aplicação mecânica dos procedimentos disponíveis para que se chegue nessa condição, mas o diálogo o mais simétrico possível entre profissionais e usuários. É reconhecer que o indivíduo quando traz suas necessidades não assuma uma posição de dependência ou inferioridade e abrir espaço para a negociação sobre os objetivos das ações em Saúde, sem impor, de modo absoluto, onde e o que queremos alcançar com a assistência (AYRES, 2009c).

Entretanto, as relações assimétricas podem ser desejadas, ao passo que o profissional domina o conhecimento científico que, por vezes, pode ser de difícil entendimento para o assistido, tornando o papel do trabalhador indispensável nesse processo. Para que os usuários possam “compreender os significados práticos de qualquer tipo de intervenção que lhe seja proposto e criar canais que lhe permitam participar de escolhas relevantes sobre o que e como produzir nas tecnologias da Saúde” (AYRES, 2009d, p. 65). O cuidado não seria tão somente a boa vontade do profissional e a possibilidade do paciente se expressar, mas compreender que há várias coisas envolvidas. Não adianta o profissional dizer para o usuário que seria bom realizar um exame complementar para a conclusão do seu diagnóstico, se não existe meios para a sua realização. Entender o que está acontecendo para além dos serviços de Saúde possibilitaria pensar no bom cuidado (SPINK, 2015).

Desse modo, deveria haver um encontro terapêutico de outra qualidade, assentando-se em novas mediações técnicas e da “permeabilidade do técnico ao não-técnico” (AYRES, 2009c, p. 89). À procura de sentidos e significados envolvidos nas situações de Saúde, para que tenhamos condições favoráveis para o estabelecimento de um novo patamar no convívio entre profissionais, gestores e famílias, de modo a garantir a integralidade entendida “como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de Saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (PINHEIRO, 2002, p.15).

Mattos (2001) considera “a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de Saúde”. No sentido de superar a

fragmentação das atividades no interior dos serviços, para organizá-los de modo “horizontal” com articulação entre a demanda programada e a espontânea e desenvolvimento de conjunto de atividades coletivas junto à comunidade (GOMES; PINHEIRO, 2005). O cuidado reduzido ao aparelho ou sistema biológico gera silenciamentos. Porém, quando a integralidade está presente na atitude dos trabalhadores, prudentemente, se reconhece as necessidades dos usuários no que diz respeito à sua Saúde, renovando as práticas assistenciais. Sua visibilidade também pode trazer resolubilidade das equipes por meio da democratização do cuidado pela participação dos usuários sobre as condições de Saúde que se deseja atingir (PINHEIRO, 2005).

Desta forma, consideramos também como novos moderadores do bom cuidado o acolhimento, o vínculo e a responsabilização (PINHEIRO, 2002). O primeiro, como diretriz operacional, preconiza modificar a organização e funcionamento dos serviços para que sejam usuário-centrado, numa relação humanizada, acolhedora, como dispositivo para interrogar processos intercessores que se constroem nos processos de trabalho. Por meio da escuta e parâmetros de solidariedade e cidadania, capaz de resolver os problemas de Saúde da população (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Compreende-se por vínculo a aproximação entre trabalhador e usuário, em que ambos possuem intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos. Por algum motivo de desequilíbrio, de habilidades e expectativas divergentes, em que o indivíduo busca atendimento, encontrando-se numa situação emocional e física abalada, junto ao profissional supostamente capacitado para dar atenção a seu estado de fragilidade. Assim, resulta-se no processo que os une por meio de uma ligação afetiva, numa convivência de apoio e respeito mútuo (BRASIL, 2008a).

Logo, sem acolher e vincular, não há produção de responsabilização, ou seja, não conseguiremos superar o monopólio diagnóstico e terapêutico. Responsabilizar significa integrar a “voz do outro” para efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário, para que reapareça os saberes antes desqualificados. Para que surja indivíduos para o efetivo exercício do controle social, contribuindo para a democratização do conhecimento do processo Saúde-doença, para que o ser humano passe da necessidade para a liberdade (GOMES; PINHEIRO, 2005). Com isso, faríamos a desconstrução da Clínica como conhecimento focal ou técnico relacionado aos símbolos, valores, práticas e regras da ciência ocidental moderna.

Preconizando-se a desumanização/objetivação, para um cuidado emancipador, sem sobreposição de um conhecimento sobre o outro, para desenvolver uma competência reconfigurada, que recria, a forma, o funcionamento e sua interação no cuidado (FAVORETO, 2008; SENNET, 2012).

O cuidador emancipador pode ser exemplificado pelas ideias originárias de cuidado que fundamentam as PIC. Contatore, Malfitano e Barros (2017) reverberam que se utilizam as PIC como possibilidade de um desenvolvimento de cuidado emancipador. Justamente por suas características, como: conceber holisticamente o adoecimento e as necessidades individuais de cuidado; direcionar o cuidado à saúde e não à doença; diminuir a distância entre profissional e paciente; não estar limitada a crescente intensificação do uso de tecnologia para obtenção de diagnóstico; satisfazer simbólica e tecnicamente a experiência vivida com o sofrimento pelo sujeito; integrar o bem-estar físico, mental, social e espiritual na sua concepção de saúde; estimular o autocuidado ajudando os pacientes a desenvolverem atitudes, disposições, crenças, hábitos e práticas que promovam seu bem estar (TESSER; BARROS, 2008).

Entretanto, a implementação das PIC não necessariamente está vinculada a um cuidado emancipador. Depende, como toda a prática clínica, de quem a desenvolve e das políticas institucionais envolvidas. Pela procura contínua por legitimação perante a comunidade científica, as PIC têm sido estudadas com metodologias convencionais em busca de validade para ser aplicadas no tratamento das doenças, o que modifica sua base conceitual original, atendendo a um padrão biomédico tradicional (CONTATORE *et al.*, 2015; CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

Comumente, a concepção de cuidado tem se restringido tão somente às ações profissionais de atenção à Saúde voltadas ao tratamento de patologias diagnosticadas por médicos e tratadas, de preferência, por meio de procedimentos tecnologicamente avançados disponíveis no sistema de Saúde. O ato de cuidar, sobremaneira, passa a ter ideia de controlar, diagnosticar, tratar e prevenir a doença, com ênfase no conhecimento desenvolvido no campo técnico-científico. Os usuários tomam isso como um valor, atribuindo bom cuidado a prescrição de medicamento, exame diagnóstico ou terapêutico (AYRES, 2009b).

Sob o mesmo ponto de vista, Merhy (2000) aponta para o empobrecimento do aspecto relacional no cuidado em Saúde, denominado de tecnologia leve. As ações em Saúde têm recaído, segundo o autor, nas tecnologias duras (os equipamentos, materiais, procedimentos) e nas leves-duras (os saberes, as regras do trabalho, a epidemiologia) e essa relação dialógica acaba por se reduzir a um objeto, em que o outro (a quem se destina o cuidado) se apaga e se torna apenas um lugar de aplicação de técnicas e procedimentos.

Nesse contexto, o que dizemos ser cuidado, “a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros” (ZOBOLI, 2004, p. 22), não é considerada sob o ponto de vista biomédico, pois não admite a superação do tratamento dos processos patológicos. Aqui as relações entre os profissionais e usuários são verticalizadas e muros são construídos para separar quem detém o saber considerado apropriado para cada situação, dos indivíduos que demandam e padecem de atenção. Ao passar pela porta do consultório suscita um convite para que o usuário deixe sua vida do lado de fora (MERHY *et al.*, 2014). O sucesso terapêutico, obrigatoriamente, dependerá do cumprimento dos indivíduos no desenrolar do que foi estabelecido como mais indicado pelo conhecimento científico. Desconsidera a subjetividade inerente em cada indivíduo no processo de adoecer, afastando-se da existência do ser humano. Importando-se apenas com a sua exterioridade, impossibilitando-o dar sentido ao seu adoecimento (AYRES, 2009b; CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

Conforme Ayres (2009b), o sucesso que direciona as práticas de Saúde nas sociedades ocidentais se resume ao êxito técnico que confere a relações entre meios e fins para o controle de agravos ou riscos à Saúde. Onde o ser humano é visto como uma máquina, necessitando ser reparada, pois apresenta uma pane técnica (o sofrimento), consertando seus defeitos e restabelecendo o seu funcionamento a partir de uma intervenção empregada por um profissional qualificado. Ou seja, os espaços públicos para se fazer a Saúde ainda carece de um agir político compartilhado e sociabilizado, em que os indivíduos sejam “resultante da intersubjetividade que somos”.

Pinheiro (2005) explica que essa carência se deve ao fato de nos faltar o entendimento de que os serviços de Saúde consistem em locais de “encontro”, mas com um olhar diferente daquele exclusivamente dedicado ao atendimento/consulta,

com relações hierárquicas indesejadas entre cuidador e cuidado. Uma visão direcionada para a execução de projetos compartilhados de cuidado em Saúde, em que todos participam, usuários, gestores, profissionais e academia, como parceiros e responsáveis pela produção do saber e o fazer, “feito de gente que cuida de gente” (p. 175), e não máquina que cuida de máquina. De modo que, o sucesso das nossas ações não se limitaria ao êxito da técnica, mas também na capacidade de reconhecimento do outro em sua singularidade.

Deixamos claro que o objetivo não é refutar o avanço técnico-científico da biociência contribuindo, inclusive, para o aumento da expectativa da população pelo desenvolvimento dos fármacos e equipamentos que potencializam a acurácia diagnóstica e terapêutica, na melhora do prognóstico e qualidade de vida das pessoas em uma série de agravos. Trata-se em apontar que as ações em Saúde não se limitassem na aplicação das técnicas, mas também um espaço de reconhecimento de si e do outro, além de podermos refletir e negociar sobre quais os objetivos e os meios para alcançar as necessidades dos usuários (AYRES, 2009b).

Mas, a medicina tem se ocupado de processos que não seria o seu papel. Ela se apropria de aspectos das doenças e do adoecer que não está necessariamente relacionada, o que é chamada de medicalização social, com início no século XVIII (POLI NETO; CAPONI, 2007). Compreendemos que a medicalização social deve ser tematizada devido à sua importância que tem a APS, abrangendo inclusive às PIC.

Para Tesser (2006, p. 348) “é um processo de expansão progressiva do campo da biomedicina, por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos”. Por exemplo, frequentemente, a homossexualidade é tida como algo “patológico” nos debates políticos e ideológicos, para que seja “tratada, curada” como se fosse um sinal e sintoma a ser extirpada do corpo (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). Consiste em se determinar comportamentos ou problemas não médicos definidos como doença, sendo delegada ao médico a permissão para oferecer ao “doente” algum tratamento (CARVALHO *et al.*, 2015).

A medicalização social também estaria intimamente associada com a iatrogenia cultural, que seria a perda do potencial da cultura para a condução dos estados de dor, sofrimento e adoecimento (TESSER, 2006). Resultante da incorporação de normas impostas pela biomedicina (TESSER; BARROS, 2008). Aqui a concepção

de Saúde seria a ausência de doença, com foco higienista, individual e arbitrário. Sendo que essa cultura medicalizada, coloca o homem uma posição vulnerável, de desamparo e incompetência. Colocando-o nas mãos dos procedimentos médicos, alheio ao entendimento tradicional e pessoal do ser, separando as relações entrelaçadas com a sua doença, o meio, a natureza e consigo mesmo. Assim, o conhecimento cultural da Saúde, sob o olhar tradicional, popular e de outras medicinas, e os sentimentos de compaixão e empatia, como fontes integradoras à vida, são transfiguradas em virtudes obscuras e indesejadas (TESSER, 2006).

Desse modo, a industrialização traz consigo a profissionalização e burocratização da instituição médica. A medicina se apresenta propositalmente complicada para negar a simplicidade dos atos e se firmar como única detentora do conhecimento sobre a vida e o sofrimento, cumulando uma submissão progressiva do paciente em relação aos profissionais de Saúde. Cria-se impedimentos para que os indivíduos possam ser capazes de pensar, atuarem e cuidarem de si. Nessa lógica burocrática organizada, destaca-se entre outros problemas, uma incapacidade das ações assistenciais à Saúde de se provarem racionais, de se tornarem sensíveis às necessidades das pessoas e de se tornarem conscientes de seus próprios limites (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Diante disso, o indivíduo passa a ser considerado um consumidor desse cuidado industrial, comprando anestésicos, planos de Saúde, quimioterápicos e cirurgias. Nessa lógica não existe outra alternativa, senão conceber seu próprio adoecimento como fato clínico objetivo, submetendo-se a esses tratamentos padronizados e impositivos, reforçando o conceito de Saúde como obrigação, um estado que está por vir se você cumprir as regras pré-determinadas que pouco se preocupam se poderão ser adotadas ou não pelo indivíduo (TESSER, 2006). Essa prescrição de comportamentos ditos saudáveis pelos profissionais de Saúde inclui o que Nogueira (2003) e Tesser e Barros (2008) chamam de *higiomania moderna*, descrita como uma obsessão por Saúde, sob o signo de autocuidado e prevenção de doenças, mas acoberta uma ideologia que culpabiliza o indivíduo por seu adoecimento.

De acordo com Tesser (2006), ao invés da atenção à Saúde oportunizar a independência do doente, para que possa precisar menos de novos procedimentos e desfrutar de ações que se façam realmente indispensáveis, corrompe a autonomia. Reverberando a submissão e instigando mais consumo, comprometendo

sua eficácia e eficiência. A destruição das condições culturais e psicológicas que operam a elaboração independente de valores se deve a profissionalização e institucionalização fazendo com que todos os serviços de Saúde ajam sob a mesma lógica, subordinando os indivíduos a obter em vez de fazer, a comprar em vez de criar, a ser curados em vez de curar-se (NOGUEIRA, 2003).

Nessa sequência, o modelo biomédico está intrinsicamente ligado aos modos como nos conectamos com o mundo, sendo um fator constitutivo do presente no qual, segundo Rose (2007, p. 701) “nos habituamos” e fundamenta “a experiência contemporânea de nós mesmos”. Ela definiu a doença tendo como referência o normal e o patológico. Nessa concepção, não existe o indivíduo genuinamente independente ao discurso e à prática biomédica, que permeia modos de governar as pessoas, individual e coletivamente, gerindo o “modo de ser” para minimizar o adoecimento (ROSE, 2007).

Ponderamos que a medicalização social tem como resultado o processo de individualização contínua, através da ideia de consumo, impondo as pessoas uma forma de “desolidarização” coletiva. Na sociedade contemporânea, a excessiva aproximação que, tradicionalmente fazemos na Saúde Coletiva, entre o ato de cuidar e as práticas de assistência, as pessoas se sentem menos cuidadas. Em função dos valores hegemônicos do individualismo, colocando o sucesso como valor indispensável, retirando desse contexto a solidariedade, a confiança e o interesse pelo outro (LUZ, 2008).

Nesse contexto, as concepções idealizadas e difundidas pela mídia e incorporadas sem questionamentos pelos serviços dão mais sustentação para esse “modo de ser consumista”. Na ilusão de que todos buscam a mesma Saúde e o mesmo cuidado, desconsiderando que

a qualidade de vida e Saúde depende da satisfação tanto das necessidades necessárias (de sobrevivência e reprodução), quanto as propriamente humanas, de proteção, afeto, compreensão, acesso à educação e cultura, lazer, participação, criação, identidade, liberdade, relacionadas à autorrealização, baseadas na igualdade e no livre e mútuo reconhecimento da condição humana (OLIVEIRA *et al*, 2012, p. 404).

Para exemplificar, Luz *et al.* (2017) analisaram o papel simbólico das biociências no imaginário de vida e Saúde. O estudo traz resultados da observação das capas de revistas de divulgação científica encontradas em bancas de jornais em três cidades brasileiras. Segundo um esquema de interpretação da retórica, constataram que um movimento centrado no “esclarecimento” sobre os diferentes riscos à Saúde a que estão submetidas pessoas e coletividades. Os sentidos da simbiose entre a imagem e a palavra expressas nos periódicos, são instrumentos persuasivos no universo para convergência num suposto viver saudável. Assimilaram o “corpo de órgãos transcorporais” que significa não estar dotado de “devir” ou singularidades, mas de uma nova objetividade revelada pelas imagens tratadas tecnologicamente. Necessária para alicerçar a composição de consumidores de recursos tecnológicos e terapêuticos renovados, mas sempre “bem prescritos”, em acordo com as melhores evidências científicas contidas no escopo das revistas.

Com isso, a medicalização social tem influenciado o movimento de “desprofissionalização” médica, por meio de uma maior regulamentação do Estado, mecanismos ético-legais e novos arranjos clínicos e assistenciais, como o da Medicina Baseada em Evidência e Atenção Gerenciada em Saúde (MERHY, 2000). No Brasil, as equipes multiprofissionais, os processos de trabalho interdisciplinar e a valorização das demais profissões da Saúde são alguns artifícios adotados na crítica ao poder médico na rede de atenção à Saúde (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Entretanto, Carvalho *et al.* (2015) ressaltam que a medicalização não pode ser banalizada, pois a medicina deve ser compreendida menos como uma ideologia ou uma prática universal e mais como uma estratégia teórica, prática e tecnológica. Além de inventiva e produtiva, sem valor e conteúdo *a priori*, entendida como objeto de disputa no campo social. Nesse caso, o poder se relaciona uma força constituinte da relação humana, em que se investe e desinveste nas práticas sociais. Trata-se, portanto, estar atento aos posicionamentos de cada integrante do cuidado, usuários, gestores e profissionais de Saúde, em relação às práticas de controle e dominação. Sem que, necessariamente, aja discussão para empreender o movimento de retirada do poder dos médicos para realocá-lo aos pacientes.

Queremos demonstrar com isso que existe a possibilidade da ocorrência de processos de medicalização positiva, admitindo pensarmos em uma “boa” e “má”

medicalização (CAMARGO JÚNIOR, 2013; CARVALHO *et al.*, 2015; PARENS, 2013). No sentido que a medicina no controle social e as alianças hegemônicas de seus profissionais e instituições causam efeito deletério na vida social. Concomitantemente, tem cumprido, para o bem e para o mal, um papel na fabricação dos regimes morais e éticos. Toda medicina é social e política, o que varia são seus conteúdos, modos de operação e objetivos com que suas práticas repercutem sobre o corpo, a Saúde e a vida dos indivíduos e coletivos (CARVALHO *et al.*, 2015).

Essa situação se torna ainda mais complexa quando trazemos o contexto do trabalho na APS, pois cuidar significa englobar o indivíduo, junto com a sua família e a sua comunidade, participando coletivamente do seu planejamento, incluindo o saber e o fazer do trabalhador da Saúde para a caminhada autônoma daquele usuário no seu modo de andar a vida (MERHY, 2000). Nesse processo dinâmico, todos são responsáveis pela construção do cuidado, além da exposição dos sinais, sintomas, emoções e afetos, “cuidar é ir ao encontro de outra pessoa para acompanhá-la na promoção de sua Saúde, a partir de criação, cultivo e manutenção de laços de confiança e vínculo” (ZOBOLI, 2009; p. 201).

O modo como o trabalhador compreende a Saúde implicará no cuidado prestado (SCHVEITZER, 2015). Sendo que a experiência com o sofrimento do outro ocasiona uma percepção de perplexidade que impulsiona à adoção de conceitos que amplia a discussão acerca do processo Saúde-doença, com o propósito de se repensar as práticas exercidas nos serviços de Saúde (TESSER; BARROS, 2008). Ceccim e Ferla (2008) indicam que todo e cada profissional do SUS carregam ideias e conceitos da sua operação e do papel que cada um deve desempenhar na prestação de serviços de Saúde, sendo que essas concepções norteiam as maneiras que os trabalhadores irão se integrar às equipes em cada ponto do sistema. “O saber teórico e prático sobre Saúde e doença faz parte de um universo dinâmico recheado de história e de inter-relações mediadas por institucionalizações, organizações, lógicas de prestação de serviços e participação dos cidadãos” (MINAYO, 2010, p. 28), em que consideramos os trabalhadores atuantes como multiplicadores do conhecimento e de um modelo de Saúde pretendido.

Seguindo essa linha de pensamento, o projeto de promoção à Saúde, cujo objetivo está no incentivo de práticas desmedicalizantes, que induzem os indivíduos a

reconquistar o controle a sua Saúde, assumindo o papel de cidadãos, preconizando o “empoderamento”. Criado em virtude desse conceito crítico sobre os efeitos proporcionados pelas excessivas intervenções médicas na subjetividade dos usuários, no intuito de se transformar, profundamente, o uso e a operacionalização das práticas de Saúde (CARVALHO *et al.*, 2015). Assim, o usuário na condição de sujeito é participante ativo; nesta posição ele reflete, questiona, critica, nega ou aceita o que lhe é ofertado. Desse modo, se reconhece que o cuidar resulta de uma troca de saberes, em que profissionais e usuários participam de um cuidado com ações que se fazem e desfazem e se transformam ao longo da trajetória (MAGALHÃES; ALVIM, 2013).

Este movimento ganhou notoriedade a partir da promulgação da Carta de Otawa, redigida no Canadá, em 1986, resultado da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Parte de uma concepção ampla do processo Saúde-doença e de seus determinantes e coloca a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução. Esse importante documento propõe cinco principais campos para as ações de promoção da Saúde, sendo: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; (2) criação de ambientes favoráveis à Saúde; (3) reforço da ação comunitária; (4) desenvolvimento de habilidades pessoais e (5) reorientação do sistema Saúde (TESSER, 2009a).

Por isso, é importante a abertura dos espaços assistenciais para interações dialógicas por meio de outras racionalidades terapêuticas (AYRES, 2009c), pois a concepção de Saúde comum às PIC é a busca pela qualidade de vida do ponto de vista bio-psico-social-espiritual, assim como adota um conceito de cuidado que inclui o trabalho em equipe e a corresponsabilização, que condizem com a concepção de Saúde integral em considerar o cuidado holístico (SCHVEITZER, 2015). Assim, vem se desenvolvendo em torno das PIC que cada pessoa assuma a responsabilidade com o seu processo de adoecimento-cuidado-cura. Assim como os profissionais identifiquem-se como pares no processo de reorientação das atitudes, crenças, hábitos dos usuários. Realizando um cuidado que promova uma maior interação com a energia universal, por meio de relações de afeto, carinho, apoio, humanização e gestos para atenuar o sofrimento humano (SARAIVA; FERREIRA FILHA; DIAS, 2011; TESSER; BARROS, 2008).

Guareschi (2008) afirma que compreender a subjetividade humana a partir de uma infinidade de relações interpessoais proporciona a construção de ações solidárias e humanizadas. Exercendo um posicionamento ético-político em relação ao outro, o indivíduo tem a possibilidade “de tornar-se humano, conquistar-se, de modo a tornar-se um ser consciente, livre e, se livre, também responsável” (p. 6). É nesse panorama que as PIC podem contribuir para a integração disciplinar, ao enfatizar a subjetividade nos cuidados médicos, afirmando uma visão mais global e ampla do ser humano, assim como um ‘trabalho vivo em ato’ descrito por Merhy (2000). Como uma maneira de reestruturar a organização do trabalho em que as relações são consideradas fontes de energia criativa e inovadora, sendo de extrema importância para o que se valoriza no trabalho da Saúde Coletiva (TELESI JÚNIOR, 2016).

As PIC, então, podem transpor para a Clínica e a APS o mundo vivido pelos usuários, propiciando uma produção de autoconhecimento e autonomia, pois essas formas “alternativas” de cuidado. Com um modelo holístico de atenção, podem apresentar uma potencial melhoria na qualificação da relação entre trabalhador e usuário (CHAVES, 2011; CONTATORE *et al.*, 2015; D’ALENCAR *et al.*, 2006; LUZ; BARROS, 2012).

Schveitzer (2015) realizou uma revisão sistemática e metassíntese com o objetivo de se construir as concepções de cuidado e Saúde subjacentes às PIC e humanizadoras para o atendimento na APS. A partir das pesquisas com os trabalhadores encontradas nas fontes de informações como a *Web of Science* e *Scopus*. No total, incluíram 84 estudos, os quais denotam que esses profissionais relacionam a concepção de Saúde com a harmonia entre o corpo-mente e menos efeitos adversos. No que diz respeito ao conceito de cuidado, associam a oferta das PIC, como uma maneira de se ampliar a Clínica, dedicando-se a causa da doença e trazendo o autocuidado. No entanto, a autora também conclui que o contato dos profissionais com as PIC não basta para transformar a lógica de cuidado fragmentado e centralizada na doença-queixa, pois a estrutura e a forma de trabalho na APS interferem na acessibilidade e a integralidade do cuidado. Somada à dificuldade ideológica para fazer a responsabilização com os usuários por influência da identidade profissional apresentada pela medicina convencional.

Além disso, as PIC podem revelar uma tática importante para articulação entre a Clínica das “doenças” e a promoção à Saúde. Através de mecanismos de

subjetivação que instaura também o mandato moral de “vida saudável” aos usuários e, simultaneamente, os colocam como vigilantes das ofertas assistenciais que devem “consumir” (FERLA, 2017). Lima, Silva e Tesser (2014) analisaram a organização das PIC desenvolvidas em um serviço de referência público, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, tendo como foco analítico a sua relação com a promoção à Saúde e a inserção no SUS. Encontrou profissionais que conseguem ter nova compreensão do processo Saúde-doença, sob a perspectiva holística e do empoderamento individual. Contudo, sincronicamente, ainda persevera a associação da promoção à Saúde com prevenção da doença, com reforço da lógica preventivista.

Isso pode ser atribuído pela ambição de se buscar o empoderamento, para que indivíduos e coletividades possam participar ativamente na construção da vida e sociedade mais saudável, sob a perspectiva comunicativa e educativa da promoção à Saúde. Entretanto, vivemos uma tradição hegemônica e pedagógica proveniente da formação acadêmica biomédica, impositiva e controladora. Intima indivíduos e comunidades realizarem comportamentos ditados tecnocraticamente que pouco se preocupa com práticas educativas dialógicas, com foco na solidariedade, na consolidação de parcerias e corresponsabilização. O que torna uma tensão trazer esses conceitos para a organização dos serviços, resultando na contradição e bipolaridade quando as analisamos as percepções dos profissionais que desenvolvem as PIC (TESSER, 2009a).

Nessa sequência, Carvalho (2004) e Tesser (2009a) destacam a ambiguidade do termo empoderamento. Primeiramente, teria um significado comportamentalista e individualista, denominado de *empowerment* psicológico, uma vez que as ações tendem a valorizar o resgate e aumento de autoestima, capacidade de adaptação ao meio e autoajuda, mas desligam a pessoa do contexto social e política a qual está inserida. Fortalece o conservadorismo social e cultural, de modo que o indivíduo é o culpado que, por vezes, se encontra numa situação social injusta, mascarando a educação em Saúde diretiva que acirra as iniquidades sociais. Por outro lado, o empoderamento também apresenta um significado mais amplo, chamado de *empowerment* comunitário. Converte-se em uma perspectiva emancipatória e solidária, se fazendo presente de fatores ligados a esfera microsocial (compartilhamento de projetos pessoais e comunitários, apoio social e

consciência crítica) e macrossocial (ação coletiva, política e cultural). Enriquecendo os valores de solidariedade, fraternidade e redistribuição de poderes excessivamente concentrados.

Tanto as PIC como as ações promotoras de Saúde não estão imunes à tendência de controlar a produção da vida. No entanto, acreditamos que os profissionais que tentam empregá-las nos seus processos de trabalho estão muito mais próximos em executar um cuidado emancipador do que aqueles que só têm se dedicado à prática exclusiva da biomedicina (TESSER, 2009a). Ressaltamos também que a integralidade, o vínculo, a corresponsabilização e a promoção da Saúde não são necessariamente sinônimas de cuidado, mas, sem dúvidas, são peças indispensáveis para o desempenho do trabalho na APS e no SUS e, por esse motivo, foram discutidas neste capítulo.

Diante do exposto, podem-se perceber as limitações do modelo biomédico atual, mas existe um forte predomínio dos marcadores biológicos na forma de cuidar do outro, considerando somente o corpo adoecido, renegando a cultura, a história e atitudes do indivíduo (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012). E ainda, o profissional depara-se com a mercantilização do cuidado, em que sua relação com o gestor, geralmente, é verticalizada. A lógica da empresa e do acúmulo de capital aproxima-se do setor Saúde, tendo que atender a normas e dar importância ao número de atendimentos realizados nos serviços de Saúde. O que confere em uma prática setorializada e essencialmente individualista (LIMA; SILVA; TESSER, 2014; PELIZZOLI, 2011).

Há de se ter o cuidado para que não se perca as bases filosóficas das PIC, tornando essas práticas como mais uma forma de “prestação de serviço”, como parte da biomedicina (MAGALHÃES; ALVIM, 2013). Ainda, valem ressaltar, mesmo com iniciativas para a mudança da formação profissional, como especializações em Saúde da Família, mestrados profissionalizantes, aperfeiçoamentos em diversas áreas, inclusive voltadas para a gestão, humanização e práticas integrais, a educação bancária, especializada, tecnicista e fragmentada ainda persiste (FALKENBERG *et al.*, 2014; VASCONCELOS, 2010).

Entretanto, mesmo nesse cenário, em que o avanço técnico-científico resulta na mecanização das relações interpessoais, a oferta de PIC no cuidado em Saúde pode acarretar em mudanças no modelo atual assistencial vigente, pois há quem

insista em fazer diferente, em se importar com o outro que demanda cuidado (MAGALHÃES; ALVIM, 2013; VASCONCELOS; CRUZ, 2011). A seguir, apresentamos nosso percurso metodológico para alcance dos objetivos da presente pesquisa.

## 5 MÉTODOS

### 5.1 Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Esse tipo de pesquisa permite entender de forma aprofundada os significados das vivências das pessoas. As subjetividades dos gestos, atitudes e maneiras de ser e viver dificilmente poderiam ser explicados pela corrente de pensamento positivista (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa visa assimilar o sentido de um fenômeno no local em que ocorre e interpretar as percepções que as pessoas dão a ele (CHIZZOTTI, 2003). Esse comportamento aponta para uma pesquisa de caráter exploratório, pois possibilita uma proximidade de tendências que estão acontecendo na realidade, consultando àqueles que tenham alguma experiência prática relacionada ao tema abordado (MARSIGLIA, 2006).

Os estudos descritivos, por sua vez, proporcionam uma nova visão do problema, associados com a pesquisa exploratória por sua atuação prática, resultam no alcance da compreensão dos fatos envolvidos, com a finalidade de aprofundar aspectos de uma situação, buscando o conhecimento sobre o assunto em estudo (GIL, 2010).

Luz e Barros (2012) salientam que as PIC possuem uma abordagem altamente subjetiva, como o emocional, o social, o energético e o cultural, elementos que vão além dos fatores biológicos explorados pela racionalidade médica científica ocidental. Assim, os estudos que envolvam PIC demandam outros modos de saber, como a pesquisa qualitativa que inclui a experiência subjetiva dos atores envolvidos.

Nesse contexto, considerando as PIC uma tendência contra hegemônica implícita, há que se basear em uma metodologia coerente com alternativas inovadoras e socialmente inclusivas que propicia um saber com ênfase nas experiências das pessoas (ISCHKANIAN, 2011).

## 5.2 Local

A pesquisa foi conduzida nos serviços de APS da Região Metropolitana de Goiânia. De acordo com a Lei Complementar nº 139/2018 (GOIÁS, 2018), é composta atualmente por vinte municípios: Abadia de Goiás, Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Bela Vista de Goiânia, Bonfinópolis, Brazabranes, Caldazinha, Caturai, Goianópolis, Goiânia, Goianira, Guapó, Hidrolândia, Inhumas, Nerópolis, Nova Veneza, Santo Antônio de Goiás, Senador Canedo, Terezópolis de Goiás e Trindade (Figura 1). Considerada a região mais expressiva do estado de Goiás, onde concentra 35% de sua população total (2.527.092 habitantes) (BRASIL, 2017e).

**Figura 1** – Mapa da Região Metropolitana de Goiânia



Fonte: Goiás (2003).

Em 2017, nos 20 municípios da Região Metropolitana de Goiânia contavam-se com 277 serviços de APS em funcionamento (BRASIL, 2017b). Lima, Silva e Tesser (2014) realizaram um estudo em um serviço municipal especializado em PIC e promoção da Saúde, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, em que foi analisada a organização do trabalho dos profissionais que desenvolvem PIC. Perceberam como limitação o fato de ter ocorrido apenas nesta unidade de Saúde, sugerindo a realização de novos trabalhos com maior abrangência para ampliar a compreensão da temática em foco. Logo,

optou-se por incluir os diferentes serviços de APS para atender aos objetivos propostos e melhor entendimento de como o fenômeno vem ocorrendo na Região Metropolitana de Goiânia.

Foi realizado um censo com os gerentes dos serviços de APS dos municípios da Região Metropolitana de Goiânia para identificar quais eram as PIC e os profissionais que as ofertavam. Conforme a Tabela 1, no que se refere ao segundo semestre de 2017, existiam 23 serviços de APS, nos quais 29 profissionais ofertavam alguma PIC, em cinco cidades na Região Metropolitana de Goiânia.

**Tabela 1** – Estimativa da população, quantidade e serviços de Atenção Primária à Saúde e o número de profissionais que ofertavam Práticas Integrativas e Complementares nos municípios da Região Metropolitana de Goiânia, entre agosto e dezembro de 2017

Município	População*	Quantidade de serviços de APS**	Quantidade de serviços de APS que ofertam PIC***	Número de profissionais que ofertavam PIC***
<b>Goiânia</b>	1.466.105	71	13	18
<b>Aparecida de Goiânia</b>	545.090	41	4	4
<b>Inhumas</b>	52.311	11	4	5
<b>Abadia de Goiás</b>	8.207	7	1	1
<b>Hidrolândia</b>	20.472	10	1	1
Brazabrantes	3.604	3	0	0
Caldazinha	3.703	2	0	0
Caturaí	5.041	3	0	0
Goianápolis	11.471	6	0	0
Bela Vista de Goiás	28514	11	0	0
Goianira	41.169	18	0	0
Guapó	14.482	8	0	0
Bonfinópolis	9.052	5	0	0
Aragoiânia	9.765	4	0	0
Nerópolis	28.271	6	0	0
Nova Veneza	9.389	4	0	0
Santo Antônio de Goiás	5.787	2	0	0
Senador Canedo	105.459	27	0	0
Terezópolis de Goiás	7.634	2	0	0
Trindade	121.266	36	0	0
<b>Total</b>	<b>2.527.092</b>	<b>277</b>	<b>23</b>	<b>29</b>

Fonte: Brasil (2017e); Brasil (2017f).

Legenda = \*Estimativas da população residente nos municípios da Região Metropolitana de Goiânia, em 2017; \*\*incluem serviços de Atenção Básica, postos e unidades da Estratégia de Saúde da Família, Centros de Saúde, serviços de Apoio à Saúde da Família, Academia da Saúde; \*\*\*Censo realizado para identificar os serviços de APS da Região Metropolitana de Goiânia que ofertam PIC.

Esses dados foram originados a partir de um subprojeto que contempla o projeto de pesquisa intitulado: “Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de Atenção Primária em Saúde – Região Metropolitana de Goiânia”, do qual a presente pesquisa também faz parte. Dessa maneira, investigações sobre como as PIC vem se desenvolvendo na APS no SUS devem ser consideradas importantes e presentes na agenda nacional de investigações científicas. Ainda podem revelar um potencial para a promoção à Saúde, além de possibilitar uma análise crítica da relação entre profissional e usuário para o campo da Saúde Coletiva.

### 5.3 Participantes

Dos 29 identificados, sete profissionais não participaram do nosso estudo: uma se recusou a participar; três não foram contatados e três havia encerrado a oferta das PIC. Assim, 22 trabalhadores, atendiam nosso **critério de inclusão**, ou seja, aqueles profissionais de Saúde que oferecem alguma PIC nos serviços de APS na Região Metropolitana de Goiânia – GO, entre os meses de janeiro a agosto de 2018. Nosso **critério de exclusão** era aqueles profissionais de Saúde, que por motivo de falta, férias ou licença de qualquer natureza, não estavam nos serviços de APS na Região Metropolitana de Goiânia – GO, no período de coleta de dados. Duas profissionais foram excluídas, pois ambas estavam de licença-prêmio. Por fim, nosso estudo contou com a participação de 20 profissionais, de 14 serviços de APS, em três municípios da Região Metropolitana de Goiânia.

Optamos em realizar a coleta de dados com todos os profissionais que se enquadrassem e concordassem em participar do estudo, por considerarmos que não poderíamos desprezar informações ímpares, que se destacariam e não se repetiriam, sendo que seu potencial explicativo poderia ser importante para as descobertas das lógicas internas nesse grupo. Consideramos também privilegiar os trabalhadores da Saúde da APS na Região Metropolitana de Goiânia que detinham os atributos, características, experiências e expressões, que nós pretendíamos conhecer (MINAYO, 2017).

## 5.4 Instrumentos

Nesse estudo, o instrumento de coleta de informações foi por meio da entrevista gravada. Foi direcionada por um roteiro (Apêndice B) previamente elaborado, com o objetivo de coletar itens relacionados aos dados pessoais para caracterização dos participantes, como: idade, sexo, vínculo empregatício, dentre outros; seu histórico profissional; sua formação e capacitação nas PIC; as suas percepções sobre a organização da oferta das PIC; as suas concepções de cuidado em Saúde e as facilidades e dificuldades dos profissionais de Saúde em relação à oferta das PIC nos serviços de APS na Região Metropolitana de Goiânia.

As entrevistas permitem a investigação de aspectos valorativos dos informantes que determinam suas percepções acerca de si, das pessoas que os rodeiam e do meio em que vivem (BONI; QUARESMA, 2005; FRASER; GONDIM, 2004). É o instrumento mais utilizado no processo de trabalho de campo (MINAYO, 2010) e nas pesquisas envolvendo PIC (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012; LIMA; SILVA; TESSER, 2014; PARANAGUÁ *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2014). Marsiglia (2006) assegura que, além de melhor captar o que os pesquisados sabem e pensam, a entrevista propicia ao investigador identificar as tonalidades de voz, os silêncios, as perturbações de linguagem e observar as posturas corporais do participante.

Muylaert *et al.* (2014) reforçam que o método qualitativo de pesquisa se identifica por abordar questionamentos associados às singularidades do campo e dos indivíduos pesquisados. A entrevista demonstra ser um instrumento que potencializa o aprofundamento das investigações, a combinação de histórias de vida com o contexto social, tornando possível a compreensão das percepções dos informantes.

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes equipamentos: gravador de áudio em formato *mp4*, pranchetas, canetas esferográficas coloridas. Para o armazenamento e análise das informações coletadas foram utilizados computador, cartões de memória e *pen drive*.

## 5.5 Procedimentos

A partir do levantamento prévio em que foi identificado o responsável pela PIC desenvolvida e o local, as entrevistas foram previamente agendadas com o profissional, por contato telefônico, em que, nessa primeira abordagem, foram feitas

a apresentação do investigador e da pesquisa, dos seus objetivos e da sua relevância. Nesta ocasião, também fizemos o convite para participação e a marcação da entrevista, em dia e horário segundo a disponibilidade de cada um dos entrevistados.

No momento da entrevista presencial e individualizada, nos próprios serviços de APS, entre os meses de janeiro a agosto de 2018, realizamos uma breve contextualização da pesquisa e esclarecimentos de qualquer dúvida sobre a mesma. Em seguida, entregamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser assinado pelo entrevistado, resguardando a sua identidade, a confidencialidade das informações prestadas e também foi informado que a qualquer momento poderia suspender ou encerrar a sua participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo. Após assinatura do TCLE (Apêndice A), realizamos a entrevista com os participantes do estudo com duração, em média, de 45 minutos, em ambiente reservado e considerado mais conveniente ao profissional (no local/área onde ocorre a PIC ou consultório do serviço de APS). Visto que o entrevistado precisa se sentir confortável no espaço onde ocorre a entrevista (DUARTE, 2004). As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

Utilizamos as duas primeiras entrevistas com o objetivo de verificar possíveis inconsistências, complexidades das questões, ambiguidades ou linguagem inacessível, existência de perguntas que causassem algum embaraço ao entrevistado, incoerência na ordem das perguntas, se as questões eram numerosas e observar se o tempo de duração previsto seria adequado ou não.

Observamos que não houve a necessidade de alteração do instrumento da pesquisa. Sentimos nessas duas primeiras entrevistas a capacidade do instrumento em levantar as informações de interesse para a investigação. Apesar de transparecer demasiadamente longo, o roteiro nos permitiu realizar entrevistas em um período de tempo satisfatório, não ficando tão exaustiva para o entrevistado.

Compreendemos ser digno de nota relatarmos situações durante a coleta de dados, como: os momentos de interrupção por outros profissionais para perguntarem questões de trabalho, bem como uma situação em que tivemos que mudar de sala, dado que a mesma seria ocupada para atendimento por outro profissional.

## 5.6 Análise dos dados

Analizamos os dados obtidos por meio da Análise de Conteúdo Temática. Bardin (2016, p. 135) destaca que “o *tema* é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Para Minayo (2010), o *tema* pode ser representado por meio da palavra, uma frase, um resumo, sendo uma afirmação que retrata determinado assunto. Para potencializar os resultados da pesquisa, com o aumento do alcance, além da finalidade básica de facilitar e agilizar as análises (MOZZATO; GRZYBOVSKY, 2011), usamos o programa de apoio à análise qualitativa *software NVivo*® Plus versão 12.

As entrevistas transcritas foram importadas para o NVivo®. Foram criados 20 casos, correspondendo aos 20 participantes do nosso estudo (cada respondente passou a ser um caso). Codificamos os discursos com a letra “P”, acrescida do número atribuído a cada participante da pesquisa (BARDIN, 2016). Depois, cada item do perfil sociodemográfico foi cadastrado como um atributo. Feito isso, iniciamos com a **pré-análise** para organizar o material a ser analisado, proporcionando o primeiro contato e o momento em que começamos a conhecer os documentos da coleta de dados, por meio da **leitura flutuante**. O objetivo nessa fase é tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de modo a conduzir a um esquema de operações sucessivas, em um plano de análises. Consiste no contato direto e intenso do pesquisador com os dados brutos (as entrevistas), deixando-se impregnar pelo conteúdo (BARDIN, 2016).

Logo em seguida, fizemos a **exploração do material**, sendo que a categorização possibilita e facilita as inferências e interpretações. Segundo Bardin (2016, p. 145), essa fase consiste na

classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

Nessa etapa, foram identificados os núcleos de sentido e selecionados os fragmentos de textos que, de fato, representavam os argumentos mais significativos que foram codificados no NVivo<sup>®</sup>. A codificação dos dados foi realizada enquanto fazíamos a leitura das respostas e designamos o fragmento selecionado do texto para um ou mais nós. Os nossos nós tinham semelhanças quanto ao critério sintático ou semântico (BARDIN, 2016). Os nós podem representar categorias estabelecidas antecipadamente ou criadas durante o processo de análise (LAGE, 2011). Nesta pesquisa, trabalhamos com três grandes nós, previamente definidos, implementados a partir de *Tree Nodes* (Árvore de Nós), provenientes dos três eixos/objetivos específicos. A Árvore de Nós permitiu que criássemos sub-nós (subcategorias) que são subcategorias criadas para possibilitar classificações mais específicas dos dados. Utilizamos a tabela de referência cruzada, disponível no *software* NVivo<sup>®</sup>, para realizarmos possíveis associações entre as respostas ao roteiro de entrevistas e as características dos respondentes.

A última etapa de análise dos dados, consistiu no **tratamento dos resultados obtidos e nas interpretações** seguindo os objetivos propostos à luz do referencial teórico levantado por meio da pesquisa bibliográfica e o que foi coletado por meio das entrevistas.

### 5.7 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (CEP/UFG) sob o parecer nº 2.057.783 (Anexo A). Antes de iniciar a coleta de dados, a(s) secretaria(s) municipal(is) de Saúde na Região Metropolitana de Goiânia foram devidamente esclarecidas sobre a natureza da pesquisa e seus objetivos. Os procedimentos que foram realizados na pesquisa estão de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos segundo as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Os riscos relacionados à pesquisa eram mínimos, de caráter transitório, podendo ocorrer constrangimento ou intimidação, durante a aplicação da entrevista. No entanto, durante a pesquisa tomamos todos os cuidados necessários para garantir o sigilo, a confidencialidade e o anonimato dos indivíduos envolvidos. Além disso,

informamos aos participantes de que a qualquer momento, poderiam retirar seu consentimento de participação na pesquisa, com a garantia de que não seriam prejudicados em relação ao seu atendimento. Caso fosse constatado algum dano, decorrente da pesquisa, os pesquisadores encontravam-se aptos para fazer intervenção imediata e acompanhar/prestar assistência ao participante pelo tempo que for necessário.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o tratamento dos dados, dividimos a seção de resultados e discussão em quatro partes, conforme os nossos grandes nós (ou categorias temáticas), apresentados na Tabela 2. Essas categorias foram previamente definidas em função dos interesses da pesquisa. Primeiramente, caracterizamos o perfil dos nossos participantes. Logo depois, identificamos os **processos de formação e capacitação nas PIC**, com a intenção de se entender como esse profissional vem se educando para ofertá-las. Seguidamente, descrevemos a **organização do trabalho com as PIC na APS** na Região Metropolitana de Goiânia. E, finalmente, analisamos as **concepções de Saúde e cuidado** desses profissionais que implementam essas PIC nos serviços.

**Tabela 2** – Subcategorias e categorias definidas a partir dos textos das entrevistas dos profissionais que ofertavam Práticas Integrativas e Complementares na Região Metropolitana de Goiânia, entre os meses de janeiro a agosto de 2018

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Formação e capacitação dos profissionais nas PIC</b>	Processos de formação e capacitação nas PIC; Aproximação com as PIC; Percepções positivas da formação e/ou capacitação nas PIC; Percepções negativas da formação e/ou capacitação nas PIC
<b>A organização do trabalho com as PIC</b>	Organização dos serviços e atendimentos com as PIC; Motivos para a oferta das PIC; Percepções positivas da oferta de PIC para o usuário; Percepções negativas da oferta de PIC para o usuário; Percepções positivas da oferta de PIC para a equipe; Percepções negativas da oferta de PIC para a equipe; Facilidades e dificuldades da oferta das PIC
<b>Concepções de cuidado e Saúde</b>	Cuidado integral; Promoção à Saúde; Prevenção à agravos à Saúde

Legenda: PIC = Prática Integrativa e Complementar.

Fonte: dos autores (2019).

### 6.1 Caracterização dos participantes

Entre os 20 profissionais entrevistados, encontramos as seguintes profissões: seis enfermeiras, dois psicólogos, duas fisioterapeutas, duas assistentes sociais, duas nutricionistas, dois farmacêuticos, uma técnica de enfermagem, uma agente comunitária de Saúde, uma cirurgiã-dentista e uma terapeuta ocupacional. A PIC mais frequente foi a Auriculoterapia, ofertada por nove profissionais, seguida, respectivamente, pelo Reiki (4), Terapia Comunitária (3), Arteterapia (3), Fitoterapia (3), Shantala (2) e Acupuntura (2).

Dos entrevistados, 18 (90%) possuíam curso superior completo, sendo que 80% deles contavam com pós-graduação *Lato Sensu* e 10% com nível de mestrado. Estes trabalhadores de Saúde, que correspondiam a 90% do sexo feminino, eram profissionalmente experientes, com uma maioria significativa (75%) com mais de dez anos de formado, na faixa etária entre 31 a 40 anos e uma maioria de 80% tinha vínculo empregatício estável. Entre tais profissionais, 45% auto referiram-se brancos, dez eram casados e 40% se declarava católica (Tabela 3).

Dos locais em que as PIC eram desenvolvidas, nove (45%) trabalhavam em Postos ou Centros de Saúde da Família, sete pertenciam ao NASF, duas eram da Academia da Saúde e duas estavam lotadas em um <sup>1</sup>Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dos profissionais, 16 (80%) tinham uma ou duas formações e/ou capacitações em PIC, entre as quais encontramos oito em Auriculoterapia, quatro em Reiki, quatro em Acupuntura, três em Terapia Comunitária e três em Fitoterapia.

---

<sup>1</sup> Os CAPS não foram incluídos no presente estudo, no entanto, essas profissionais desenvolvem PIC em dois Centro de Saúde da Família.

**Tabela 3** – Perfil dos profissionais entrevistados nos serviços de Atenção Primária à Saúde que ofertam Práticas Integrativas e Complementares na Região Metropolitana de Goiânia, no período de janeiro a agosto de 2018

<b>Variável</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Idade</b>		
21 a 30 anos	2	10
31 a 40 anos	8	40
41 a 50 anos	3	15
51 a 60 anos	7	35
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	9	45
Parda	8	10
Preta	2	40
Amarela	1	5
<b>Situação marital</b>		
Solteira	6	30
Casada	10	50
Divorciada	2	10
Viúva	1	5
União Estável	1	5
<b>Religião</b>		
Católica	8	40
Evangélica	4	20
Espírita	5	25
Não declarada	3	15
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Médio Completo	2	10
Ensino Superior Completo	18	90
Pós-graduação <i>Lato Sensu</i>	16	80
Pós-graduação <i>Stricto Sensu</i>	2	10
<b>Tempo de graduação</b>		
0 a 10 anos	5	25
> 10 anos	15	75
<b>Vínculo Empregatício</b>		
Contrato	4	20
Estatutário	16	80
<b>Local de trabalho</b>		
Posto ou Centro de Saúde da Família	9	45
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	7	35
Academia da Saúde	2	10
Centro de Apoio Psicossocial	2	10
<b>Formação em PIC</b>		
Sem formação	4	20
Uma formação	12	60
Duas formações	4	20
<b>Tempo de formação na PIC</b>		
0 a 12 meses	8	40
12 a 24 meses	5	25
> 24 meses	3	15
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Legenda: PIC = Prática Integrativa e Complementar.

Fonte: dos autores (2019).

## 6.2 Formação e capacitação dos profissionais nas PIC

A formação em PIC no Brasil é deficiente e difusa, com a oferta e qualidade limitadas. Centralizada nas instituições de ensino superior privadas e em cursos de especializações, tem tendência a reeditar modelos educacionais que se aplicam e conformam ao setor privado, que não atendem a necessidades de Saúde da APS. Com isso, se torna um problema para o desenvolvimento das PIC no SUS (BARROS; SIEGEL; OTANI, 2011; TESSER, 2009a; TESSER, SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Esta categoria aponta como está se dando o preparo do profissional de Saúde para lidar no campo das PIC na APS na Região Metropolitana de Goiânia.

Os profissionais que ofertavam Auriculoterapia se capacitaram de diferentes maneiras nessa PIC. Um deles, realizado por duas profissionais, era em formato de ensino à distância, em parceria com a Universidade de Santa Catarina, promovido pelo Ministério da Saúde. Era dividido em cinco módulos *on-line* e um encontro presencial para execução de aula prática que foi feita em alguma capital brasileira escolhida pelo aluno (Goiânia não estava inclusa). Havia um prazo de um a dois meses para o cumprimento do conteúdo teórico e, nessa fase, não haviam tutores ou supervisores. No módulo prático, com o acompanhamento de professores, voltava-se para a aplicação específica da Auriculoterapia.

Outro modo de capacitação em Auriculoterapia foi através de um curso disponibilizado pela SMS de Goiânia. No momento da coleta de dados, estava sendo finalizada uma edição da referida capacitação. A participação era voluntária e aberta aos profissionais de Saúde que integravam o quadro de servidores da prefeitura de Goiânia, com número de vagas limitadas (em 35). Foi realizada durante o horário de trabalho, uma vez por semana, pelo período vespertino. Para completar a carga horária de 40 horas, foi acordado o envio de um relatório com base no atendimento de 24 usuários como parte da proposta de capacitação dos profissionais participantes.

Além da SMS de Goiânia e o Ministério da Saúde, o Conselho Regional de Enfermagem também desenvolveu capacitação em Auriculoterapia. Era presencial, fora do horário de trabalho, no período noturno, realizada em três encontros, compreendendo dois dias para a contextualização teórica e, um, para a aplicação prática dos pontos auriculoterapêuticos entre os próprios alunos.

Também temos profissionais que se capacitaram em Auriculoterapia mediante um módulo realizado em sua especialização em Acupuntura, no ensino privado. Outros buscaram e custearam a sua própria capacitação, tendo uma carga horária de 20 horas, de modo presencial, fora do horário de trabalho, durante os finais de semana.

As profissionais que desenvolvem o Reiki na APS na Região Metropolitana de Goiânia se qualificaram em um espaço voltado para a aplicação e capacitação desta PIC, no município de Goiânia. O Reiki é dividido em três níveis, sendo que a realização do primeiro nível as habilita para a sua execução. Cada módulo tinha duração de 20 horas, presencial, aos fins de semana e ministradas por duas mestres reikianas. Todas as profissionais possuem, pelo menos, o nível um da referida PIC. Somente uma mencionou ter completado todos os níveis. Essa capacitação foi financiada pelas profissionais. Apenas uma relatou ter realizado um curso por meio eletrônico oferecido no portal da AVASUS.

Na Acupuntura, a formação tem um formato de pós-graduação, considerada uma especialização, com duração de dois anos. Compreende um período de seis meses dedicado às fundamentações teóricas, com aulas uma vez por mês ou a cada 15 dias, totalizando 24 módulos, realizados fora do expediente do trabalho. Após o primeiro semestre, conta com a realização de atendimentos ambulatoriais. Duas profissionais, que ainda estão em formação, a fazem em uma escola particular especializada em terapias naturais, situada em Goiânia. Uma profissional teve sua especialização concluída em 2004, pela Associação Brasileira de Acupuntura, com formato similar supracitada. Todas as profissionais subsidiaram sua própria formação em Acupuntura.

Com relação à Terapia Comunitária, um profissional realizou a sua especialização em uma parceria com a Pastoral da Criança e do Adolescente e a Universidade Federal do Ceará, em Brasília. A oferta dessa formação foi no fim da década de 1990. Encontros presenciais eram ministrados aos finais de semana, com carga horária total de 360 horas, incluindo a aplicação da Terapia Comunitária nos locais de atuação dos participantes. Posteriormente, o profissional participou de encontros para atualização, também ocorridos em Brasília.

As demais profissionais que implementavam a Terapia Comunitária participaram de uma capacitação durante uma tarde, oferecida durante as reuniões bimensais da Gerência de Saúde Mental da SMS de Goiânia, também nos anos 1990. Entretanto,

não houve a oferta de reciclagem ou atualização. Dessa forma, não possuem a especialização em Terapia Comunitária. Diante disso, procuraram outras fontes para aquisição de conhecimento em torno da Terapia Comunitária, como os livros que abordavam a temática.

No que concerne à Fitoterapia, o Hospital de Medicina Alternativa de Goiânia, em 2016, disponibilizou um curso de capacitação realizado pelos profissionais que a utilizam na APS da Região Metropolitana de Goiânia e não havia vínculo com as gestões municipais. Consistia em um encontro semanal pelo o período da manhã, durante seis meses, sendo realizado durante o horário de trabalho.

No que diz respeito à Arteterapia, foi a PIC mencionada com menor conhecimento acadêmico específico, na qual as profissionais que a usa fazem por meio de produção de artesanato ou trabalhos manuais. Nenhuma possui formação em Arteterapia, então não seguem um modelo teórico para fundamentar o seu trabalho, trazem o que aprenderam com seus familiares. Do mesmo modo, as profissionais que atuavam com a Shantala não fizeram nenhum curso de capacitação ou formação acadêmica, sendo guiadas por vídeos encontrados na internet.

Não percebemos, nos discursos dos profissionais, nenhuma menção à disciplina cursada durante a formação acadêmica que tivesse como foco o ensino das PIC, pelo contrário:

*“[...] farmácia, por exemplo, é um curso que é muito tecnicista, então questões, por exemplo, de Saúde coletiva na faculdade eu vi muito pouco. Eu fui aprender realmente, eu considero, sobre Saúde coletiva quando eu passei no concurso aqui na prefeitura, que aí eu fui estudar, a gente foi na vivência. Do dia a dia, cobriu as lacunas que a faculdade deixou”. (P9)*

As PIC partilham entre si os paradigmas vitalista e holístico, com centralidade na experiência do indivíduo e nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual. No vitalismo a vida é antes de tudo movimento, fundamentado em um princípio dinâmico que anima o funcionamento do corpo, considerado como uma unidade viva. Nesse contexto, o adoecimento é resultante de uma mudança ou interrupção do ritmo desse movimento. Para o holismo, cada ser vivo manifesta, em sua constituição e função, o macrocosmo, ou seja, a complexidade do universo e a sua

harmonia. Adoecer, nessa perspectiva, seria a perda dessa harmonia. Distinguem-se, da biomedicina, a qual relaciona sobremaneira a doença à lesão anatomopatológica (LUZ; WENCESLAU, 2012).

Desse modo, a formação acadêmica na Saúde, pautada na racionalidade biomédica, possui forte tendência em desvalorizar a integralidade, por ensinar os profissionais de Saúde a reduzir o indivíduo com foco na doença ou nos riscos inerentes a ela. Por outro lado, a integralidade se apresenta como peça-chave para a organização e alicerce das PIC, como princípio ético e epistemológico. Por conseguinte, o ensino de uma racionalidade médica alternativa e complementar sugere que os estudantes consigam integralizar, ao seu modo de entender o conhecimento e a ciência, outras visões de mundo, reconhecendo suas virtudes e limitações. Tornando-se menos dualistas e reducionistas do ponto de vista moral, contribuindo para melhorar o relacionamento com os usuários, diminuindo a quantidade de tratamentos invasivos e insensíveis, além de tornar o trabalho em Saúde mais resolutivo (BARROS; SIEGEL; OTANI, 2011; BROOM; ADAMS, 2013; MARCHAND, 2008).

A importância do investimento na formação dos profissionais de Saúde desde a graduação, introduzindo o conhecimento associado às PIC, onde os currículos favoreçam a sua inclusão no exercício profissional e contribua de fato na realidade dos serviços, foi destacada em alguns estudos (CRUZ; SAMPAIO, 2012; JOOS; GLASSEN; MUSSELMANN, 2012; NEVES; PINHO; GONZÁLES, 2012; SANTOS; TESSER, 2012). Não obstante, integrar as PIC à educação dos profissionais de Saúde potencializa um contexto de ensino plural, com diferentes perspectivas críticas de modelos terapêuticos. Possibilita aos estudantes e praticantes utilizar diversos paradigmas em Saúde para o enfrentamento dos processos de adoecimento na sociedade moderna (HARAMATI *et al.*, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2013; OTANI; BARROS, 2011; SCHIFF *et al.*, 2012; TAYLOR *et al.*, 2011; WILES; ADLER, 2013).

A procura pelas PIC no Brasil e no mundo é cada vez maior (OCK *et al.*, 2009; ONYPAT; OKORONKWO; OGBONNAYA, 2011; POSADZKI *et al.*, 2013; QUANH LAI *et al.*, 2008; RODRIGUES NETO; FARIA; FIGUEIREDO, 2009; SOUZA *et al.*, 2006). Entretanto, devemos levar em consideração que o preparo do profissional de Saúde atualmente não tem acompanhado tal tendência, o que pode aumentar a fragilidade do seu atendimento (DALMOLIN; HEIDEMANN, 2017; GONÇALVES *et*

*al.*, 2008; HABIMORAD, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2012; SAMPAIO *et al.*, 2013; SPADACIO *et al.*, 2010; THIAGO; TESSER, 2011).

Os nossos achados se assemelham a de outras pesquisas indicando que ainda existe pouca ou nenhuma formação oriunda da graduação nos cursos da área da Saúde (MORALES; MIN; TEIXEIRA, 2015; SANTOS *et al.*, 2009; SOUSA *et al.*, 2012). Apesar disso, os processos de formação e capacitação dos profissionais que estavam ofertando PIC na Região Metropolitana de Goiânia concentravam-se nos cursos com carga horária reduzida, entre 20 e 40 horas, *online* ou presencial, sobretudo, em Auriculoterapia. Nessa sequência, os processos educacionais propiciados pela gestão foram estabelecidos por decisões institucionais, restritos a determinada PIC, em que o profissional necessitava conciliar o trabalho com a capacitação.

Mas haviam aqueles que detinham alguma competência na PIC, subordinada às ações particulares, as quais podem ter ou não uma contextualização com o sistema público de Saúde. Além disso, outras fontes informais de conhecimento foram usadas para obtenção de informações (internet, contato com outras pessoas, livros, revistas). Dessa forma, podemos considerar que esses profissionais apresentam um relativo conhecimento declarado acerca de tais PIC.

Tal fato pode se tornar preocupante quando observamos, através dos relatos, que tais informações provêm por meios eletrônicos e pesquisa pessoal, revelando um caráter informal para uma área tão importante para a Saúde humana. Esse achado concorda com os estudos de Cruz e Sampaio (2012) e Gonçalves *et al.* (2008). Ressaltam que esse mecanismo pode ser um compensador da falta de recursos acadêmicos formadores de profissionais capacitados para atuar com as demandas dos serviços de Saúde, apesar das iniciativas existentes nos últimos anos.

Os profissionais que ofertam as PIC possuem um tempo considerável de formação acadêmica e de experiência na APS na Região Metropolitana de Goiânia. Contudo, a fala de uma entrevistada, que há mais de 10 anos completou a sua graduação, denuncia a falta de alternativas para a capacitação em PIC:

*“Eu não tive a possibilidade, o privilégio de fazer através da secretária sem pagar nada. Eu acho que deveria de ser, a gente teria que ter isso dentro do SUS”.* (P8)

As entrevistas expressam diferentes aproximações que levaram os profissionais a procurar alguma instrução nas PIC. Uma das nossas entrevistadas relaciona sua proximidade com o Reiki à sua religião e Fitoterapia com a sua memória familiar:

*“O Reiki é uma coisa que vem acho que um pouco da minha religião, e depois eu conheci, não tem a ver com religião, mas tem a ver com espiritualidade [...]. A minha mãe cuidava da gente com a Fitoterapia, então vem da minha cultura assim, e eu sempre gostei, achei interessante, e sempre deu certo. E então assim, eu sempre trouxe isso já da minha criação mesmo [...]”. (P3)*

Encontramos também em outros estudos as percepções familiares e culturais de transmissão de conhecimentos e práticas quanto ao cuidado à Saúde (CRUZ; SAMPAIO, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012). A experiência dos profissionais com as PIC para a utilização em seus processos de adoecimento foi propulsora para uma outra forma de lidar com o sofrimento. Deste modo, o interesse desses trabalhadores parte da constatação dos benefícios em si mesmos por meio das suas trajetórias particulares de procura por cuidado:

*“[...] eu tenho depressão. Há um ano eu vi que não estava bem e, provavelmente, iria ter que retornar ao consultório psiquiátrico e não queria fazer isso. Então, vou tentar outra via. Foi quando eu comecei a tratar-me com Acupuntura e tem dado muito certo”. (P4)*

Nosso achado corrobora com outros estudos (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012; THIAGO; TESSER, 2011), os quais ressaltam a íntima relação entre a experiência pessoal e o interesse na educação nas PIC. A própria oferta de capacitações em Auriculoterapia pela SMS e Ministério da Saúde provocou naqueles profissionais que, antes não tinham interesse, uma sensibilização em relação às PIC:

*“E quando as meninas [outras profissionais] fizeram o curso, a gente conversou bastante sobre a Auriculoterapia, sobre os fundamentos, e eu me interessei bastante. E quando eu soube que a secretaria iria oferecer, iria ofertar o curso por aqui, aí eu decidi que eu ia fazer”. (P9)*

*“A Auriculoterapia, eu acho que foi meio por acaso. Quando o Ministério da Saúde ofereceu o curso eu meio que nunca tinha nem*

*visto, nem sabia direito o que que era ou não. E aí dos colegas falarem um pouco o que que era, eu interessei e fui fazer o curso”. (P7)*

Então, os nossos achados revelam que esses cursos introdutórios, ainda que incipientes, despertam nos nossos entrevistados o interesse pelas PIC (GONTIJO; NUNES, 2017; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

As afinidades com determinadas formações acadêmicas motivam o profissional educar-se nas PIC, fazendo com que o entrevistado estivesse mais familiarizado no campo de conhecimento regido por uma racionalidade que difere daquela a qual o trabalhador foi ensinado. Notamos no extrato abaixo que a Psicologia está bastante alinhada com a Terapia Comunitária:

*“Eu nunca tinha praticado em si a Terapia Comunitária, apesar de ser psicodramatista e tem muita coisa que é bem parecida em termos de técnicas [...]. Eu sou psicodramatista então como é uma coisa muito movimentada, Terapia Comunitária não é estanque, ela é movimentada [...]. Ela é bastante dinâmica então tem muito a ver com psicodrama também que é bastante dinâmico”. (P5)*

Diferentemente da formação acadêmica que considera, sobremaneira, os aspectos biológicos, os profissionais observam as questões para além da doença dos usuários. Trazem para as práticas assistenciais um outro olhar sobre o processo Saúde-doença. As formações acadêmicas mais tecnicistas, como é o caso da Odontologia, a formação em uma outra racionalidade médica desperta esses profissionais para um cuidado mais integral:

*“[...] esse curso, levou-me a ver que [...] a gente precisa olhar mais para o ser humano. Como um ser holístico mesmo. Que tem sentimentos”. (P4)*

*“[...] a gente tem muita desconstrução daquele cuidado só com medicamento, centrada no biológico. Tem uma desconstrução para gente entender o todo”. (P11)*

A formação e capacitação nas PIC realizadas por nossos entrevistados, pelo menos, favoreciam uma visão mais integral no seu trabalho na Saúde. A integralidade,

reconhecida como imagem-objetivo dentre os princípios constitucionais do SUS, tem se destacado por apontar o retorno das dimensões subjetivas e sociais como constitutivas do saber-fazer em Saúde (WENSCELAU; ROHR; TESSER, 2014). A busca por integralidade tem mobilizado experiências na educação profissional em Saúde, incluindo as que envolvem as PIC (AZEVEDO; PELICIONI, 2011; BOTELHO *et al.*, 2017; BRASIL, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2013; SALLES; HOMO; SILVA, 2014).

No entanto, uma das nossas entrevistadas que era fisioterapeuta e realizou o curso eletrônico de Reiki percebe limitações nesse formato educacional:

*“[...] cursos online são bons, mas não vão me passar o conteúdo como os presenciais. O que precisa é ofertar curso. Curso de verdade, curso com certificado, validado [...] a gente precisa promover cursos que sejam de, no mínimo, 120 horas e que tenha fundamentação teórica e científica [...] você simplesmente ir no portal e fazer o curso não é a mesma coisa, porque lá passa [de modo] muito limitado”. (P18)*

Nesse sentido, os profissionais que se capacitaram na Auriculoterapia consideram a carga horária reduzida como um dos principais pontos negativos na formação e/ou capacitação:

*“A carga horária era de 20 horas, presencial, em uma escola aqui em Goiânia, mesmo. Eu acho vinte horas muito pouco para entender a Medicina Tradicional Chinesa”. (P11)*

*“Acho que faltou. Foi muito rápido [...] O curso foi durante três meses, uma vez na semana, só. As aulas eram mais teóricas do que práticas. E, assim, achei que faltou muito”. (P1)*

*“Só a única coisa que achei ficou a desejar [foi] a carga horária, que foi menor. Eu achei que a gente precisava de ter tido mais a prática”. (P14)*

Nossos resultados concordam com os acupunturistas do estudo de Nunes *et al.* (2017), os quais criticaram e, até mesmo, eram desfavoráveis à oferta de cursos de curto duração. Acreditavam que, esse formato de capacitação, não seja capaz de explanar as complexidades da Medicina Tradicional Chinesa. Consideravam que só a aplicação da “terapêutica” não daria a garantia de execução de uma boa prática.

As várias racionalidades médicas coexistentes são oriundas de diversas culturas e épocas distintas, com conceitos diferentes de Saúde e adoecimento. Desta maneira, a formação em um sistema médico complexo exigiria cursos de longa duração, que no Brasil são ofertados, majoritariamente, em nível de pós-graduação e em instituições privadas. Nessa perspectiva, seria uma forma de coibir preconceitos do senso comum em relação as PIC (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Os nossos dados revelam que as capacitações das PIC são apresentadas de forma simplista, o que pode limitar a compreensão desses profissionais. Afinal, na prática do cuidado, esses trabalhadores se aproximam, teoricamente, de uma abordagem indivíduo-centrada, como na APS, mais ainda focalizada no tratamento das doenças. A falta de complexidade das PIC pode ocasionar o risco de submissão de um paradigma a outro, com prejuízos em suas contribuições (BROOM; ADAMS, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2018). Por isso, consideramos que a educação deve intensificar os pontos de aproximação e intersecção e as PIC e o modelo direcionado para o manejo da doença. Trazendo as possibilidades de interação e complementaridade entre eles, colaborando na formação de profissionais mais sensíveis com o cuidado ampliado, atenção integral e trabalho em Saúde mais resolutivo (NASCIMENTO *et al.*, 2013; TESSER, 2009a). Dificilmente, as formações em serviço conseguem a extensão e profundidade comparáveis à educação especializada, duradoura e aprofundada e com cargas teórica e prática mais abrangentes. Este tipo de formação quando existe nos serviços, geralmente, alcança(rá) uma parcela restrita de profissionais (TESSER, 2017).

Em contrapartida, a partir dessas capacitações de curta duração, são iniciados em alguma PIC, como uma estratégia de inclusão progressiva na APS como habilidade e competência dos mesmos profissionais que realizam o cuidado biomédico. Garantindo, no mínimo, o uso seguro das mesmas, como é o caso da Auriculoterapia. Com isso, podemos mostrar um estímulo sistemático à produção de ações de educação em serviço, na lógica da Educação Permanente. Essas experiências no serviço de APS na Região Metropolitana de Goiânia têm apresentado a potência desse esforço em capacitar profissionais em uma racionalidade não protocolar, ainda que raras até agora. Essa formação pode ser ainda mais potencializada se essas ações em educação em serviço fossem contextualizadas e voltadas para os problemas práticos do trabalho na APS.

Direcionadas a profissionais que aprendem e iniciam o serviço de PIC, com aceitação dos usuários e legitimação institucional (TESSER, 2017).

Notamos a presença de mensagens controversas e incoerentes repassadas pela coordenação e a equipe de Saúde, no que diz respeito à capacitação e formação nas PIC. Os profissionais não são estimulados a realizar cursos, supervisões e reciclagens. Essa dificuldade é ainda maior para aqueles trabalhadores que possuem vínculo empregatício frágil, conforme evidenciamos no relato a seguir de uma das trabalhadoras que era contratada:

*“Você acredita que depois de assinar o documento para fazer o curso, queriam voltar atrás? Ainda não sei o porquê, sabe? Assim, primeiro, não oferece nenhum curso [...] aí, quando oferece, ficou assim: Onde está o autorizo? O secretário [de Saúde] autorizou? Como assim? Não era para ser autorizado. Penso que é pela ausência [do trabalho]. Porque a gente tinha que se ausentar um período todo”. (P1)*

Somado a isso, a oferta das capacitações em Auriculoterapia não tem sido acompanhada de recursos financeiros para a sua implantação e implementação nos serviços de Saúde, como podemos notar nos trechos dos discursos da cirurgiã-dentista e farmacêutico que ofertam tal prática:

*“A coordenadora mesmo que está promovendo esse curso de Auriculoterapia que está ocorrendo [...] iria conversar com as pessoas... Para as pessoas [profissionais] investirem nas placas [das agulhas para aplicação da Auriculoterapia] só”. (P4)*

*“Na teoria a gestão central apoia, tanto é que fez o curso e tudo o mais. Agora, apoio prático mesmo, questão de insumos e etc, isso aí até hoje não aconteceu”. (P9)*

Para garantir que os profissionais estejam alinhados com a lógica da integralidade exige um esforço para além das suas graduações básicas, sendo fundamental o incremento de competências colaborativas para a superação do trabalho individual e hierarquizado no interior dos serviços. E essas mudanças são difíceis de ser encaradas, pois os profissionais foram formados na biomedicina e esta comanda os serviços de Saúde por seu predomínio, hegemonia. Então, tentar forma-se em outra

racionalidade que se difere da “normalidade”, configura uma nova lógica no agir desses profissionais, ao mesmo tempo, que enfrenta constrangimentos pela motivação em fugir do imobilismo que o sistema de Saúde tem imposto sobre os trabalhadores (CARNEVALE, 2018; OLIVEIRA, 2018).

O trabalho em Saúde exige novas posturas e colaboração do trabalhador para garantir os princípios doutrinários do SUS, mas a gestão não tem colaborado na oferta das PIC. Observamos que um movimento muito recente e discreto entorno da formação em Auriculoterapia tem acontecido na Região Metropolitana de Goiânia, ao passo que completamos treze anos de promulgação da primeira versão da PNPIC. Indubitavelmente, a fragilidade educacional em PIC apresentada por nossos entrevistados não pode ser culpa do trabalhador, mas sim, de um sistema institucional que prefere notabilizar o quantificável. As experiências dos nossos participantes evidenciam a sua busca pelas PIC, em que a formação fragmentada e superespecializada ensinada na universidade, não supre as necessidades dos usuários vivenciadas em suas Unidades de Saúde. Iniciativas estas não valorizadas por suas coordenações de equipes em Saúde. Vale ressaltar que a educação não pode ser considerada neutra e o conhecimento científico atende a determinado interesse (FEYERABEND, 2010). Isto posto, a formação e capacitação que despertam para a salutogênese, ou seja, na produção da Saúde, pode conferir em falta de apoio institucional e estrutural. Justamente, por não atender a ciência da doença – a patogênese – e o que é requerido na assistência tradicional na APS.

Shuval *et al.*, (2012) realizaram entrevistas com 15 médicos de Saúde da Família, os quais incorporaram PIC ao seu trabalho clínico em Israel. Esses profissionais sinalizaram o quanto o sistema não oferece uma medicina justa, igualitária e solidária. Enfatizam que os médicos convencionais focam na doença e não na pessoa. Há pouca consciência para o modelo biopsicossocial. De outro modo, o estudo revelou que a formação nas PIC enriqueceu a prática profissional dos entrevistados, tornando-os mais empáticos e demonstraram mais interesse pelos usuários. Logo, para esses autores, a “*cognitive boundaries*” (fronteira cognitiva) define os tipos de prática e conhecimento que são vistos como legítimos. Ao explicar suas razões para escolher as PIC, muitos dos participantes expressaram ampla crítica à normas da biomedicina. Adesão universal dos participantes a uma abordagem holística gerou objeções a muitos as normas da prática convencional

contemporânea, que é vista como segmentada, impessoal e excessivamente invasiva.

Então, as PIC podem ser consideradas como uma possibilidade de transformar as práticas profissionais. O que foi aprendido na educação continuada envolvendo as PIC pode ser aplicado a partir dos problemas enfrentados na realidade dos entrevistados, tendo em vista os conhecimentos e as experiências que as pessoas já tinham. Essa experiência prévia somada com um “novo” conhecimento, pode ultrapassar o mero repasse de conhecimento tradicional e conteudista, possibilitando a conscientização e a transformação social (LEMOS, 2010; 2016).

A exploração de tópicos das PIC nos currículos universitários e no treinamento em serviço promoveria um foco humanizante e salutogênico nos cuidados à Saúde, elucidando a natureza ampla, complexa e incerta da prática biomédica, desenvolvendo outras habilidades nas tomadas de decisões clínicas (TEIXEIRA; LIN, 2013). A organização do trabalho em Saúde tem alienado o trabalhador, ocorrendo um processo de reificação da sua essência, isto é, um estranhamento da sua própria condição humana, com repercussão nas suas relações sociais. Aprender PIC nesse ambiente pouco favorável, pode tornar-se uma ousadia e momentos de fissura nos processos instituídos (LEMOS, 2010).

De acordo com os entrevistados do estudo de Carnevale (2018), os quais eram coordenadores das Farmácias Vivas de diferentes localidades no território brasileiro, a falta de formação foi associada ao descrédito da fitoterapia, à falta de estudos científicos e à ausência de professores médicos capacitados para ministrarem disciplinas de plantas medicinais. A falta de mobilização política também foi apontada como um dos motivos para a ausência de capacitações em fitoterapia. Consequentemente, a falta dessa formação em PIC gera a resistência dos profissionais médicos. Nesse contexto, o predomínio do poder da categoria médica se sobressai em comparação com as demais. A debilidade formativa nas PIC pode aparecer como mais um elemento que fortalece a situação de fronteira dentro dos serviços de Saúde.

Mamarabadi (2015) avaliou o nível de conhecimento e as barreiras educacionais, por meio de entrevistas, entre os médicos que trabalhavam em um Hospital no Irã. O estudo identificou barreiras individuais, como a falta de cursos e treinamento em Medicina Alternativa e Complementar, o que concorda em parte com nossos

achados. Barreiras administrativas também foram encontradas, incluindo a rejeição médica contra a aplicação das PIC no serviço de Saúde iraniano. Podemos perceber, desse modo, que a educação nas PIC não é só um desafio brasileiro, mas encontra entraves nos sistemas de Saúde no mundo.

A resistência às PIC é resultado das prenoções de que se tratam de práticas obscuras, sem comprovação científica. Mas é notória as limitações do modelo biomédico. A frieza com que tem lidado com as questões humanas no encontro entre trabalhador e usuário, faz com que outras racionalidades sejam incluídas. Ao se considerar que todas as medicinas e terapêuticas apresentam limites na abordagem Saúde-doença-cuidado, a interação de diferentes paradigmas e modalidades terapêuticas pode contribuir para ampliar o teor de integralidade nas práticas de Saúde. Com a possibilidade de convivência e intercâmbio cooperativo entre as diversas racionalidades a serviço do indivíduo que necessita de cuidado. Por meio do trabalho interprofissional, o pluralismo em Saúde e complementaridade de saberes e procedimentos terapêuticos diferentes, em conformidade com cada situação de adoecimento em específico. Mas, para que isso ocorra, há que desenvolver estratégias de educação permanente e de formação que as tirem da situação de marginalidade (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2018; TESSER, 2009; TESSER, 2017).

Nessa lógica, para uma integração mais efetiva dessas PIC no cotidiano do trabalho na APS, o ensino nas PIC deve abranger um maior número de estudantes nos mais variados cursos da Saúde, durante sua formação profissional, com possibilidade de qualificação prática para aqueles que demonstrem interesse. Para tanto, são necessárias ações macropolíticas educacionais, considerando o retardo do processo de integração desses conteúdos às instituições de ensino superior. Logo, cabe a articulação interministerial, Saúde e Educação, para a inclusão oficial do tema no meio acadêmico, como conteúdo obrigatório, em consonância com o ensino, serviço e assistência, sobretudo, na APS e estímulo à pesquisa e pós-graduação (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

### 6.3 A organização do trabalho com as PIC

Esta categoria (ou nó) aborda a configuração do trabalho com as PIC e como se dá a sua relação com os serviços que estão estruturados para atender o modelo biomédico. Para as nossas entrevistadas, sobretudo, as enfermeiras, as quais implementam a Auriculoterapia na APS na Região Metropolitana de Goiânia, consideram que:

*“[...] a Prática Integrativa é um complemento [...] aquilo que o remédio, a medicação não alcança, essa outra parte pode alcançar”.*  
(P8)

Assim como os profissionais do estudo de Nagai e Queiroz (2011), os nossos participantes que adotam as PIC não se colocam em oposição diante da medicina científica tradicional, mas como uma dimensão que procura complementá-la. A proposta das medecinas alternativas e complementares viria preencher esse enorme vazio deixado pela medicina alopática.

Essa percepção direcionava o trabalho com as PIC nos serviços de APS. Percebemos três modos de como os profissionais da Região Metropolitana de Goiânia operacionalizam as PIC em seus processos de trabalho: (1) incorporada ao cuidado biomédico, sem local e horário específico para a sua implementação ou realizada nos grupos comuns à APS, como: de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), de gestantes, de crescimento e desenvolvimento infantil, idosos, Saúde Mental, de cessação de tabagismo, obesidade; (2) existência de espaço e horário determinado na agenda dos profissionais, com marcação de retorno e/ou continuidade do exercício da prática pelos usuários atendidos e; (3) um combinado das duas anteriores.

Identificamos que as PIC estavam sendo incrementadas nos serviços de APS na Região Metropolitana de Goiânia pelos os mesmos profissionais que fazem o cuidado geral dos usuários nas equipes de ESF. Por realizar tanto PIC quanto a biomedicina, são considerados profissionais híbridos, não se dedicando exclusivamente há uma conduta profissional convencional ou não (SCHVEITZER, 2015). Profissionais de serviços de atenção temática, no caso o CAPS, também prestavam auxílio, por meio das PIC, à ESF. As PIC também vem sendo

desempenhadas nos serviços de APS por profissionais atuantes em equipes de suporte, como, o NASF e Academia da Saúde.

A inserção das PIC via profissionais da ESF é o tipo mais comum encontrado na APS dos municípios estudados por Sousa e Tesser (2017). Isso se justifica pelo protagonismo dos profissionais praticantes (SALLES; SCHRAIBER, 2009; SOUSA; VIEIRA, 2005) e pelas PIC estarem mais alinhadas à ampliação do cuidado, reconhecendo o pluralismo terapêutico, no qual se convive com diferentes sistemas e práticas de cura, crenças e terapêuticas (ANDRADE; COSTA, 2010; SCHVEITZER, 2015). Com relação a inserção das PIC, por meio dos profissionais atuantes em equipes de apoio na Região Metropolitana de Goiânia, também foi encontrada em Recife (SOUSA; TESSER, 2017). Esse modelo pode ser estratégico para implementação das PIC pelo contato assíduo, presencial e personalizado com os profissionais e usuários da ESF (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Os profissionais que ofertam essas PIC na Região Metropolitana de Goiânia podem ser considerados trabalhadores de fronteiras, uma vez que se envolvem com mundos divergentes, intermediando os significados das PIC com a biomedicina. São “cruzadores das fronteiras”, atuando como pontes entre esses mundos, sendo a conexão que descomplexifica o trabalho de junção da coleta, síntese e interpretação das informações (CARNEVALE, 2018).

Dessa forma, esses profissionais funcionam como negociadores e facilitadores qualificados e, para que os usuários pudessem tomar parte das PIC, adotavam as seguintes estratégias: (1) quando desenvolvida em conjunto com a alopatia, a oferta do uso era relacionada com a iniciativa dos profissionais e/ou usuários, em comum acordo; (2) quando direcionados aos grupos temáticos da Unidade de Saúde, naquele lugar e horário, era facultativo ao usuário utilizar a prática ou não e; (3) a oferta acontecia paralela aos demais cuidados, porém a realização ou continuidade da prática, era agendada para o horário reservado às PIC.

Para os atendimentos, não havia número delimitado, a única exceção era Auriculoterapia. Alguns profissionais delimitavam as sessões oferecidas, o que pode indicar um aumento da demanda por atendimento e, por isso, estabelecer este critério. No decorrer do dia, a quantidade também não estava estabelecida, visto que poderia variar entre quatro a cinco, no Reiki e Acupuntura; três a trinta na Auriculoterapia; quatro a trinta nas práticas grupais. A duração do atendimento

dependia da prática ofertada e da necessidade do usuário naquele momento: em grupo, por volta de duas horas; o Reiki e Acupuntura, no máximo, quarenta minutos; a Auriculoterapia, em média, dez minutos.

Quanto ao perfil da demanda atendida pelos profissionais com as PIC:

*“A maioria é essa questão mesmo emocional. É a pessoa relatando ansiedade, depressão, crise de estresse, tem paciente também com [síndrome do] pânico e as questões mais de dores. Eu posso destacar as questões de coluna, joelho, são os principais. Insônia, também”. (P2)*

*“A maioria era idosa, já tinha algum problema crônico, artrose, artrite, mal de Parkinson, então tinha alguma questão já incomodando, labirintite, essas coisas”. (P3)*

*“São aquelas coisas do dia a dia, do cotidiano, uma ansiedade, uma síndrome do pânico, um quadro de um humor mais deprimido, questões de relações familiares, questões de relações conjugais, desemprego, é o que tem aparecido para nós”. (P5)*

Era uma demanda similar ao dos atendimentos da APS, com um grande número de casos inespecíficos, adoecimentos iniciais, quadros mal enquadráveis, sofrimentos pouco explicáveis (LIMA; SILVA; TESSER, 2014; MULLER, 2016; SOUSA; TESSER, 2017). Esses achados confirmam o que foi encontrado em estudos internacionais (GRACE; HIGGS, 2010; GUREJE *et al.*, 2015; HUNT *et al.*, 2010; SIROIS, 2008) e indica a potencialidade da PIC no atendimento de sofrimentos de difusos.

Com relação aos gestores locais dos serviços de Saúde, que estão administrando-os mais próximos da realidade dos profissionais e usuários, tentavam prestar o maior apoio possível para a execução das PIC. Contudo, era bastante delimitado:

*“A gestão local faz um esforço para conseguir. Um espaço, o material. Então assim, a gestão local eu sinto mais apoio, mas não depende deles, às vezes”. (P3)*

*“Eles [gestores] apoiam, assim, apoio moral sim, eles gostam, acham bom, divulga, elogia, eles apoiam nesse sentido”. (P7)*

Praticamente a totalidade dos nossos entrevistados apontaram que não há apoio ou incentivo das Secretarias Municipais de Saúde para a oferta da PIC:

*“Da Secretaria [Municipal da Saúde], eu não via esse apoio, não. Até porque essa questão até de pensar muito em número e essas coisas, acho que agora está começando devagar”. (P2)*

*“Eu acho que é indiferente. Nunca chegou nada aqui dizendo se é para fazer ou não [a Auriculoterapia]. Mas também, a gente não tem apoio”. (P4)*

À vista disso, não foi exibido um posicionamento contrário de gestores e gerentes para o atendimento das PIC realizadas. Verificamos uma espécie de autorização e consentimento, corroborando com os achados de Muller (2016) e Padilha e Oliveira (2012). Isso robustece ainda mais que as PIC vem sendo implementadas pela vontade dos profissionais em realizar outra prática no cotidiano do seu trabalho.

O desconhecimento e a desvalorização do trabalho com as PIC levam à humilhação do profissional, considerado como um passatempo. Essa percepção é sentida, especialmente, por aqueles profissionais que oferecem a PIC fora do centro de Saúde:

*“[...] dá impressão que é uma coisa de passar tempo, não funciona [...] os profissionais têm dificuldade de ver a gente saindo, não atendendo os pacientes aqui e atendendo lá fora. Existe isso, quebra um pouco, então essa rotina que é modificada com a nossa saída, nós ficamos quase uma tarde inteira fora [...] então se eu quero fazer Terapia Comunitária é porque eu quero, você entendeu? É mais ou menos assim porque o meu trabalho tinha que ser aqui nas quatro paredes”. (P5)*

Nessa perspectiva, a humilhação diz respeito ao posicionamento de quem perdeu o entendimento de si mesmo como de um doador. Quem é posicionado publicamente na figura do carente, aquele que não pode se ocupar do outro e não é reconhecido como detentor de bens e capacidades a oferecer, é considerado humilhado. Assume uma condição de subalternidade, subjugado ao superior que por sua vez mantém-se na ilusão de ser independente (GONÇALVES FILHO 1998; 2013).

As PIC não compõem as prioridades dos serviços, afirmando que a humilhação social é histórica e socialmente construída ao longo do tempo e também, interno ao indivíduo (OLIVEIRA, 2018). Gonçalves Filho (1998; 2013) explica que a humilhação crônica, oriunda da desigualdade social, entre ricos e pobres, aponta a exclusão habitual de uma classe inteira de homens para fora da subjetividade da palavra e da

iniciativa. Frisa ainda que a humilhação se equivale à angústia, assumindo internamente o corpo, a mente, a imaginação e a voz do humilhado.

Nesse seguimento, os nossos entrevistados expuseram um sentimento de exclusão, de estarem a parte, de não pertencer aquele local, inviabilizados de narrar o valor e a eficácia das PIC. Estas situações podem ser percebidas no extrato que segue, em que a profissional afirma que:

*“Uma coisa que é bem assim afastadora é achar o que acontece no serviço não tem nada a ver com a Terapia [Comunitária]. É como se a Terapia Comunitária não pertencesse ao serviço”. (P5)*

O relato dessa entrevistada denota as dificuldades no espaço técnico e político, contudo, o espaço físico é um problema claro. Nenhum serviço de Saúde tinha um local destinado exclusivamente para o atendimento, ocorrendo, então, em espaços diversificados e improvisados. As práticas de uso individual, como Auriculoterapia, Acupuntura e Reiki, eram feitas nos consultórios médicos, salas de procedimentos ou até mesmo nos corredores e na recepção das Unidades de Saúde. Nas atividades grupais, como a Terapia Comunitária e Arteterapia, quando não realizadas nos auditórios existentes, ocorriam em áreas cedidas pelas igrejas no território da comunidade atendida pela APS. A narrativa a seguir demonstra:

*“A gente não tem assim um local apropriado e a gente tem muito pouco apoio da Secretaria [Municipal de Saúde] nesse sentido. Porque o Reiki, por exemplo, tem que ter um ambiente, uma sala. Eu tenho que ter uma maca. Eu tenho que ter um som. Eu tenho que trabalhar com essências, que ela também é indicada, porque ela também é terapêutica, então eu tenho que criar um ambiente, não é? Para poder trazer esse paciente e trabalhar. Eu preciso de um local calmo, tranquilo. Então tem toda essa especificidade da terapia mesmo e que a gente não encontra, não encontra esse apoio”. (P3)*

Faltam também recursos para a implementação, cabendo aos profissionais a aquisição dos insumos e materiais necessários para que ocorram as PIC. As falas abaixo deixam explícita essa condição encontrada, em praticamente, todos os serviços, mas ela é mais destacada por aqueles profissionais que ofertam a Auriculoterapia, pois para a aplicação dessa PIC demanda a utilização de agulhas e

sementes:

*“Em termos, de estrutura de material, ainda estou tendo dificuldade. Porque ainda não entregaram nada para gente ainda, estou usando o meu material mesmo”. (P1)*

*“Então se a gente quiser trazer a Auriculoterapia para o serviço, a gente tem que comprar semente, a gente tem que comprar todo o material de Auriculoterapia para gente poder estar realizando”. (P9)*

*“Desde maio [de 2017] até hoje todas as sementes que foram usadas, a gente que comprou, álcool, algodão, tudo, é a gente que compra e usa. Então não tem apoio institucional, nenhum, na minha visão”. (P7)*

Se houvesse o repasse dos equipamentos feitos pelos gestores a oferta seria facilitada:

*“A única dificuldade é que ainda não tem material. Se tivesse material ficava mais fácil ainda”. (P17)*

*“No início e agora também, eu havia solicitado material para a secretaria, porém não tinha a disponibilidade desse material [...] acredito assim, se fosse uma coisa que a gente conseguisse, seria mais fácil com o recurso da secretaria”. (P19)*

Ischkanian e Pelicioni (2012) investigaram as percepções de gestores e profissionais sobre a implantação das PIC no SUS. Apontaram dificuldades no fornecimento de material e aquisição de insumos utilizados em algumas das PIC, constituindo-se em um grande problema para a sua oferta nas Unidades de Saúde. Os terapeutas comunitários do SUS de Santa Catarina, no Sul do Brasil, relataram a falta de local adequado para o trabalho nos serviços de Saúde. Oliveira (2018) também descobriu a ausência de espaço dentro dos serviços de Saúde para a execução do Liang Gong na APS na Região Metropolitana de Campinas, em São Paulo, bem como para armazenar o material utilizado nas atividades não biomédicas. Essa PIC era realizada nas praças, salões de igreja, associações de bairros e clubes. Observou-se que os recursos materiais eram adquiridos pelas instrutoras, comprados com dinheiro arrecadado pelas próprias profissionais. A carência de insumos básicos, a estrutura física, quando não está disponível, é precária e a falta de apoio do gestor municipal para a implementação das PIC foram percebidas pelos os gerentes dos

serviços de Saúde na Região Metropolitana de Goiânia no estudo de Barros (2018).

A falta de espaço físico apropriado para realização de uma prática não protocolar no serviço de Saúde foi relatada em Israel, o qual denominou esse fenômeno de “marginalização espacial”. Levantou-se que as PIC eram feitas afastadas do ambiente hospitalar, alocados nos fundos do centro físico do estabelecimento de Saúde ou até mesmo colocados fora do complexo do hospital. Os praticantes alternativos, estão admitidos dentro do âmbito do hospital, porém estão na periferia do seu espaço social e geográfico, protagonizando um *status* imaginário de um ser de outro mundo (MIZRACHI; SHUVAL; GROSS, 2005).

Essa tensão entre esses dois sistemas médicos complexos, dividindo o mesmo ambiente de trabalho, pode ser explicada pelo conceito de “*boundary at work*” (fronteira no trabalho). Em que ocorre a exclusão e a marginalização dos profissionais alternativos, sendo apontados como forasteiros, mediante os processos multidimensionais de definição das fronteiras simbólicas no campo. Tais processos são subentendidos e negociados de modo dinâmico e inconsciente entre os profissionais biomédicos e os não convencionais. O discurso médico detém o poder no campo, de modo que, simultaneamente, admite e recusa a PIC. Sem um enfrentamento aberto, sem que aconteça uma incorporação epistemológica entre biomedicina e medicina alternativa (MIZRACHI; SHUVAL; GROSS, 2005; SHUVAL *et al.*, 2012). No entanto, o embate constante gera a necessidade de uma conversação contínua, de negociação, de convencimento e de passagem para além dos limites dessa fronteira. Se atrever a atravessar essas demarcações, torna possível a hibridização entre os saberes científicos e populares (CARNEVALE, 2018).

Na Grã-Bretanha, a hegemonia da biomedicina foi decisiva para quais cuidados poderiam ou não integrar o sistema de Saúde, tendo em mente as evidências científicas. Por conseguinte, as PIC foram moldadas pela medicina contemporânea ocidental. Os profissionais que as realizam, procuraram qualificar suas práticas não-ortodoxas para obter uma auto regulação estatutária, potencializando sua afinidade com médicos ortodoxos e para compor o sistema público de Saúde. Apesar desses terapeutas não ter tido êxito econômico ou social, essa estratégia funcionou para uniformizar a organização das PIC, contribuindo para distinguir o profissional apto daquele sem qualquer preparo (CANT, 2009).

Esses mecanismos são adotados pelos trabalhadores de Saúde que utilizam as PIC na tentativa de assegurar seu campo de atuação, delimitar seu espaço, com objetivo de torná-lo mais abrangente, reafirmando-se como profissão autônoma e legítima. No entanto, esbarram-se no cientificismo, reverberando que somente a medicina ortodoxa pode dizer o que é verdadeiro ou não. Ora refuta as PIC, ora reconhecem a importância da sua utilização de forma cautelosa, posicionando-as no domínio das crenças e não aos fatos científicos (MIZRACHI; SHUVAL; GROSS, 2005; SHUVAL *et al.*, 2012).

Destarte, os profissionais executantes das PIC em Israel, na Grã-Bretanha, em Campinas e agora na Região Metropolitana de Goiânia, sofrem desvalorização e falta de reconhecimento. Isso são contingentes de produção de humilhação social. De modo que o silenciamento das suas vozes e das suas ações, impossibilitam esses profissionais de se colocarem no mundo e de ampliar estratégias de cuidado em Saúde (OLIVEIRA, 2018).

Mesmos aqueles que possuem um papel de maior destaque no gerenciamento do serviço de Saúde, como as enfermeiras, ficam evidente no relato abaixo que elas não têm autoridade para dizer sobre o seu trabalho com as PIC nas reuniões de equipe:

*“Muito difícil a gente tocar no assunto porque as pessoas não acreditam. Eu tenho colegas de trabalho que não sabe o que é uma acupuntura, fiz e não perceberam diferença. Não existe essa adesão, esse interesse por parte da equipe. Porque a única que tem interesse em prática aqui sou eu [...]. Talvez, eu não saiba informar adequadamente a característica do trabalho, o que que é para ser feito, o que que pode ser feito e qual a vantagem desse trabalho. Acho que não tem um apoio institucional para que isso aconteça. Acho que é. Acho que falta uma habilidade maior da minha parte também procurar demonstrar mais, talvez [...]”.* (P16)

A reunião de equipe é um momento em que as pessoas se apresentam, em que suas personalidades e individualidades se sobressaem mais abertamente. Ocasão oportuna para a organização e estruturação do trabalho, para o estabelecimento de diretrizes, sendo ponto-chave para as tomadas de decisões. Os casos dos usuários podem ser discutidos sob o ponto de vista interdisciplinar, com a estruturação de projetos e planos terapêuticos coletivos (GRANDO; DALL’AGNOL, 2010).

Todavia, essa profissional destaca o sentimento de não permissão para relatar seu trabalho com a PIC, faz uma autocrítica e se culpabiliza por não estar sabendo abordar a temática com os demais integrantes da sua equipe. Esse pensamento denota que sua atitude em aplicar a PIC não tem valor e que deve permanecer invisível. Inegavelmente, é incentivada a não falar, a não se expressar. Se os profissionais biomédicos não acreditam, seu trabalho com a PIC permanece no anonimato. Nessa sequência, um círculo vicioso é formado. Os profissionais não se sentem seguros em compartilhar suas experiências com as PIC com os outros trabalhadores da Unidade de Saúde. Tal qual, esses profissionais que exercem somente o cuidado protocolar, não se interessam pelas PIC. Com isso, casos não são discutidos e os usuários não são encaminhados ou acompanhados (OLIVEIRA, 2018).

Além das reuniões de equipe, o prontuário é um instrumento de comunicação essencial entre os profissionais de Saúde. Seu registro é imprescindível para que APS cumpra seu papel de coordenadora do cuidado e realize o acompanhamento longitudinal dos usuários. De modo que essas informações possam ser acessadas pelos profissionais da média e alta complexidade, garantindo a continuidade da atenção à Saúde (OLIVEIRA, 2018).

Os procedimentos envolvendo as PIC na APS na Região Metropolitana de Goiânia são registrados de diversas maneiras: as mais recorrentes, em cadernos, agendas, livros-ata, prontuários físicos que continham, geralmente, informações pessoais dos usuários. Mas também, havia serviços de Saúde que dispunham de prontuário eletrônico para discriminar a realização da PIC. E, ainda, encontramos uma profissional que não fazia o registro, que justifica e reconhece a sua consequência:

*“[...] porque até então eu estava fazendo [a prática] para ajudar o outro, mas não estava registrando [...]. Até no prontuário eletrônico, não estava jogando os atendimentos, e aí eu vou fazer isso agora. Mas eu não registrei nada, nada, nada [...]. Uma das coisas que a gente percebeu dentro do município [...] é que existe muita coisa sendo feita, mas ela não está [sendo] registrada. A gente precisa registrar isso porque, sem [estar no] papel, não vai”. (P17)*

Isso acarreta em invisibilidade da oferta das PIC, uma vez que ela não seria encontrada pelas fontes de informações oficiais do SUS. Também nos indica a falta

de apoio dos gestores na realização da PIC e institucionalização frágil da sua oferta (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Essa inconsistência do registro das PIC nas fontes de informação foi relatada por outras pesquisas (HABIMORAD, 2015; LIMA; SILVA; TESSER, 2014; SOUSA *et al.*, 2012; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Além disso, informações que poderiam ser relatadas e documentadas nos prontuários são perdidas, como os resultados positivos advindos por meio das PIC de acordo com o relato dos entrevistados, como: a melhora da Saúde física e mental, diminuição do consumo de medicamentos e resgate da autonomia e autoestima dos participantes. Logo, o acompanhamento do usuário fica comprometido. Situação semelhante foi observado no estudo de Oliveira (2018), em que as Agentes Comunitárias de Saúde, instrutoras de Liang Gong, na APS de Campinas, também deixavam de relatar os benefícios dessas práticas para os usuários pela falta de registro nos prontuários.

O trabalho desses profissionais, desta forma, também não é visto por ninguém. Essa evidência reforça mais uma vez que o trabalhador de Saúde alternativo na Região Metropolitana de Goiânia é um ser que sofre com a “invisibilidade pública”. Essa expressão é produto da humilhação social que, de acordo com Gonçalves Filho (2013), consiste em uma ação pela qual alguém humilha ou é humilhado. Uma pessoa é colocada em uma posição inferior em relação à outra. Esse sofrimento de angústia é vivenciado pela classe dos trabalhadores subalternos, dominados e destituídos de expressão social e política.

Outro produto proveniente da “invisibilidade pública” seria a reificação, caracterizada como um processo típico do mercantilismo. As pessoas, objetos, instituições e relações se apresentam na consciência dos homens como valor econômico, como valor de troca. Conseqüentemente, o trabalho não desponta por suas qualidades, mas restritamente para ser comercializado. Relações entre as coisas são estabelecidas e, com isso, o homem se apaga, se mantém à sombra (COSTA, 2004).

Esse fenômeno é comum para os trabalhadores do sistema capitalista, em que o homem também é convertido em coisa. Nessa lógica, tudo passa a ser, primariamente, uma mercadoria (COSTA, 2004). Tal fenômeno pode ser observado nos seguintes extratos:

*“A gente registra nesse caderno [...]. A gente anota o nome da pessoa, o da mãe e a data de nascimento, porque é os dados que precisam para pôr no sistema lá. Por que é exigido, não é? A produtividade, para lançar no computador, aí a gente registra pra poder lançar no computador”. (P7)*

*“Nós temos também que ter uma produtividade e isso eu acho que vai entrar como produtividade, apesar de que a gente está sem computador para lançar e tudo, mas aí eu registro, eu faço aqui um registro”. (P8)*

À vista disso, os profissionais percebem que a preferência por atividades que propiciam um grande volume de atendimentos seriam um dos imbrólios frente às PIC, porque demandam um certo tempo com os usuários, comprometendo assim o andamento da assistência prestada na Unidade. Fortificamos com esse achado que as PIC também podem ser usadas para superação das estruturas deficitárias situadas no trabalho na Saúde, no ideário “gerencialista”. Esses profissionais têm liberdade para executar as PIC, entretanto existe uma relação de trabalho verticalizada, com valorização do acúmulo e alcance de produção (CHANLAT, 2002; CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2012).

Dessa forma, as profissionais que implementam o Reiki, uma prática que demanda um tempo maior e menor número de atendimentos. Salientam que quando diferentes PIC eram oferecidas na Unidade de Saúde, uma era mais valorizada do que a outra, justamente por observar a melhor adaptação ao funcionamento do serviço:

*“Auriculoterapia dá para trabalhar números porque é rápido, o atendimento é cinco, 10 minutos. E aí as práticas são totalmente diferentes umas das outras. No Reiki, se eu ficar uma tarde inteira atendendo, eu vou atender quatro. Auriculoterapia se ela ficar a tarde inteira ela atende 20, 30 [pessoas]. Então tem essas diferenças, existe essa cobrança de tempo, de número, para jogar no relatório”. (P3)*

No capitalismo contemporâneo, intensificam-se a precarização e a exclusão do trabalho, resultando em diferentes formas de reificação, mais desumanizadas e brutalizadas. Nem o trabalhador, nem qualquer outro, por maior versatilidade que seu trabalho lhe proporcione, por mais intencionalidade que lhe seja atribuída, não deixa de estar submetido à lógica do capital, que passa ser a essência do homem.

Há um processo de reificação, o que era humano se torna matéria (LEMOS, 2010; 2016).

Além do mais, posicionar as PIC sob o domínio institucional e biomédico pode ser entendida como uma domesticação, tornando o que é estranho em algo comum e palatável para o gosto local. Essas novas formas híbridas conformadas durante esse processo, exemplificam o sentido da cultura anfitriã, singularizando o que ela pretende, juntamente com que ela não pode abdicar. Tentam ajustar a PIC na biomedicina, fazendo-as mais receptíveis culturalmente, menos incomuns e desafiadoras para a sua implementação. Isso significa adaptar outros paradigmas ao seu paradigma (CARNEVALE, 2018; SHUVAL *et al.*, 2012). Essa domesticação foi relatada por Carnevale (2018) em que identificou, reiteradamente, a submissão do uso das plantas medicinais ao conhecimento técnico e científico. A manutenção dessa hegemonia, não implica em legitimação do pluralismo terapêutico e não se trata de uma complementação de saberes. Pelo contrário, há uma extinção das diferenças originais e a criação de um falso contexto de cultura comum.

A desumanização dos serviços, a individualidade presente no trabalho em equipe, poderia ser superada por práticas assistenciais pautadas em outras racionalidades médicas, a partir do encontro entre trabalhadores e usuários. Mas, evidenciamos que as condições da oferta das PIC nos serviços de Saúde na ótica desses profissionais estão sujeitas à lógica da produção (CHANLAT, 2002; CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2012; LEMOS, 2010).

Compreendemos que há uma fragilidade na implementação das PIC por não tratar a relação entre a infraestrutura/superestrutura e pelas relações de poder biomédico estabelecidas dentre das Unidades de Saúde. Embora tenhamos a vigência da PNPIC e mesmo a APS vinculada ao cuidado biomédico, mas sua estruturação se baseia na crítica ao reducionismo biológico, as PIC nos serviços de APS na Região Metropolitana de Goiânia é invisibilizada: pela inconsistência de registro nos prontuários, pela falta de um espaço reservado para o desenvolvimento da sua oferta e a ausência nas reuniões de equipe (OLIVEIRA, 2018; TESSER; SOUSA, 2012).

Nessa sequência, estudar as PIC pode levantar bastantes discussões entorno das relações de trabalho que se estabelecem entre os profissionais no âmbito do SUS. De modo que, os profissionais entrevistados atribuíram percepções positivas à oferta

de PIC para a equipe. A existência dessas práticas nos serviços pode acarretar a integração de diferentes profissões que a compõem. Essa percepção vem, especialmente, daqueles profissionais dos NASF e Academia da Saúde. Posicionados para dar suporte às equipes básicas, se sentem mais integrados à ESF. Segundo os nossos entrevistados, as PIC se tornam importantes estratégias de aproximação entre as equipes de APS:

*“[...] porque a gente trabalhava muito no apoio aos casos complexos que as equipes traziam e que estavam com dificuldade. Geralmente eram casos de Saúde Mental, do uso de álcool e outras drogas. Só que percebia, por ser um caso complexo, demandando muita energia, a gente via que acabava tendo um desgaste da relação entre as equipes e entre nós mesmo [do NASF]. Às vezes existia muita frustração em torno dos casos por ter sucesso ou não. Com relação às Práticas e os profissionais das equipes da Saúde da Família, vejo que abriu portas para nós, podendo prestar [apoio] em outros sentidos, trazendo resultados mais rápidos”. (P2)*

*“Agora com as equipes apoiadas eu creio que a gente conseguiu proximidade. [...] o NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família] era um serviço que reunia bastante, a gente discutia, mas eu acho que as equipes sentiam um pouco a necessidade de algo que viesse a “resolver” algumas situações que eles tinham, e a Auriculoterapia eu entendo que ajuda um pouco nesse aspecto”. (P9)*

A partir disso, os profissionais selecionavam quais as melhores condutas que poderiam ser adotadas para que os usuários pudessem sanar suas dificuldades, revelando as possibilidades de melhorar a qualidade das ações desenvolvidas nos serviços de Saúde:

*“[...] você pode observar melhor e aí você vê realmente ‘Terapia Comunitária mesmo, a pessoa não precisa. Às vezes só um atendimento em psicologia. Não precisa de medicação, não precisa de nada’. Ou outras vezes, não. ‘Precisa de uma avaliação médica, não vou pegar este barco sozinha. Preciso ter um outro profissional olhando esta pessoa e tal’ [...]. (P5)*

É importante pensarmos como a equipe de trabalho é desenvolvida. Como o serviço acontece entre os profissionais. Visto que um grupo de pessoas não formam, obrigatoriamente, uma equipe (OLIVEIRA, 2018). Fortuna *et al.* (2005, p. 264)

definem o trabalho em equipe como “uma rede de relações entre pessoas, de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais”.

Pesando nisso, as equipes apoiadoras à ESF foram criadas para ajudar a resolver e pensar nas necessidades dos usuários e nos determinantes sociais que causam os problemas de Saúde. Essas transformações nas políticas de Saúde, nos modelos assistenciais e de recursos humanos originaram uma nova concepção de “trabalho em equipe”. Substituindo o trabalho independente e isolado de cada profissional para uma unidade produtiva (MATTOS, 2004). Mesmo com a adoção de tais medidas, pode-se criar um tensionamento com o paradigma dominante, com vistas para a doença, o hospital, a biomedicina. Esse quadro pode gerar conflitos e disputas pelo poder (OLIVEIRA, 2018).

Isto posto, observamos o estabelecimento de conexões e interfaces entre os profissionais, articulando práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada. Assim como a formação de alteridade, a superação da inércia e indiferença burocrática intermediada pelo respeito e reconhecimento aos diferentes conhecimentos. As PIC constituem, portanto, uma maneira de estreitar os laços das equipes na APS (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

As PIC podem conferir horizontalizações dos poderes, opostas às relações hierárquicas no processo de trabalho das equipes, que é um dos maiores empecilhos para a consolidação da interprofissionalidade. Favorece uma maior comunicação, com a tomada de decisões compartilhadas, a escuta atenta e uma dinâmica de aprender com o outro, sobre o outro e para o outro (BARR *et al.*, 2008; BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

Contudo, os profissionais da APS também percebem aspectos negativos da oferta de PIC para as equipes de Saúde. Nos seus discursos, observamos que a organização do trabalho com as PIC pode acarretar em prejuízos para outros serviços tidos como prioritários. Nessa perspectiva, as PIC provocariam tensionamentos para a realização das demais atividades, como destacamos no trecho abaixo:

*“[...] uma pessoa que faz a Terapia Comunitária, ela tem que dar conta dos atendimentos individuais, ela tem que dar conta de triagem, acolhimento, tudo aquilo que todo mundo faz. Então se eu quero fazer Terapia Comunitária é porque eu quero, você entendeu? É mais ou menos assim, porque o meu trabalho tinha que ser aqui nas quatro paredes”. (P5)*

Os profissionais que conduzem as PIC também se sentem sobrecarregados. Não podem abandonar a realização de atividades básicas do processo de trabalho da APS. Uma das nossas entrevistadas afirmou que a oferta da PIC

*“[...] aumentou a minha carga horária. Assim, aumentou não no sentido de horários, aumentou minha carga... assim estava ficando um pouco difícil, porque até a gestora veio conversar “olha, tem os outros grupos”. Geralmente, eu tenho o grupo de gestante, de CD [Crescimento e Desenvolvimento da Criança], de prevenção. Então eu tenho vários grupos, aí como estavam querendo que aumentasse a quantidade de eu pôr os pontinhos [a Auriculoterapia], eu falei assim “não, não dá, não é?”. (P14)*

À vista disso, as PIC eram atividades não prioritárias na rotina de atendimento da equipe no serviço. Essas percepções são sentidas, essencialmente, pelas enfermeiras que detêm um papel de destaque nos serviços de APS, como evidenciamos nas falas a seguir:

*“Eu estou fazendo uma Auriculoterapia aqui em você, aí eu tenho que parar para atender uma intercorrência, mas isso já faz parte do meu processo de trabalho todinho. Mas só que eu acho que a Auriculoterapia é uma coisa assim que às vezes está bem na hora da paciente está falando da ansiedade, falando daquilo, eu tenho que parar. Mas eu não tenho outro jeito de mudar porque quando eu estou com uma gestante ou quando eu estou... porque é o enfermeiro que tem que passar para gente fazer uma classificação para saber se ele vai entrar na consulta de hoje, se eu vou agendar, se eu vou resolver o problema dele. Mas é um processo que acontece todos os dias, só que a Auriculoterapia é uma coisa assim mais... É uma afinidade que você precisaria ficar um tempinho com aquela paciente até sem interromper, você entendeu? Porque às vezes ela estava me contando uma coisa, uma ansiedade ou algo dela e quando eu... às vezes tenho até que tirar o paciente daqui para atender uma intercorrência que eu preciso atender [...]”. (P14)*

*“Precisaria determinar um horário específico que eu possa executar só isso, porque no momento eu tenho várias atribuições a cumprir e*

*eu não posso dedicar a esse atendimento que vai me exigir tempo e dedicação [...]. Porque eu acho que não existe um interesse em buscar essa prática. Culturalmente, ela não é importante, culturalmente, o que é interessante é só a parte curativa principalmente para Atenção Básica”. (P16)*

Sinalizamos com essas percepções negativas, o enfrentamento de conflitos e de baixa visibilidade nas relações entre as equipes de Saúde. O profissional que possui alguma formação e/ou que tenha o interesse em desenvolver alguma PIC tem que acordar com a gestão dos serviços e/ou demais profissionais, exclusivamente da biomedicina, para executá-las. Os nossos entrevistados, assim como no estudo de Barros, Spadacio e Costa (2018) com os gestores das unidades de APS na Região Metropolitana de Campinas, no estado de São Paulo, narram não só a existência desses conflitos, mas também que as PIC não são consideradas como atividade primordial nas Unidades de Saúde.

Adotar uma outra racionalidade médica, dentro dos serviços de Saúde que primam pelo modelo biomédico hegemônico, voltados para o assistencialismo fragmentado, pode resultar em repressão, comprometendo o trabalho em equipe. Então, era um profissional “novo”, que propõe implantar e implementar uma prática também “nova” para o serviço de APS. Pelas PIC estarem fundamentadas em outros paradigmas, esses profissionais enfrentam essas dificuldades por comumente os indivíduos estarem arraigados em uma cultura institucional que dificulta a integração de quaisquer práticas que fogem do convencional (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; NAGAI; QUIEROZ, 2011; SOUSA; VIEIRA, 2005).

Esse interesse por uma ação criativa e transformada é uma forma de deixar essa inércia institucional, que pouco atende as necessidades do usuário, e fortalecer o cuidado integral e emancipador. A afeição pelas PIC também pode ser explicada por essas novas práticas que introduzem uma mistura entre o individualismo e o compromisso com o cuidado da população na APS (BARROS; SPADACIO, COSTA, 2018), como podemos notar nos dois extratos a seguir:

*“O meu negócio era só ficar no posto mesmo e procurar mais alguma coisa para incrementar. E que também a odontologia, de certa forma, estava ficando pequena. Meus pacientes chegavam com alguns*

*anseios que, eu olhando exclusivamente a boca dele, eu não ia conseguir resolver”. (P4)*

*“[...] essa oferta começou quando a gente percebeu a necessidade do idoso quando ele busca todo dia a Unidade [de Saúde]. todo dia ele estava aqui. Ai a gente começou a perceber, “mas por quê? Ele não está doente”, ele vem aqui para conversar e a gente não tem esse tempo aqui para conversar com eles”. (P6)*

Todavia, por qualquer motivo que seja para justificar a adoção de práticas não protocolares na APS, sua ação ocasionará possíveis conflitos interprofissionais. As relações de poder que se estabelecem no campo da Saúde, de ordem corporativa, burocrática e estrutural, condicionam a manutenção das disparidades no trabalho das equipes em Saúde. Essas assimetrias delineiam hierarquias, verticalizações e preconceitos, proporcionando uma desconexão do trabalho e comprometendo a organização dos serviços de APS alicerçada na interprofissionalidade (BARROS; FIUZA, 2014; BARROS; SPADACIO, COSTA, 2018).

Evidenciamos a clara falta de apoio institucional para a inclusão dessas PIC, visando o fortalecimento do trabalho integrado e colaborativo. As iniciativas isoladas e individuais (que devem ser respeitadas e dignas de menção honrosa na realidade goiana) participam e são importantes para o trabalho em equipe. Contudo, as normativas institucionais acentuam as discrepâncias de poder em não eleger novas configurações de trabalho em Saúde. Enquanto esse cenário se manter, teremos dificuldades de avançar em uma cultura colaborativa no setor Saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; PARADIS; WHITEHEAD, 2017).

A oferta das PIC na APS, deixa mais clara a assimetria de poder institucional, com a manutenção de relações corporativas e, socialmente, hierarquizadas. Em decorrência dessa maneira de organizar o trabalho, atinge as equipes e se coloca como obstáculo para o trabalho coletivo (PARADIS; WHITEHEAD, 2017). Tanto que os profissionais que indicam ou divulgam as PIC têm pouco intercâmbio com os que as executam:

*“A gente conversava no momento em que o paciente estava aqui, quando ele encaminhava, mas depois a gente não conversava mais a respeito. Acho que por conta do processo do trabalho, mesmo. Por falta de tempo e pelas outras demandas do serviço”. (P11)*

Esses profissionais discutem se o usuário chegou até a PIC, mas não o caso em si e, diante da realização de diferentes tarefas dentro da Unidade de Saúde, isso acaba sendo feito superficialmente ou não acontece. Com isso, perdem por não realizar o que é preconizado na APS, de modo interprofissional. Organizando-as de uma maneira fracionada e isolada do funcionamento do serviço (SCHVEITZER, 2015).

O desafio destes profissionais, juntamente com a equipe multiprofissional, é constituir uma comunicação interprofissional que oportuniza o debate dos problemas do dia-a-dia e necessidades de Saúde, com a decisão compartilhada por todos componentes da equipe (BARROS; SPADACIO, COSTA, 2018). Pereira, Rivera e Artamann (2013) realçam que o trabalho em conjunto e articulado requer comunicação fluida, sendo uma das condições para que as equipes potencializem sua capacidade de cuidar e resolver os problemas de Saúde dos usuários.

Apesar da marginalização espacial e invisibilidade pública das PIC na APS na Região Metropolitana de Goiânia, elas realizam uma conexão entre as equipes de Saúde. Demonstra um avanço importante na alteridade entre os profissionais, ou seja, um certo reconhecimento ao outro como incentivo ao trabalho partilhado. Esses profissionais são trabalhadores de fronteiras, que habitam mundos diferentes, negociam significados entre conhecimentos distintos, atravessam limites e são pontes entre saberes e experiências.

#### **6.4 Concepções de Saúde e cuidado**

Atualmente, diferentes conceituações de Saúde e cuidado tem se destacado como orientadoras das práticas assistenciais. Esses conceitos têm se ancorado em dois paradigmas: o biomédico e o vitalista. O paradigma biomédico caracteriza-se como a ciência da doença, tendo, por objeto, a doença e, como objetivo, a eliminação da doença. O paradigma vitalista se constitui pela vitalidade ou pela expansão da Saúde, tendo como objeto o indivíduo “desequilibrado” ou “desarmonizado” e, por objetivo, o restabelecimento ou a ampliação da Saúde. Na biomedicina, a categoria central é a doença e, nas medicinas vitalistas, a categoria central é a Saúde, o equilíbrio como sinônimo de harmonia vital (LUZ; BARROS, 2012).

Ao perguntamos como as PIC poderiam promover a Saúde, os profissionais faziam

referência à prevenção de agravos à Saúde, reafirmando o preventivismo, característico do modelo biomédico. Algumas palavras, como “orientação”, “preventiva”, “informação”, “profilático” são recorrentes nos discursos dos profissionais:

*“Tanto a questão mesmo... Preventiva. [...] Então [...] melhora os sintomas. [...] Ameniza os sintomas daquilo e que pode ser um fator a mais aliado ao tratamento tradicional.” (P2)*

*“A Terapia Comunitária funciona como um trabalho profilático também nesse sentido”. (P5)*

*“Se a pessoa chega com uma dor e depois a dor melhora, se a pessoa está nervosa e depois fica calma, promove Saúde”. (P7)*

*“[...] eu acho importante porque a gente trabalha muito na prevenção. E aí a gente orienta, faz algumas orientações”. (P13)*

Tesser (2009a) demonstrou o potencial das PIC para a promoção da Saúde. Contudo, nossos achados evidenciam uma imprecisão dessa concepção, pois os profissionais também a entendem como redução do risco de doenças ou outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003), tal como encontrado por outros autores (LIMA; SILVA; TESSER, 2014; SCHVEITZER, 2015).

Por isso, as PIC assumem uma forma de estimular mudanças de hábitos de vida e comportamentos. Estão intimamente ligadas aos modos tradicionais de cuidar, tendo papel prescritivo que deve ser seguido para obtenção do êxito terapêutico e como estratégia de constante vigilância, “ao cobrar” dos indivíduos estilos de vida considerados saudáveis, a saber:

*“Eu falei para elas [usuárias] que vai ter uma penalidade: quem faltar duas caminhadas não vai ter mais a assistência de Auriculoterapia. [...] Porque muitas às vezes querem vir só colocar os pontinhos [da Auriculoterapia], não querem fazer o resto, não quer caminhar, não faz a dieta. Quando não perdeu peso, eu brigo. Quando perdeu, eu as parablenizo. E fico falando que tem que ter atividade física, porque a Auriculoterapia ela veio para complementar”. (P14)*

Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Muller (2016) e Lima, Silva e Tesser (2014). Na promoção da Saúde, ações que atuem nas mudanças de hábitos

e comportamentos, são importantes. Entretanto, necessitam estar articuladas com políticas públicas, envolvendo o ambiente físico, social, político, econômico e cultural, para que favoreça o conceito mais amplo de promoção da Saúde e alcance melhores condições de vida (KICKBUSCH, 2010; TESSER, 2009a).

Reforçamos, com esse achado, a medicalização da sociedade, na qual os corpos individualizados passam a ser alvo de preocupações, responsabilizando cada vez mais os indivíduos pelos riscos aos quais estão submetidos. Isso resulta em um autocontrole dos indivíduos (LUZ *et al.*, 2017; ROSE, 2007; TESSER, 2006). Entendemos que é preciso ter cuidado com o consumo incessante de diferentes práticas, mesmo que essas “terapêuticas” sejam as PIC. Isso pode trazer aquele conceito da OMS, colocando a Saúde como algo que deve ser perseguido, mas, no fim, nunca conseguiremos atingir o ápice do bem-estar físico, social e mental (LIMA, 2012; STARFIELD, 2002).

Empregadas desse modo, reduzimos as PIC a um conjunto normatizador de “novos consumos em Saúde”, consolidando a *higiomania moderna* (NOGUEIRA, 2003; TESSER; BARROS, 2008). Isto é, ao mesmo tempo, a Saúde é autonomista e está ao alcance de todos, desde que adotem a normatização de um estilo ou hábito de vida e fujam dos riscos sobre os quais foram advertidos (NOGUEIRA, 2003).

Diante desse perfil, os profissionais ainda realizam o diagnóstico das PIC pautado no modelo biomédico. Especialmente, evidenciamos esse achado na Acupuntura e Auriculoterapia:

*“Eu tenho que associar, que a minha cabeça é muito matéria. Então, querendo ou não, eu tenho um pouco da história física, que para mim é muito presente. Às vezes eu tenho mais facilidade pela parte física e eu vou lá na Acupuntura e pego alguma coisa para eu tentar implantar. Mas só Acupuntura, aquele gráfico dos [medianos] e aquela coisa, eu tento fazer, mas eu não sou muito precisa nisso”.*  
(P16)

Podemos confirmar a presença de mais um elemento da biomedicina (a doença) e dos seus objetivos (a eliminação da doença) no interior das PIC, concordando com Schweitzer (2015). Destacamos que, por se tratar de racionalidades médicas e práticas terapêuticas diferentes, possuem uma diagnose independente da biomédica

(ROCHA *et al.*, 2015). No entanto, o diagnóstico se mostra ainda bastante pronunciado no manejo dessas PIC.

Em contrapartida, enfatizamos a concepção holística que pode caracterizar um aporte para fomentar um cuidado além do repasse de informações a ser obedecida pelo os usuários através de práticas que considerem os indivíduos em sua totalidade, aparece com notoriedade nas entrevistas:

*“[...] e as práticas trazem isso, essa forma de ver e cuidar do indivíduo como um todo”. (P3)*

*“[...] no Reiki, na aplicação, você vê ali a pessoa, o humano, o sentimento, aquilo que está atrapalhando-a, o relacionamento que ela vive, a família, o cotidiano, então a gente pega a pessoa praticamente como um todo, na minha visão”. (P8)*

*“[...] entender que aquele órgão não é só um órgão, você passa enxergar além disso. Aquelas coisas abstratas em que o paciente falava, e que você acreditava que não tinha nada a ver com o quadro sintomatológico dele, passa a ter valor”. (P11)*

Acreditamos que essa compreensão dos sujeitos como um todo, pode ser resultado dos conceitos ampliados em Saúde identificados nas falas desses profissionais:

*“[...] porque, para mim, Saúde é lazer. Saúde é um bate-papo [...]. Você passa a pensar em outras coisas. Você deixa de pensar ‘minha pressão [arterial] está alta, minha diabetes está alta’, você passa a ver o outro do seu lado [...]. Você se distrai, você está fazendo aqui um trabalho manual, você não está só focada naquela sua [doença]”. (P6)*

Mesmo que o adoecer seja o objetivo e motivo para a oferta da PIC, a singularidade do sujeito era enxergada como uma tentativa de fazer com que o usuário atingisse sua estabilidade física, emocional e mental por meio dessas práticas:

*“[...] Que eu acredito que a gente, energeticamente, tem um compromisso maior do que o físico. O físico está ruim porque a energia não está bem distribuída [...]. Reequilibrar a parte física, a parte emocional. Todos nós ultimamente estamos com bastante dificuldade nessa parte emocional, psíquica, que a gente está um pouco desequilibrada com essa vida atribulada que a gente tem”. (P16)*

Logo, a compreensão holística permite estimular a Saúde física, mental, social e espiritual envolvendo uma concepção ampliada de Saúde. As PIC também se estruturam e atuam por meio de uma conceituação positiva de Saúde (SCHVEITZER, 2010; SCHVEITZER, 2015). Dessa forma, proporcionam cuidados terapêuticos que estimulam potenciais de cura, fortalecendo a Saúde (TESSER, 2009a).

Nesse sentido, os profissionais entendem a ineficiência da dualidade preconizada pelo modelo biomédico, desconsiderando mente, corpo e espírito como uma só unidade, remediando o irremediável. As PIC trazem para a cena essa subjetividade renegada pela racionalidade médica contemporânea, pois:

*“[...] a medicina tradicional ocidental ela é focada na questão da consulta médica. Na questão do medicamento, medicalização do sofrimento, na verdade. Mais que tem algumas questões que a medicina ocidental ainda não conseguiu [desenvolver], como, por exemplo, você não tem medicamento para solidão, você não tem medicamento pra algumas situações que acontecem na vida prática e que a pessoa acaba se encontrando em dificuldades. Eu acho que a Auriculoterapia, o Reiki, as práticas integrativas de uma forma geral, elas vêm ampliar aquilo que a medicina ocidental prefere colocar debaixo do tapete, prefere dar um medicamento para mascarar o sofrimento do que tentar entender o indivíduo”. (P9)*

As necessidades de Saúde não se configuram somente como necessidades médicas, da mesma forma que não se limitam às doenças, os riscos e padecimentos. Estão muito mais relacionadas com as carências e vulnerabilidades mediante identidades e modos de viver, expressos nas condições essenciais para desfrutar a vida (PAIM, 2006). As práticas de Saúde contemporâneas apresentam em seu desenvolvimento científico e tecnológico sérias limitações para efetivamente responder às essas necessidades complexas (AYRES, 2009d). Diante desse panorama, as PIC podem responder à essas problemáticas, oferecendo respostas frente à demanda por condições que a biomedicina não tem conseguido atender e, por vezes, negligenciadas (TESSER; BARROS, 2008).

O cuidado retoma a ideia de um processo de sociabilidade, numa construção compartilhada entre profissional e usuário, diferentemente do estado de mal-estar marcado em nossa sociedade, atingindo os modos de cuidar, com incentivo às

individualidades. Cria-se uma relação de compreensão com o outro advindo por intermédio das PIC, principalmente as desenvolvidas em grupo, como a Terapia Comunitária:

*“Quando a gente oferece os nossos encontros semanais que não é para tratar de determinadas doenças, na verdade a gente faz uma roda de conversa onde as pessoas são ouvidas e ao mesmo tempo ouvem as demais, isso é um processo de socialização. E a gente consegue com isso fazer uma inversão, nós vivemos numa sociedade em que é muito forte o incentivo à competitividade, nós temos que ser competitivos e nessa lógica que a gente trabalha na roda aqui a gente tenta suscitar o espírito e a prática da cooperação”.*  
(P10)

As PIC podem oferecer valores, como a solidariedade e a troca entre os participantes. Gera repercussões positivas na sociabilidade, na construção de redes de apoio social (TESSER, 2009a). Nessa perspectiva, podemos resgatar para o cuidado na APS, a unidade relacional microssocial (MERHY, 2000), por meio das PIC. Além disso, a Arteterapia, realizada em grupo, estabeleciam uma ocasião para conhecer novas pessoas, conversar, falar de outras coisas, incorporando-se à rotina dos indivíduos e configura um diferencial em suas vidas:

*[...] como disse uma senhora que frequenta nosso grupo, [...] ela falou assim: “a melhor parte da minha semana é segunda-feira que eu venho encontrar meus amigos”.* (P6)

*“Umam procuram porque quer sair de casa na realidade. Para espalreecer um pouquinho [...]. Têm umas [usuárias] que falam, “minha alegria é quarta-feira”.* (P13)

Nessa lógica, as PIC eram uma oportunidade para que os usuários pudessem se esquecer dos problemas cotidianos por um período de tempos e aumentarem as suas interações sociais. Esses achados são corroborados por Nagai e Queiroz (2011), no qual afirmam que a implementação das PIC na rede básica de Saúde produz afetos no cuidado, melhorando a qualidade de vida da população. Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo de Santos *et al.* (2014), em que os profissionais praticantes do Liang Gong, num Centro de Saúde de Belo Horizonte, compreendem que a PIC amplia o convívio social dos participantes e

cria a sensação de pertencimento a um grupo.

As PIC colaboravam para o empoderamento do indivíduo, para um maior controle sobre seu próprio processo Saúde-doença-cuidado, melhorando sua autoestima, relacionada com o autoconhecimento e autocuidado criados segundo sua participação nas PIC, visualizados pelos profissionais:

*“Eu sempre tive isso, mas acho que aumentou com a Terapia Comunitária, perceber do poder que a própria pessoa tem e que ela não conhece, que ela não valoriza. Então a Terapia Comunitária proporciona isso, você se empoderar [...], você se tornar o autor da sua própria vida”. (P5)*

*“Elas [usuárias] ficam mais atentas para si mesmas, para o que elas têm, o que precisam melhorar [...]. Acho que ele [o usuário] fica mais disposto a pensar sobre si, a enxergar suas dificuldades e limitações”. (P4)*

*“Eu acho que cuidado em Saúde é mesmo a gente estimular o usuário a se cuidar [...]. Através da prática da Auriculoterapia, a pessoa se sentir mais centrada, mais calma, ela consegue enxergar essas possibilidades e passar a procurar o melhor para vida delas”. (P7)*

Alguns estudos têm apontado que o cuidado gerado pelas PIC revela a autonomia produzida nos indivíduos, promovendo maior independência na sua vida diária, corroborando com os nossos achados (CHAVES, 2011; CONTATORE *et al.*, 2015; D'ALENCAR *et al.*, 2006). Nossos dados também revelam que as PIC contribuem para o *empowerment* psicológico com um sentimento de maior controle sobre a sua própria vida. Esse mecanismo fortalece a capacidade de adaptação ao meio e desenvolvimento de autoajuda, com a finalidade de se estabelecer a manutenção da harmonia social (CARVALHO, 2004; LIMA, 2012; TESSER, 2009a).

Dessa forma, o cuidado assume uma maneira de se colocar no lugar e reconhecer a existência do outro, trazendo para assistência à Saúde a criação de habilidades pelos usuários mediante soluções para o enfrentamento do seu sofrimento. Recorrendo ao reforço da ação comunitária, deixando apenas de ser um mero receptor de informações a serem cumpridas, mas participando ativamente do cuidar de si e das pessoas que estão em seu convívio:

*“[...] como a gente conversa sobre os problemas que elas trazem. Nós fazemos várias conexões neuronais a respeito daquilo, buscando as saídas [...]. Então essa coisa de tentar se colocar no lugar do outro, tentar achar uma solução para aquilo, ajudando essa pessoa, eu estou me ajudando na realidade [...]”. (P5)*

*“Para gente eu acho que é importante porque isso vai fortalecer mais a comunidade e aí elas vão aprendendo a enfrentar e a lidar com os seus problemas. Então assim, eu acho muito importante isso para que elas consigam caminhar sozinhas depois, ajudando também as outras [pessoas]”. (P13)*

A participação nas PIC pode contribuir para a interrupção do isolamento e encorajamento da ajuda mútua, “cuidando de si e do outro” (LUZ, 2008). Estimula a inserção dos indivíduos na sociedade em busca de ambientes saudáveis. Essa interação se processa por intermédio da convivência que se expressa na familiaridade e no convívio, nas relações e no viver em comum (AGRESTA *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2014).

Detectamos nas entrevistas, elementos que desvelam repercussões não somente na vida dos usuários com as práticas, como na família que está em seu convívio:

*“Ajudando-a dormir melhor, está conseguindo relacionar-se com a família, porque você acaba diminuindo a ansiedade, deixando a pessoa mais relaxada e tranquila”. (P4)*

*“[...] uma senhora me falou lá nesse dia ‘tinha tanto tempo que eu não olhava para cara do meu marido, mas eu ando tão bem, tão bem que eu percebi que ele está muito mais velho do que eu’. Ela passou a enxergar seus próprios familiares [de uma forma] diferente”. (P6)*

Esse achado corrobora com o estudo de Lima, Silva e Tesser (2014), o qual explica que a atenuação da sintomatologia dolorosa, física ou emocional pode transformar a maneira como encaram o cotidiano da vida por meio da vivência nas práticas, conseguindo envolver os aspectos familiares, na tentativa de restabelecer seu equilíbrio.

O acolhimento, um dos princípios que norteiam a humanização do cuidado na APS, era conseguido com a oferta da PIC. A escuta acolhedora tem fundamental importância para que os usuários possam ter voz e que seus problemas existam, podendo ser um motivo para a sua adesão, que os levam a dar um outro significado aos profissionais de Saúde:

*“E eles [usuários] aderem, principalmente, por causa dessa escuta, dessa disponibilidade com um profissional de nível superior. Aquela “o doutor desce do pedestal” e parece que eles [os usuários] sentem-se muito acolhidos com isso”. (P4)*

*“Eu vejo como os pacientes são carentes de ter uma pessoa para escutá-los. Então, têm pessoas, assim, que vêm, são depressivas, estão na solidão, porque perderam algum ente. Estão precisando, só de ser escutadas parece que já tem uma melhora [...] acho que mais nesse sentido do acolhimento das pessoas”. (P2)*

Então, o encontro entre trabalhadores e os usuários se modifica mediante esse acolhimento através das práticas:

*“Mudei muito a forma de receber esse paciente aqui, eu já passei a vê-los com outro olhar. Quando eu chegava aqui eu ficava ‘de novo?’. Hoje, não. Quando chega ‘nossa, que bom’ [...]. Eu dou atendimento, eu dou acolhimento na Unidade de Saúde, acho que isso foi assim fundamental para esse grupo”. (P6)*

Monteiro e Iriart (2007) e Lima, Silva e Tesser (2014) encontraram resultados semelhantes. Essa escuta identificada nas falas dos nossos participantes nos indica que as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários são mais humanizadas e acolhedoras. O profissional assume sua função precípua, a de acolher, a de escutar e responder de uma forma mais receptiva às questões dos seus usuários, qualificando essa interação (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Identificamos, reiteradamente, um outro objetivo da APS conseguido graças às PIC, o estabelecimento do vínculo, criando laços afetuosos, de confiança, de carinho, gerando uma aproximação entre terapeutas e usuários:

*“Acaba tendo uma proximidade maior [...] tem um contato mais íntimo, uma conversa mais íntima. Então, há sim, essa troca. É essa confiança que eles têm em mim. A gente acaba ouvindo histórias pessoais, de casa, marido, de filho”. (P1)*

Desse modo, reconhecemos que as PIC favorecem uma boa relação entre profissionais e usuários (LIMA, 2012; TESSER; SOUSA, 2012; SANTANNA; HENNINGTON; JUNGES, 2008; SCHVEITZER, 2015). Luz (2005) ressalta que a

relação médico-paciente é um elemento indispensável no processo de cura. Reitera que a satisfação e a resolução das PIC advêm dessa relação socialmente complexa, onde componentes simbólicos e subjetivos estão presentes. As PIC preenchem os espaços das relações de empatia entre os indivíduos que foram abandonados pela racionalidade capitalista. Assim, ressignificam e reconstituem valores à Saúde e à vida (LUZ, 2005; 2008).

Além disto, emergem com destaque nas falas dos participantes a diminuição do consumo de medicamentos e procedimentos médicos utilizados pelos usuários em seus processos de adoecimento:

*“Eu acredito que essa Prática [Integrativa] venha a complementar mesmo o tratamento medicamentoso. Às vezes também diminuir [o uso] do medicamento, sendo o nosso propósito aqui também. Se a pessoa toma cinco remédios passa a ir diminuindo essa quantidade”.* (P1)

*“Melhorou assim 100% a busca deles [usuários] aqui na Unidade [de Saúde] para consulta médica”.* (P6)

*“[...] o paciente estava sentindo muita dor de coluna e tudo [...] e conseguimos evitar que o paciente fizesse a cirurgia”.* (P19)

Os dados do nosso estudo revelam um contrassenso nas concepções de Saúde e cuidado pronunciadas como guia das PIC. Ao passo em que, nas falas dos profissionais, asseveram um conceito ampliado de Saúde, com ênfase no indivíduo, os sintomas biológicos e o adoecimento ainda têm foco central no manejo das PIC. Essas contraposições expressas no fenômeno em estudo salientam um confronto imprescindível para distinguir as mudanças nas definições de cuidado que sustentam as PIC (LIMA; SILVA; TESSER, 2014).

De fato, há um hibridismo ou sincretismo nas conceituações de Saúde e cuidado que norteiam as PIC, representada pela adição de práticas inscritas em diferentes racionalidades e guiadas por distintos paradigmas. Os participantes do estudo vêm implementando práticas vitalistas e holísticas, mas não abandonam o cuidado orientado pela biomedicina. Constatamos que não existe uma “fidelidade”. Os profissionais transitam de uma racionalidade a outra, dependendo da variação do adoecimento e das percepções que estão sendo dadas a ele (LIMA, 2012; LUZ, 2005; 2008).

Assim, as dicotomias permearam, frequentemente, as falas dos entrevistados entre adotar uma atenção integral, mas a sua fragmentação ainda era muito ressaltada; traziam doutrinas do paradigma vitalista e da promoção da Saúde. Contudo, a ciência da doença e o pensamento cartesiano eram bastante pronunciadas. Nesse entendimento, pensamos ser importante ressaltar esses aspectos que acabam em interferir de como essas PIC estavam sendo organizadas naquele momento.

Porém, as evidências apontadas nessa categoria indicam a possibilidade de um cuidado em Saúde desmedicalizante, no sentido literal da palavra, com uma vida com menos artificialização. As PIC cumprem o que foi preconizado quando se pensou na sua implementação através da PNPIC com a redução do número de medicamentos consumidos pelos usuários. Nossos achados concordam com Carnevale (2018) em que os coordenadores das Farmácias Vivas citam que a grande toxicidade dos medicamentos sintéticos pode ser substituída pelas plantas medicinais, considerando-as mais naturais e menos danosas à Saúde. Conseqüentemente, essa redução da administração medicamentosa artificial poderia representar uma diminuição nos custos de Saúde. Essa economia ainda poderia evitar a falta de medicamentos na rede, alterando uma possível relação de extrema dependência do serviço de Saúde e contribuindo para reduzir a sobrecarga da APS. Kooreman e Baars (2012) mostraram não só menores custos com o uso de outras racionalidades médicas (Acupuntura, Homeopatia e Medicina Antroposófica) em usuários da APS europeia, como também maior longevidade dos mesmos.

A própria ESF representa um avanço em relação à medicalização social e considerada menos medicalizante quando a comparamos com a atenção especializada. A oferta das PIC é uma aliada natural nesse caráter desmedicalizante. Além de um sinal de resistência de formas heterogêneas de cuidados presentes socialmente ao avanço monopolizador biomédico, representa uma reação social às mazelas biomédicas. Um sinal dos vários sentidos e significados que a sociedade contemporânea ainda comporta para as questões da Saúde e do adoecimento (TESSER; BARROS, 2008; TESSER; SOUSA, 2012).

As PIC proporcionam um trabalho em equipe usuário-centrada, tirando o foco do profissional. O cuidado centralizado no usuário demanda tirar o proveito máximo do espaço relacional como espaço terapêutico, mediante o uso de tecnologias que desloquem o eixo da correção de disfuncionalidades para o fortalecimento da

autoestima, autonomia e vida saudável. As PIC se mostram como incentivo para que os serviços de APS se realizem sobre as pessoas, não objetos. Baseadas em uma inter-relação na qual os usuários são coparticipantes e corresponsáveis pelo sucesso terapêutico. A partir das falas dos nossos entrevistados, os usuários das PIC deixam de ser meros expectadores e consumidores dos atos em Saúde para assumir sua condição de ser autônomo que participa de atos cuidadores para recuperar seu modo de andar a vida (AYRES, 2009a; SCHVEITZER, 2015; ZOBOLI, 2009).

São inegáveis os avanços terapêuticos que vem acontecendo dos meados do século passado até o presente momento. Não obstante, os medicamentos sempre possuem malefícios potenciais e seus efeitos colaterais e deletérios foram ampliados com a eficácia e extensão do seu uso. A indústria farmacêutica e a mídia exercem papéis essenciais na medicalização social (LUZ *et al.*, 2017). O mercado farmacêutico está sempre lançando novas marcas, influenciando os usuários a consumir, demasiadamente, os medicamentos “mais novos, modernos e eficazes”. O modelo hegemônico continua colocando suas expectativas nas explicações biológicas para os padecimentos e solucioná-los mediante os fármacos, acentuando a biologização do processo Saúde-enfermidade-atenção. Nossos achados, assim como os de Silva e Tesser (2013) indicam que as PIC podem inibir a polimedicação e as iatrogenias medicamentosas, além de melhorar a potência do cuidado e diminuir uma série de prejuízos causados pelo consumo exacerbado de medicamentos.

Na Figura 2, apresentamos uma nuvem com as principais palavras encontradas nas entrevistas concedidas pelos profissionais que implementam as PIC na APS. Na nuvem, aparecem em tamanho maior àquelas palavras com elevado índice de recorrência dentro do campo científico estudado. Chamamos atenção para as palavras “gente” e “Saúde”, onde o elevado índice de ambas reforça a validade que estão na centralidade, não só na imagem na nuvem de palavras, mas também no seu trabalho na APS.



Goiânia. Com evidentes e múltiplas dificuldades, dada a sua vinculação com a biomedicina e as forças ideológicas hegemônicas, que nela justapõem efeitos políticos e ético políticos fortemente medicalizantes.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da execução de diferentes tarefas dentro dos serviços, a atenção e o interesse por parte dos entrevistados em nos receber nas Unidades de Saúde devem ser ressaltadas. Tal atitude confirma o *modus operandi* desses trabalhadores que buscam implantar um modelo de cuidado que se preocupa em atender as necessidades do outro. Desse modo, as narrativas dos profissionais que estão ofertando as PIC na Região Metropolitana de Goiânia nos permitiram compreender como elas vem sendo inseridas à APS, com seus avanços e desafios. Esses trabalhadores têm se capacitado por meio de uma formação proporcionada pela gestão federal ou municipal via educação em serviço, especialmente, em Auriculoterapia, e a oferta tem se concentrado nessa PIC. No entanto, os profissionais não estão isentos da educação hospitalocêntrica, fragmentada e mecanicista. Os cursos com carga horária limitada, têm sua importância, não há dúvida, porém não vão conseguir superar esse padrão hegemônico institucionalizado na APS. Nesse sentido, os processos de formação, tendo em vista mudanças de perfil profissional, precisariam ser acompanhados de outras reformas, inclusive de regulação e valorização da força de trabalho para a atuação na APS.

A inserção e integração estão sendo realizadas na ESF, por intermédio dos profissionais que estão desenvolvendo, simultaneamente, o cuidado geral e as PIC. Os trabalhadores que ofertam essas PIC nas equipes de apoio à ESF, também estão tendo um papel de destaque na APS. Essas experiências existentes na Região Metropolitana goiana, têm sido feitas por iniciativas dos próprios trabalhadores. A gestão municipal tem dado apoio no sentido de reconhecer a importância das PIC, mas sem incentivo financeiro para potencializar a sua oferta. Para que seja desenvolvida, a compra dos insumos parte dos trabalhadores, que foi considerada uma das dificuldades enfrentadas à sua implementação. Vale lembrar que a PNPIC, que completará 13 anos em maio de 2019, em nenhum momento houve repasse financeiro para indução de sua implantação ou contasse com uma coordenação nacional no Ministério da Saúde. Apesar de ser um marco importante para Estados e, sobretudo, municípios, desenvolverem legislações regulatórias para a implantação e implementação das PIC, como foi o caso de Goiânia.

Os profissionais têm ofertado as PIC em uma lógica de superação da estrutura precária dos serviços de APS e acumulação de inúmeras tarefas prioritárias do cuidado biomédico. Cada vez mais, o mundo do trabalho tem requerido um profissional colaborador, que solucione as limitações impostas pela valorização da produtividade. A própria PNPIC foi uma maneira para que tivessem uma solução para resolver o problema de um cuidado para a doença e não para o doente. Nesse contexto, a estratégia em adotar e incentivar a Auriculoterapia possa ser nesse sentido na Região Metropolitana de Goiânia. Proporcionando uma “terapêutica” mais próxima do usuário e do seu imaginário, mas sem comprometer as demais atividades nos serviços de APS, por sua rápida aplicação e com custo baixo, podendo ser adquirida pelos próprios profissionais. No entanto, essa condição torna a PIC inacessível a grande parte da população, pois depende da vontade e disposição do trabalhador em desenvolver a PIC desse modo.

Os resultados do nosso estudo na Região Metropolitana de Goiânia demonstram que o trabalho com as PIC esbarra em dificuldades simbólicas invisíveis. Circunscrevem múltiplos modos de invisibilidade pública e humilhação social, oportunizando delinear um quadro parcial das dificuldades encontradas na organização da oferta na APS. As PIC são consideradas uma responsabilidade individual e personalizada do profissional que oferece a prática, não sendo vista como integrante da APS. Apresenta um embate contínuo entre o oferecimento da PIC contra a continuidade inabalável do funcionamento da Unidade de Saúde. PIC em combate com a demanda principal. PIC em oposição as práticas curativas. PIC em luta com a assistência.

As PIC também inexistem nas discussões entre as equipes dos serviços de APS. Essa falta de integração e reconhecimento é causada pela frágil formação e orientação dos profissionais, assim como a sua realização em espaços improvisados e inadequados, nos “fundos ou fora” da Unidade. Outra importante informação encontrada foi a inexistência do registro das PIC nos prontuários dos usuários. Nessas condições, as PIC estão incluídas, mas ainda “fora” do sistema de Saúde. Ainda que entreposta no serviço, são vistas como algo a mais, um extra, que não estão atreladas as demais atividades, atendimentos e práticas de cuidado.

A implementação das PIC lida com os desafios colocados pela cultura política nacional em que a admissão de políticas públicas atesta as conquistas para grupos

historicamente marginalizados, mesmo que os “excluídos sejam incluídos para continuarem excluídos” (BENTO, 2014, p.166). Por conseguinte, as PIC continuam invisibilizadas, reproduzindo a divisão e estigmatização entre práticas de Saúde que estão “dentro” e as que permanecem “do lado de fora”. A humilhação social imposta a esses profissionais está relacionada às práticas de subcidadania que reforça a desigualdade e sua naturalização. As PIC não são possuem um comportamento produtivo e útil requerido por instituições competitivas e modernas como o SUS (SOUZA, 2006).

Por outro lado, para esses profissionais, as PIC têm proporcionado um estreitamento dos laços de confiança com os usuários. Mediante a escuta acolhedora, atentando-se para os problemas dessas pessoas, trazendo para a APS, o que seria requerido pelo o cuidado em Saúde Coletiva e no SUS. Por esse motivo, esses trabalhadores estão mais próximos de realizar um cuidado integral do que àqueles que só têm se dedicado aos modos tradicionais de se fazer Saúde.

Apesar disso, o estudo nos revelou que as concepções de Saúde e cuidado marcam uma contradição na orientação das PIC executada por esses profissionais. Ora são guiados pelo paradigma holístico, ora pelo biomédico. Princípios dos dois paradigmas se entremeiam na configuração das PIC. A centralidade da doença, por vezes, se intercala com a superação para um modelo que engloba o “todo” como orientadora da terapêutica. A oferta das PIC representa um complemento para a atenuar ou eliminar sinais e sintomas, mas ainda favorece o autocuidado e a responsabilização.

Esses profissionais, afirmam que as PIC não substituem a biomedicina, mas suprem as falhas da terapêutica na medicina ocidental. Assim, visualizamos que essas PIC têm atuado na complementação da cultura médica atual. Para que possam figurar a mudança para um novo paradigma. As PIC não deveriam ser desenvolvidas como mais uma atribuição terapêutica a ser cumprida pelos diferentes serviços na APS. Deveriam ser implementadas com base na promoção da Saúde, favorecendo a transição paradigmática, no qual o processo de adoecimento dos indivíduos é um elemento a ser considerado, porém, não mais importante que o próprio usuário e sua vida.

Contudo, mesmo com esse caráter “complementar” das PIC que permeou os discursos dos participantes, podemos notar o seu potencial em contribuir para a

desmedicalização social. Centralização do cuidado nos usuários, nas suas relações e contextos; a abordagem mais holística; as múltiplas técnicas de cuidado com ênfase em estímulos e vivências, fomentadores da autocura e emancipação, que integram cuidado, prevenção e promoção, foram apontados como aspectos confluentes entre PIC e APS. Essas afinidades podem superar o comum reducionismo dos adoecimentos, superando a visão de verdade única e de supremacia epistemológica e tecnológica da biociência e da medicina especializada no cuidado à Saúde.

Entretanto, consideramos que não seja o bastante os governos federais, estaduais e municipais instituírem as PIC para garantir a sua implantação e implementação. Para que essas PIC, possam adquirir legitimidade, não é suficiente dizer que são juridicamente verdadeiras e eficientes. Mas também dar condições reais para que se estabeleçam e desenvolvam na APS. Para tanto, a organização compartilhada com os gerentes dos serviços e do gestor das Secretarias de Saúde, seria fundamental para que os processos de trabalho das PIC fossem ainda mais qualificados. Notamos a curiosidade dos profissionais em saber se, como, quando e onde a sua PIC estava sendo executada de modo semelhante ou não por seus pares em outros pontos da rede de atenção à Saúde. Logo, a criação de espaços para encontros e diálogos também seria um mecanismo de divulgação e troca de experiências em PIC entre essas equipes.

Seria difícil para os municípios se responsabilizar sozinhos pela a capacitação e formação, a aquisição de insumos e a organização dos serviços num país tão diversificado e discrepante cultural e economicamente como o nosso. Para que sejam percebidas, valorizadas e aceitas por esses gestores locais, mesmo com pouco apoio financeiro e institucional, tornam a participação e articulação com o Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde imprescindíveis para o acesso dos usuários às PIC que possam ser resolutivas, equânimes e realizadas de forma adequada no SUS.

Acreditamos que o modo de implementação dessas PIC, identificado na Região Metropolitana de Goiânia, representam um processo e o que encontramos faz parte dessa dinâmica. Essas iniciativas podem significar o primeiro passo para as mudanças da gestão e planejamento para que as PIC possam ser implantadas com destaque na APS. Logo, constitui-se um processo que deve ser avaliado e

reavaliado, periodicamente, para que se torne uma alternativa de atendimento e melhoria da assistência na consolidação do SUS.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Rol de procedimentos vigente**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737--rol-de-procedimentos>. Acesso em: 10 out. 2018.
- AGRELI, H. F.; PEUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2017.
- AGRESTA, M. A.; AZEVEDO, C. S. C.; JANUÁRIO, E. O.; KUROIWA, H. A.; PALOMBO, S. R.; SILVA, R. R. F. Uma experiência de promoção de Saúde baseada no Lian Gong na supervisão técnica de Saúde Ipiranga. **Caderno Técnico CAEPS – DANT**, p. 56-58, 2009.
- ALELUIA, I. R. S.; MEDINA, M. G.; ALMEIDA, P. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Coordenação do cuidado na atenção primária à Saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1845-1856, 2017.
- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- ARANTES, R. C.; MARTINS, J. L. A.; LIMA, M. F.; ROCHA, R. M. N.; SILVA, R. C.; VILLELA, W. C. Processo Saúde-doença e promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 189-198, 2008.
- AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da Saúde. In: AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2009a.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2009b.
- AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica da Saúde. In: AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2009c.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de Saúde. In: AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2009d.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F. Práticas Integrativas e Complementares de desafios para a educação. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 361-378, 2011.

BAINS, S. S.; EGEDE, L. E. Association of health literacy with complementary and alternative medicine use: a cross-sectional study in adult primary care patients. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, Londres, v. 11, p. 138, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARR, H.; KOPPEL, I.; REEVES, S.; HAMMICK, M.; FREETH, D. **Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence**. London: Caipe, 2008.

BARROS, L. C. N. **Os sentidos das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde para gestores dos serviços**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil, 2018.

BARROS, N. F. **O Histórico das Práticas Integrativas e Complementares no Mundo**. Curso de Formação em Práticas Integrativas e Complementares do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2014. 12min39seg. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BE69q8J8fv8>. Acesso em: 15 ago. 2018.

BARROS, N. F.; FIUZA, A. R. Evidence-Based Medicine and prejudice based medicine: the case of homeopathy. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2368-2376, 2014.

BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. **O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções**. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2011.

BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 163-173, 2018.

BENTO, B. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. **Contemporânea**, São Carlos, v. 4, n. 1, p. 165-182, 2014.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevista em Ciências Sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.

BOSI, A. Fenomenologia do Olhar. In: AGUIAR, F; et al. **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

BOTELHO, L. J. *et al.* **Formação em Auriculoterapia para profissionais de Saúde da Atenção Básica**. Relatório Final. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

BOURDIEU, P. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL. **Relatório final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**, Brasília, 1986. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNRH\\_sa%FAde.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNRH_sa%FAde.pdf). Acesso em: 19 ago. 2018.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988. Disponível em:

[http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.htm](http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm). Acesso em: 09 ago. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2018.

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde, 9, Relatório Final**. Brasília, fev. 1993. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf). Acesso em: 14 set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília - DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília: 2007. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_1996de\\_20\\_de\\_agostoe-2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996de_20_de_agostoe-2007.pdf). Acesso em 26 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Portaria nº 154, de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2008b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 13 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Atualiza a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011a.

BRASIL. **Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde. Brasília, 2011b. Disponível em:

[http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria\\_academia\\_saude\\_719.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria_academia_saude_719.pdf). Acesso em: 14 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Res. CNS 466/12. Diário Oficial da União nº 12 –13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitude de ampliação e acesso. 2 ed. Brasília – DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, 7 de abril de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, 2017a.

BRASIL. **PNPIC - Informe maio 2017**. Departamento de Atenção Básica, MS – DAB/MS, 2017b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe\\_pics\\_maio2017.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_maio2017.pdf). Acesso em: 3 out. 2018.

BRASIL. **Curso de capacitação em gestão de práticas integrativas e complementares**. Coordenação Geral de Áreas Técnicas, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Brasília, 2017c. Disponível em: <https://cursos.atencaobasica.org.br/courses/7803>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 13.476 – Altera a consolidação das leis do trabalho**. 2017d. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm). Acesso em: 29 out. 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2017**. 2017e. Disponível em: [http://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2017/estimativa\\_TCU\\_2017\\_20180207.pdf](http://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_TCU_2017_20180207.pdf). Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SCNES – Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. 2017f. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades.asp?VEstado=52&VMun=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=52&VMun=). Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir

novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília, 2018.

BRASIL (S/D). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>. Acesso em: 9 out. 2018.

BROOM, A.; ADAMS, J. A sociologia da educação em Saúde integrativa. *In*: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. **Intercâmbio solidário em saberes da Saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. C. **Biomedicina, Saber & Ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. C. Medicalization, pharmaceuticalization and health imperialism. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, 2013.

CANT, S. Mainstream marginality: 'non-orthodox' medicine in an 'orthodox' health service. *In*: GABE, J.; CALNAN, M. **The New Sociology of the Health Service**. Routledge, 2009.

CARNEVALE, R. C.; BRANDÃO, A. L.; FERRAZ, R. O.; BARROS, N. F. O ensino da acupuntura na escola médica: interesse e desconhecimento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 41, n. 1, p. 134-144, 2017.

CARNEVALE, R. C. **Fronteiras da implantação e implementação da Farmácia Viva no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil, 2018.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1088-1095, 2004.

CARVALHO, P. M. **Grupo oferece práticas de Yoga, Tai Chi Chuan e meditação gratuitas toda semana nos parques de Goiânia**. 2017. Disponível em: <http://www.curtamais.com.br/goiania/grupo-oferece-praticas-de-yoga-tai-chi-chuan-e-meditacao-gratuitas-toda-semana-nos-parques-de-goiania>. Acesso em: 22 mar. 2019.

CARVALHO, S. R.; RODRIGUES, C. O.; COSTA, F. D.; ANDRADE, H. S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1260, 2015.

CASTRO, M. S.; BARROS, N. F.; ALEGRE, S. M.; HOEHNE, E. L. O uso de terapia alternativa e complementar por pacientes diabéticos do tipo 2. **Revista Brasília Médica**, Brasília, v. 47, p. 17-25, 2012.

CECCIM, R. B.; FERLLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CHAGAS, M. **Saúde discute na Câmara implantação de terapias complementares pelo SUS em Goiânia**. 2017. Disponível em: [http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/17/03/Saude\\_discute\\_na\\_Camara\\_i\\_mplantacao\\_de\\_terapias\\_complementares\\_pelo\\_SUS\\_em\\_Goiania.shtml](http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/17/03/Saude_discute_na_Camara_i_mplantacao_de_terapias_complementares_pelo_SUS_em_Goiania.shtml). Acesso em: 16 nov. 2018.

CHANLAT, J. F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. *In*: **Anais do VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Lisboa: Portugal, 2002. Disponível em: <http://unpan1.um.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043316.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

CHAVES, S. M. S. **Análise do cuidado produzido pela acupuntura sob o enfoque das tecnologias de trabalho em Saúde: samambaias e bambus**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde e da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

CHEHUEN NETO, J. A.; SIRIMARCO, M. T.; NETO, J. A. D.; VALLE, D. A.; MARTINS, J. S. C.; CÂNDIDO, T. C. Uso e compreensão da medicina complementar pela população de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 266-276, 2010.

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; NAVARRO, V. L. A organização do trabalho em Saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **Pegada – A Revista de Geografia do Trabalho**, Presidente Prudente, v. 13, n. 2, p. 67-82, 2012.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

CINTRA, M. E. R.; FIGUEIREDO, R. Acupuntura e promoção de Saúde: possibilidades no serviço público de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 139-154, 2010.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à Saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, 2009.

CONTATORE, O. A.; BARROS, N. F.; DURVAL, M. R.; BARRIO, P. C. C. C.; COUTINHO, B. D.; SANTOS, J. A.; NASCIMENTO, J. L.; OLIVEIRA, S. L.; PERES, S. M. P. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, 2015.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em Saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 553-563, 2017.

COSTA, F. B. **Homens invisíveis – relatos de uma humilhação social**. São Paulo: Globo, 2004.

CRISTENSEN, M. C.; BARROS, N. F. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 97-105, 2010.

CROCKER, R. L.; GRIZZLE, A. J.; HURWITZ, J. T.; REHFELD, R. A.; ABRAHAM, I.; WEIL, A.; MAIZES, V. Integrative Medicine primary care: assessing the practice model through patients' experiences. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, Londres, v. 17, p. 490-498, 2017.

CRUZ, P. L. B.; SAMPAIO, S. F. O uso de práticas integrativas e complementares por uma equipe de Saúde da família e a população. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 4, p. 486-495, 2012.

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

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

D'ALENCAR, B. P.; MENDES, M. M. R.; JORGE, M. S. B.; RODRIGUES, M. S. P. Significado da biodança como fonte de liberdade e autonomia na auto-reconquista no viver humano. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p. 48-54, 2006.

DALMOLIN, I. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Práticas integrativas e complementares e a interface com a promoção da Saúde: revisão integrativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 1-8, 2017.

DEUS, R. L. **Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e Práticas Integrativas e Complementares – do uso à indicação**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2016.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisa qualitativa. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-224, 2004.

ESTRELA, W. L. Políticas de Saúde e processo de institucionalização das Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. **Intercâmbio solidário dos saberes em Saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em Saúde e educação na Saúde: conceitos e implicações para a Saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à Saúde no contexto da atenção primária. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 100-108, 2008.

FEITOSA, M. H. A.; SOARES, L. L.; BORGES, G. A.; ANDRADE, M. M.; COSTA, S. M. Inserção do Conteúdo Fitoterapia em Cursos da Área de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 197-203, 2016.

FERLA, A. A. Trabalho em Saúde, corpo e subjetivação capitalística. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 1024-1026, 2017.

FERREIRA, P. **Auriculoterapia Chinesa é tema de capacitação para profissionais do SUS de Goiânia**. 2018. Disponível em: <http://www4.goiania.go.gov.br/portal/pagina/?pagina=noticias&s=1&tt=not&cd=14047&fn=true>. Acesso em: 27 nov. 2018.

FEYERABEND, P. **Adeus à razão**. São Paulo: Ed. Unesp, 2010.

FIUZA, A. R.; BARROS, N. F. Desconhecimento, preconceito ou objeção da consciência: a recusa da medicina homeopática por médicos residentes. *In: XVIII Congresso Interno de Iniciação Científica da UNICAMP*. Campinas: UNICAMP, 2010.

FONTANELLA, F.; SPECK, F. P.; PIOVEZAN, A. P.; KULKAMP, I. C. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em Saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, p. 69-73, 2007.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de Saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FOX, N. J. Boundary Objects, Social Meanings and the Success of New Technologies. **Sociology**, v. 45, n. 1, p. 70-85, 2011.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. A fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Salvador, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

FREITAG, V. L.; DALMOLIN, I. S.; BADKE, M. R.; ANDRADE, A. D. Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1032-1040, 2014.

GADAMER, H. G. Hermenêutica e humanização das práticas de Saúde. *In*: AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2009.

GALHARDI, W. M. P.; BARROS, N. F. O ensino da homeopatia e a prática no SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 247-266, 2008.

GALHARDI, W. M. P.; BARROS, N. F.; LEITE-MOR, A. C. M. B. A homeopatia na rede pública do Estado de São Paulo: facilitadores e dificultadores. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 35-43, 2012.

GALHARDI, W. M. P.; BARROS, N. F.; LEITE-MOR, A. C. M. B. O conhecimento de gestores municipais de Saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-220, 2013.

GARRAFA, V.; CORDÓN, J. Determinantes sociais da doença. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 388-396, 2009.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. São Paulo: Ed. Ideias e Letras, 2007.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de Saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, p. 1-21, 2017.

GOIÂNIA. **Lei complementar nº 195**. Implantação das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. 2009. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/go/g/goiania/lei-complementar/2009/19/195/lei-complementar-n-195-2009-implantacao-de-praticas-integrativas-e-complementares-no-sistema-unico-de-saude.html>. Acesso em: 16 nov. 2018.

GOIÁS. Secretaria de Planejamento e Gestão. **Anuário Estatístico do Estado de Goiás**. Goiânia: SEPLAN, 2003.

GOIÁS. **Lei nº 16.703**. Institui a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares na rede pública estadual de Saúde. 2009. Disponível em: [http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina\\_leis.php?id=9078](http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=9078). Acesso em: 16 nov. 2018.

GOIÁS. **Lei nº 139**. Dispõe sobre a Região Metropolitana de Goiânia, o Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Goiânia, cria o Instituto de Planejamento Metropolitano e dá outras providências. 2018. Disponível em: [http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina\\_leis.php?id=22493](http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=22493). Acesso em: 19 mar. 2019.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em Saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GONÇALVES, R. P.; ANTUNES, H. M.; TEIXEIRA, J. B. P.; LUDMILA, O. C.; BARBOSA, P. R. Profissionais da área da Saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não convencionais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, p. 398-405, 2008.

GONÇALVES FILHO, J. M. Humilhação social - um problema político em psicologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 11-67, 1998.

GONÇALVES FILHO, J. M. Humilhação Social: humilhação política. *In*: SOUZA, B. P. **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

GONTIJO, M. B. A.; NUNES, M. F. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 301-320, 2017.

GRACE, S; HIGGS, J. Integrative Medicine: Enhancing quality in primary health care. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 16, n. 9, p. 945-950, 2010.

GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia Saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro v. 14, n. 3, p. 504-510, 2010.

GUARESCHI, P. A. **Relações Sociais e Éticas**. Rio de Janeiro, 2008.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

GUREJE, O.; NORTJE, G.; MAKANJUOLA, V.; OLADEJI, B.; SEEDAT, S.; JENKINS, R. The role of global traditional and complementary systems of medicine in treating mental health problems. **Lancet Psychiatry**, v. 2, p. 168-177, 2015.

HABIMORAD, P. H. L. **Práticas integrativas e complementares no SUS: revisão integrativa**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015.

HARAMATI, A.; ADLER, S. R.; WILES, M.; SIERPINA, V. S.; KREITZER, M. J. Innovation and Collaboration: The First International Congress for Educators in Complementary and Integrative Medicine. **Explore**, New York, v. 9, n. 2, p. 118-120, 2013.

HUNT, K. J.; COELHO, H. F.; WIDER, B.; PERRY, R.; HUNG, S. K.; TERRY, R.; *et al.* Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey. **International Journal Clinical Practice**, v. 64, p. 1496, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa Populacional**. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015>. Acesso em: 03 jun. 2017.

ISCHKANIAN, P. C. **Práticas integrativas e complementares para a promoção da Saúde**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2011.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a Promoção da Saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 233-238, 2012.

JARDIM, D. F.; LÓPEZ, L. C. **Políticas da Diversidade: (In)visibilidades, pluralidade e cidadania em uma perspectiva antropológica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2013.

JOOS, S.; GLASSEN, K.; MUSSELMANN, B. **Herbal Medicine in Primary Health care in Germany: The Patient's Perspective. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**. 2012. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2012/294638/>. Acesso em: 27 out 2018.

JUSTO, C. M. P.; GOMES, M. H. de Andréa. A cidade de Santos no roteiro de expansão da homeopatia nos serviços públicos de Saúde no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1159-1171, 2007.

KICKBUSCH, I. Health in All Policies: the evolution of the concept of horizontal health governance. *In*: KICKBUSCH, I.; BUCKETT K, E. D. S. **Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010**. Adelaide, Departamento de Saúde, Governo do sul da Austrália, p. 11-23, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2018.

KOOREMAN, P.; BAARS, E. W. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. **The European Journal Health Economics**, 13, p. 769-76, 2012.

LAMPERT, J. B. **Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado.** Cadernos da ABEM, 2004. Disponível em: [http://www.abemeducmed.org.br/pdf\\_caderno1/jadete\\_final.pdf](http://www.abemeducmed.org.br/pdf_caderno1/jadete_final.pdf). Acesso em: 3 out. 2018.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil, 2010.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 913-922, 2016.

LIMA, K. M. S. V. **Práticas integrativas e complementares e a promoção da Saúde: avanços e desafios de um serviço municipal de Saúde.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com a promoção da Saúde: experiência de um serviço municipal de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 261-272, 2014.

LOCH-NECKEL, G.; CARMIGNAN, F.; CREPALDI, M. A. A homeopatia no SUS na perspectiva de estudantes da área da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 82-90, 2010.

LUZ, M. T. Racionalidade Científica no Ensino Médico. **Ser Médico**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 17-19, 2000.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em Saúde no fim do século XX. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl, p.145-176, 2005.

LUZ, M. T. As novas formas da Saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 9, p. 8-19, 2008.

LUZ, M. T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da Saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. *In*: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. **Racionalidades e práticas integrativas em Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

LUZ, M. T. **A arte de curar x a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil.** 2ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos.** 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS UERJ/ABRASCO, 2012, v. 1, 450 p.

LUZ, M. T.; ROSENBAUM, P.; BARROS, N. F. Medicina Integrativa, política pública de Saúde conveniente. **Jornal da Unicamp**, Campinas, p. 2, 2006.

LUZ, M. T.; FERLA, A. A.; MACHADO, A. S.; ALBA, R. D. Retórica na divulgação científica do imaginário de vida e Saúde: uma proposta metodológica de análise. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 333-347, 2017.

LUZ, M. T.; WENCESLAU, L. D. A Medicina Antroposófica como racionalidade médica. In: LUZ, M. T., BARROS, N. F. **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, 2012. p. 185-216.

MAGALHÃES, M. G. M.; ALVIM, N. A. T. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 646-653, 2013.

MAMARABADI, F. H. Assesment of educational challenges and barriers against the applicattion of complementary and alternative medicine in health systems. **AJP**, v. 5, supl. 1, 2015.

MARCHAND, H. Desenvolvimento intelectual e ético em estudantes do ensino superior - implicações pedagógicas. **Sísifo**, Porto, v. 7, p. 9-18, 2008.

MARQUES, L. A. M.; VALE, F. V. V. R.; NOGUEIRA, V. A. S.; MIALHE, F. L.; SILVA, L. C. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 663-674, 2011.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para pesquisa. In: MOTA, E. E. *et al.* **Serviço Social em Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

MARTELLI, C. G. **Auto-ajuda e gestão de negócios – uma parceria de sucesso**. São Paulo: Azougue, 2006.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2008.

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

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MEDINA, M. G. Dialogando com os autores: concordâncias e controvérsias sobre atenção primária à Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 116-118, 2018.

- MELO, S. C. C.; SANTANA, R. G.; SANTOS, D. C.; ALVIM, N. A. T. Práticas complementares de Saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 840-846, 2013.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.
- MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, 2014.
- MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A Saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 61-68, 2007.
- MICHELIN, S. R.; MARCHI, J. G.; HYEDA, I. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; NITSCHKE, R. G. Percepção das mulheres sobre promoção da Saúde durante a consulta de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 901-909, 2015.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa em Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.
- MIZRACHI, N.; SHUVAL, J. T.; GROSS, S. Boundary at work: alternative medicine in biomedical settings. **Sociology of Health & Illness**, v. 27, n. 1, p. 20-43, 2005.
- MONTEIRO, D. A.; IRIART, J. A. B. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1903-1912, 2007.
- MORALES, N. M.; MIN, L. S.; TEIXEIRA, J. E. M. Atitude de Estudantes de Medicina frente a Terapias Alternativas e Complementares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 240-245, 2015.
- MORETTI, A. C.; ALMEIDA, V.; WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 346-354, 2009.
- MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

MULLER, T. L. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde do município de Porto Alegre, RS: Desafios Atuais.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016.

MUYLAERT, C. J.; SARUBBI JÚNIOR, V.; GALLO, P. R.; ROLIM NETO, M. L.; REIS, A. O. A. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, esp. 2, p. 193-199, 2014.

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

NASCIMENTO, M. C.; BARROS, N. F.; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, M. T. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, 2013.

NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. Práticas integrativas e complementares grupais e diálogo com a educação popular. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 89-97, 2017.

NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. **What is Complementary and Alternative Medicine?** Bethesda; 2007. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#1>. Acesso em: 26 nov 2017.

NEVES, R. G.; PINHO, L. B.; GONZÁLES, R. I. C. O conhecimento dos profissionais acerca do uso de terapias complementares no contexto da Atenção Básica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 2502-2509, 2012.

NEVES, L. C. P.; SELLI, L.; JUNGES, R. A integralidade na Terapia Floral e a viabilidade de sua inserção no Sistema Único de Saúde. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 57-64, 2010.

NOGUEIRA, R. P. **A Saúde pelo avesso.** Natal: Seminare, 2003.

NUNES, M. F.; JUNGES, J. R.; GONÇALVES, T. R.; MOTTA, M. A. A acupuntura vai além da agulha: trajetórias de formação e atuação de acupunturistas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 300-3011, 2017.

OCK, S. M.; CHOI, J. Y.; CHA, Y. S.; LEE, J.; CHUN, S.; HUH, C. H.; LEE, S. Y.; LEE, S. J. The use of complementary and alternative medicine in a general population in South Korea: results from a national survey in 2006. **Journal of Korean Medicine Science**, Seoul, v. 24, n. 1, p. 1-6, 2009.

OLIVEIRA, M. A. C. (Re)significando os projetos cuidadosos da enfermagem à luz das necessidades em Saúde da população. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 401-405, 2012.

OLIVEIRA, M. C. S. **As (in)visibilidades do Lian Gong na Atenção Primária em Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil, 2018.

OLIVEIRA, S. G. D.; MOURA, F. R. R.; DEMARCO, F. F.; NASCENTE, P. S.; DEL PINO, F. A. B.; LUND, R. G. An ethnomedicinal survey on phytotherapy with professionals and patients from Basic Care Units in the Brazilian Unified Health System. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 140, n. 2, p. 428-437, 2012.

ONYAPAT, J. E.; OKORONKWO, I.; OGBONNAYA, N. Complementary and alternative medicine use among adults in Enugu, Nigeria. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, Londres, v. 11, p. 19, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional**. 2002-2005. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Consultation on Proper Use of Traditional Medicine and Complementary Medicine by Consumers, Milan, Italy, 1-3 December 2003. In: **Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine**. Geneva, 2004. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5525e/s5525e.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Governança para o enfrentamento das causas mais profundas das iniquidades em Saúde: implementando ações sobre os determinantes sociais da Saúde. Capítulo 1, p. 11-16. 2011. In: **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da Saúde: documento de discussão**. 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion\\_Paper\\_PT.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf)> Acesso em: 18 nov. 2018.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a Construção de um novo modelo de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011.

PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, W. F. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 1069-1086, 2012.

PARADIS, E.; WHITEHEAD, C. R. Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles 1954–2013. **Medical Education**, Rockville, v. 49, n. 4, p. 399-407, 2017.

PARANAGUÁ, T. T. B.; BEZERRA, A. L. Q.; SOUZA, M. A.; SIQUEIRA, K. M. As práticas integrativas na Estratégia de Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de Saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 75-80, 2009.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde coletiva no Século XXI**. Salvador: Ed. UFBA, 2006.

PARENS, E. On good and bad forms of medicalization. **Bioethics**, v. 27, n. 1, p. 28-35, 2013.

PELIZZOLI, M. L. Saúde: entre a ciência, Doença e Mercado: reflexões epistemológico-críticas. *In*: BARRETO, A. F. **Integralidade e Saúde**: epistemologia, políticas e práticas de cuidado. Recife: EDUFPE, 2011.

PINHEIRO, R. Práticas de Saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, 2002. p.15.

PINHEIRO, R. Atenção básica à Saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em Saúde. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p.174-178, 2005.

PINTO, E. C. **Prontuário do paciente: informações para a gestão em Saúde**. Monografia (Curso Técnico de Gestão de Serviços de Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil, 2005.

POLI NETO, P.; CAPONI, S. N. C. A medicalização da beleza. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 569-584, 2007.

POSADZKI, P.; WATSOM, L. K.; ALOTAIBI, A.; ERNST, E. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. **Clinical Medicine**, Londres, v. 13, n. 2, p. 126-131, 2013.

PROCH, R. From silos to synergy: interprofessional education initiatives find warm welcome at Hopkins. **Johns Hopkins Nursing**, v. 10, n. 1, p. 33-35, 2012.

QUANH LAI, D.; JOHNSON, D.; VERHOEF, M.; MUSTO, R. Complementary and alternative medicine use among chinese and white canadians. **Canadian Family Physician**, Mississauga, v. 54, n. 11, p. 1563-1569, 2008.

QUEIROZ, M. S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 363-375, 2000.

RAMÍREZ, N. A.; RUIZ, J. P.; ROMERO, R. V.; LABONTÉ, R. Comprehensive primary health care in South America: contexts, achievements and policy implications. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1875-1890, 2011.

ROCHA, M. A. C. **Merleau-Ponty: Fenomenologia e Percepção**. 2005. Disponível em: <http://www.nilsonjosemachado.net/20050909.pdf>. Acesso em: 13 maio 2019.

ROCHA, S. P.; DE BENEDETTO, M. A. C.; FERNANDEZ, F. H. B.; GALLIAN, D. M. C. A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias

de desafios e lutas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 155-164, 2015.

RODRIGUES, A. G.; PEREIRA, A. M.; DE SIMONI, C.; TRAJANO, M. A.; SANTOS, M. G.; MORAIS, P.; *et al.* **Relatório de Gestão 2006/2010 – Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2011.

RODRIGUES NETO, J. F.; FARIA, A. A.; FIGUEIREDO, M. F. S. Medicina complementar e alternativa: utilização pela população de Montes Claros, Minas Gerais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 296-301, 2009.

ROSE, N. Beyond medicalisation. **Lancet**, v. 369, n. 9562, p. 700-702, 2007.

RUI, A. A. O.; FLORIAN, M. R.; GRILLO, C. M.; MEIRELLES, M. P. R.; SOUSA, M. L. R. Avaliação do conhecimento e interesse em tratamento com Acupuntura na Odontologia pelos usuários do Sistema Único de Saúde dos municípios de Rio Claro e Cerquilho-SP. **Journal Health Science Institute**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 24-26, 2013.

SALLES, S. A. C. A Presença da Homeopatia nas Faculdades de Medicina Brasileiras: Resultados de uma Investigação Exploratória. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belo Horizonte, v. 32, n. 3, p. 283-290, 2008.

SALLES, S. A. C.; SCHRAIBER, L. B. Gestores do SUS: apoio e resistências à homeopatia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 195-202, 2009.

SALLES, L. F.; HOMO, R. F. B.; SILVA, M. J. P. Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 741-746, 2014.

SAMPAIO, N. **Benedeiras de Goiânia mantêm tradição de cura pela fé**. 2018. Disponível em: <https://www.jornalopcao.com.br/ultimas-noticias/benedeiras-de-goiania-mantem-tradicao-de-cura-pela-fe-127737>. Acesso em: 22 mar. 2019.

SAMPAIO, L. A.; OLIVEIRA, D. R. D.; KERNTOPF, M. R.; BRITO JÚNIOR, F. E. D. B.; MENEZES, I. R. A. D. Percepção dos enfermeiros da estratégia Saúde da família sobre o uso da fitoterapia. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 76-84, 2013.

SANTANNA, C.; HENNINGTON, E. A.; JUNGES, J. R. Prática médica homeopática e a integralidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 233-246, 2008.

SANTOS, B. S. A filosofia à venda, a douta ignorância e a aposta de Pascal. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 80, p. 11-43, 2008.

SANTOS, L. G. **Politizar as novas tecnologias: o impacto sócio-técnico da informação digital e genética**. São Paulo: Editora 34, 2003.

SANTOS, F. A.; GOUVEIA, G. C.; MARTELLI, P. J. L.; VASCONCELOS, E. M. R. Acupuntura no sistema único de Saúde e a inserção de profissionais não médicos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n.4, p. 330-334, 2009.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, 2012.

SANTOS, F. A. S.; SOUSA, I. M. C.; GURGEL, I. G. D.; BEZERRA, A. F. B.; BARROS, N. F. Políticas de práticas integrativas em Recife: análise da participação de atores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, 2011.

SANTOS, A. C. C.; ANDRADE, G. N.; FARIA, A. A.; NUNES, M. G.; MADEIRA, A. M. F. Percepção dos usuários de um centro de Saúde acerca de sua participação no grupo de ginástica chinesa – Lian Gong: uma análise compreensiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 94-99, 2014.

SARAIVA, A. M.; FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D. As práticas integrativas como forma de complementaridade ao modelo biomédico: concepções de cuidadoras. **Revista Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 155-163, 2011.

SCHOELLER, S. D.; LEOPARDI, M. T.; RAMOS, F. S. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFRGS**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 88-96, 2011.

SHUVAL, J. T.; GROSS, R.; ASHKENAZI, Y.; SCHACHTER, L. Integrating CAM and Biomedicine in Primary Care Settings: Physicians' Perspectives on Boundaries and Boundary Work. **Qualitative Health Research**, v. 22, n. 10, p. 1317-1329, 2012.

SCHIFF, E.; ATTIAS, S.; HEN, H.; KREINDLER, G.; ARNON, Z.; SROKA, G.; BEN-ARYE, E. Integrating a complementary medicine service within a general surgery department: from contemplation to practice. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 18, n. 3, p. 300-305, mar. 2012.

SCHVEITZER, M. C. **Estilo de pensamento dos grupos de pesquisa em educação em enfermagem das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2010.

SCHVEITZER, M. C. **Concepções de Saúde e de cuidado de práticas integrativas e complementares e humanizadoras da atenção básica: uma revisão sistemática**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015.

SCHVEITZER, M. C.; ESPER, M. V.; SILVA, M. J. P. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p.442-445, 2012.

SCHVEITZER, M. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Papel das práticas complementares na compreensão dos profissionais da Atenção Básica: uma revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48 (Esp), p. 189-196, 2014.

SENNETT, R. **Juntos - os rituais, os prazeres e a política da cooperação**. 1 ed. Rio de Janeiro - São Paulo: Record, 2012.

SILVA, N. E. **Identificação e distribuição geográfica da população usuária do Hospital de Medicina Alternativa de Goiânia: uma questão social e/ou cultural?** Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil, 2009.

SILVA, E. D. C.; TESSER, C. D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2186-2196, 2013.

SILVA-ARIOLI, I. G.; SCHNEIDER, D. R.; BARBOSA, T. M.; DA ROS, M. A. Promoção e Educação em Saúde: uma análise epistemológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 672-687, 2013.

SIMONI, C. **A PNPIC, seu processo de construção e as práticas contempladas**. Curso de Formação em Práticas Integrativas e Complementares do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2014. 14min12seg. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2Oq6SJZDFUE>. Acesso em: 25 out. 2018.

SIROIS, F. M. Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: a comparison of consumers from 1997-8 and 2005. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 8, p. 16, 2008.

SOUSA, I. M. C.; VIEIRA, A. L. S. Serviços públicos de Saúde e medicina alternativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 255-266, 2005.

SOUSA, I. M. C.; BODSTEIN, R. C. A.; TESSER, C. D.; SANTOS, F. A. S.; HORTALE, V. A. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a Atenção Primária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00150215, 2017.

SOUSA, I. M. C. *et al.* **Relatório de Pesquisa do CNPq - Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste**. 2016. Disponível em: [http://cnpq.br/relatoriodepesquisa?p\\_p\\_id=relatoriopesquisabuscaportlet\\_WAR\\_rel](http://cnpq.br/relatoriodepesquisa?p_p_id=relatoriopesquisabuscaportlet_WAR_rel)

oriopesquisabuscaportlet&p\_p\_lifecycle=0&p\_p\_state=normal&p\_p\_mode=view&p\_p\_col\_id=column2&p\_p\_col\_pos=1&p\_p\_col\_count=2&modoBusca=textual. Acesso em: 10 out. 2018.

SOUZA, J. **A invisibilidade da desigualdade brasileira**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2006.

SOUZA, M. A.; MELO, M. B.; SILVEIRA JUNIOR, R. S.; BARBOAS, M. A.; SIQUEIRA, K. M.; MARTINS, C. A.; SOUZA, M. M.; BRASIL, V. V. Práticas populares adotadas nos cuidados em Saúde da criança. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 512-517, 2006.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências e Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-405, 2009.

SPADACIO, C.; CASTELLANOS, M. E. P.; BARROS, N. F.; ALEGRE, S. M.; TOVEY, P.; BROOM, A. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-13, 2010.

SPINK, M. J. P. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 115-123, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de Saúde, serviços e tecnologia**. 1a Ed. Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

TAVARES, L. A. T. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)istência do sujeito depressivo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, Brasil, 2009.

TAYLOR, B.; DELAGRAN, L.; BALDWIN, L.; HANSON, L.; LEININGER, B.; VIHSTADT, C.; EVANS, R.; KREITZER, M. J.; SIERPINA, V. Advancing integration through evidence informed: Northwestern Health Sciences University's integrated educational model. **Explore**, New York, v. 7, n. 6, p. 396-400, 2011.

TEIXEIRA, M. Z. Panorama mundial da educação médica em terapêuticas não convencionais (homeopatia e acupuntura). **Revista de Homeopatia**, São Paulo, v. 80, n. 1, p. 18-39, 2017.

TEIXEIRA M. Z.; LIN, C.A.; MARTINS, M.A. O Ensino de Práticas Não-Convencionais em Saúde nas Faculdades de Medicina: Panorama Mundial e Perspectivas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 51-60, 2004.

TEIXEIRA, M.; LIN, C. Educação médica em terapêuticas não convencionais. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 92, n. 4, p. 224-235, 2013.

TEJERINA-SILVA, H. Atención primaria de salud en Bolivia, Ecuador y Venezuela. Transición hasta la atención primaria integral? In: GIOVANELLA, L. **Atención primaria de salud en Suramérica**. Rio de Janeiro: Instituto Sul Americano de Governo em Saúde, 2015.

TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em Saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, 2006.

TESSER, C. D. Práticas Complementares, Racionalidades Médicas e promoção da Saúde: contribuições pouco exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009a.

TESSER, C. D. Homeopatia no SUS e na formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 469-474, 2009b.

TESSER, C. D. Práticas Integrativas e Complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à Saúde: possibilidades estratégicas de expansão. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 8, n. 2, p. 216-232, 2017.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de Saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 42, n. especial 1, Rio de Janeiro, p. 174-188, 2018.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1992.

THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249-257, 2011.

TRANGMAR, P.; DIAZ, V. Investigating complementary and alternative medicine use in a spanish-speaking hispanic community in South Carolina. **Annals of Family Medicine**, Massachusetts, v. 6, supl. 1, 2008.

ULHÔA, J. M. **Avaliação do nível de satisfação dos usuários de práticas não-convencionais atendidos no hospital de medicina alternativa**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil, 2008.

VASCONCELOS, E. M. O significado da educação popular na realidade e na utopia da atenção primária à Saúde brasileira. *In*: MANO, M. A. M.; PRADO, E. V. D. **Vivências de educação popular em atenção primária à Saúde: a realidade e a utopia**. São Carlos - SP: EDUFSCAR, v. 1, p. 82-92, 2010.

VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. Educação popular e o movimento de transformação da formação de universitária no campo da Saúde. *In*: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. **Educação Popular na Formação Universitária: Reflexões com base em uma experiência**. São Paulo / João Pessoa: Hucitec/Editora Universitária da UFPB, v. 1, p. 362-397, 2011.

WENCESLAU, L. D.; ROHR, F.; TESSER, C. D. Contribuições da Medicina Antroposófica à integralidade na educação médica: uma aproximação hermenêutica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 127-138, 2014.

WILES, M. R.; ADLER, S. R. The International Congress for Educators in Complementary and Integrative Medicine. **Explore**, New York, v. 9, n. 5, p. 277-278, Sept.-Oct. 2013.

WILLS, E.; MCEWEN, M. Desenvolvimento de conceitos: esclarecimento dos significados dos termos. *In*: MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para a enfermagem**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

WOOD JÚNIOR, T.; PAULA, A. P. P. O Culto da performance e o indivíduo S. A. *In*: EHRENBERG, A. **O Culto da Performance**. Aparecida: Ideias & Letras, 2010. p.197-208.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P. Medicina e Saúde: em termos de hiperconsumo, o que atender? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 64-68, 2009.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário em uma pesquisa intitulada: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A OFERTA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE GOIÂNIA, que tem como objetivo compreender a percepção dos profissionais de Saúde que ofertam Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde da Região Metropolitana de Goiânia. A pesquisa está inserida na linha de pesquisa promoção e educação em Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira. A partir dos resultados elaborará-se uma dissertação de mestrado do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de mestre. Posteriormente, as análises serão divulgadas em eventos científicos de impacto para a área e serão publicadas em periódicos científicos. Sua participação consistirá em responder algumas perguntas acerca do tema. Essa entrevista será gravada em MP4, de forma que os arquivos de som produzidos não serão divulgados, sendo apenas transcritos na íntegra para, posteriormente, serem analisados. Informamos que sua participação é livre. O seu nome e o da instituição não serão divulgados, garantindo assim, o anonimato institucional e o sigilo quanto a sua identidade. Não incorrerá em ônus financeiro para você ou para a instituição. O risco de você participar dessa pesquisa refere-se ao fato de poder sentir-se constrangido (a) em dar as respostas, nesse caso, você poderá se recusar a responder tais questões. Você poderá retirar o seu consentimento em qualquer etapa, caso não queira participar por qualquer motivo, sem que isso lhe cause qualquer dano. A sua contribuição, por meio dos relatos, será fundamental para a visualização do significado acerca da temática, além de fornecer subsídios para o planejamento de ações e disponibilização dessas práticas, contribuindo para a melhoria do serviço e fortalecendo a atenção integral em Saúde. Todas as etapas em estudo e, em especial a coleta de dados serão desenvolvidas com o rigor exigidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no sentido de resguardar sua integridade física, psicológica e moral conforme os princípios da beneficência e não maleficência. Após todos os esclarecimentos acima, caso aceite fazer parte do estudo, você deverá assinar este documento em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será prejudicado. Quaisquer dúvidas sobre a pesquisa ou necessidades dela decorrentes, entrar em contato com os pesquisadores: Pedro Henrique Brito da Silva, telefone 062985889457, e-mail pedrobryto@gmail.com e Ellen Synthia Fernandes de Oliveira, telefone 062984463307, e-mail ellen.synthia@gmail.com ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, telefone 06235211215, e-mail cep.prpi.ufg@gmail.com.

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado: “PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A OFERTA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE GOIÂNIA”, sendo devidamente informados e esclarecidos pelos pesquisadores sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvido, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura por extenso do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura por extenso do pesquisador

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

Nome completo	
Telefone celular	
Telefone do trabalho	
E-mail	
Data de Nascimento	
Sexo	
Cor/etnia	
Local de Nascimento	
Estado Civil	
Número de filhos	
Religião	
Escolaridade	
Local de trabalho	
Profissão	
Função	
Vínculo empregatício	

1. Conte-me um pouco da sua formação profissional (Faculdade, curso profissionalizante, especialização, etc.).
2. Quais foram às razões que o (a) motivaram a escolher essa profissão?
3. Quais são as PIC com que você atua profissionalmente?
4. Como ocorreu a sua aproximação com as PIC? (situação, pessoas, oportunidades que o motivaram).
5. Você faz uso pessoal de alguma PIC? Por quê? Há quanto tempo?
6. O que você fez para se capacitar na área das PIC (cursos, especialização, seminários, etc.)?
7. Você realizou o curso de capacitação oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde? Quando? Qual foi a estrutura do curso? (tempo de duração, formato, as turmas, etc.).
8. Você tem participado de algum encontro de supervisão ou reciclagem na área das PIC que desenvolve na APS?
9. Há quanto tempo trabalha neste serviço de APS?

10. Como começou a oferta das PIC aqui neste serviço de APS?
11. Quais foram os primeiros profissionais que ofereceram PIC neste serviço de APS?
12. Como os usuários são encaminhados para as PIC?
13. Quem são os profissionais que encaminham os pacientes para tomarem parte das PIC?
14. Qual é o tempo da duração da prática que você desenvolve? Quais os dias e horários?
15. Onde se desenvolve o grupo de usuários que realizam as PIC? Qual o número de pessoas?
16. Qual a adesão dos usuários às PIC? Em média, quanto tempo? Por quê?
17. Da sua experiência profissional, porque os usuários procuram às PIC? Como explica tal procura ou ausência/desistência delas?
19. Esses usuários possuem problemas de Saúde? Quais?
20. O que significa a oferta das PIC na APS? Por quê?
21. A sua prática profissional mudou depois que você passou a trabalhar com as PIC? De que forma?
22. O uso das PIC alterou a sua concepção sobre o cuidado em Saúde? Em que sentido?
23. A oferta de PIC neste serviço de APS mudou a forma de organização do trabalho? Como? Por quê?
24. Existem situações em que são utilizadas práticas convencionais em conjunto com as PIC?
25. A oferta de PIC neste serviço de APS mudou alguma coisa nas relações entre os profissionais? Como? Por quê?
26. A oferta de PIC neste serviço de APS mudou alguma coisa nas relações entre os profissionais e os usuários? Como? Por quê?

27. Para você como as PIC podem promover a Saúde? Por quê?
28. Nas reuniões da equipe do serviço de APS as PIC são discutidas? Por quê?
29. Na equipe que você participa aqui no serviço de APS quem mais apoia o desenvolvimento das PIC? Como?
30. Há alguma relação/intercâmbio com os profissionais que encaminham os usuários para realização das PIC? Como? Por quê?
31. Como você registra a realização das PIC com os usuários? Por quê?
32. Quem são os profissionais que encaminham os pacientes para tomarem parte das PIC?
33. Você identifica alguma dificuldade de aplicação das PIC neste serviço de APS? Quais? Por quê?
34. Você identifica alguma facilidade de aplicação das PIC neste serviço de APS? Quais? Por quê?
35. Qual a expectativa que você tem em relação às PIC? Por quê?
36. Como você imagina que estará a oferta de PIC na APS do Município daqui a dez anos?
37. Existe alguma outra coisa que não foi perguntado e que você gostaria de informar ou compartilhar?

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE-REGIÃO METROPOLITANA DE GOIÂNIA

**Pesquisador:** LEYLAINÉ CHRISTINA NUNES DE BARROS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66738217.0.0000.5083

**Instituição Proponente:** NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.057.783

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisadora relata que é um estudo que se propõe desenvolver em parceria com o Laboratório de Práticas Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS) da Unicamp, estando correlacionado à proposta original: "As Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares nos Serviços de Atenção Primária em Saúde na Região Metropolitana de Campinas/SP". Com o intuito de atender os objetivos propostos para cada estudo (I, II e III), a presente pesquisa será de natureza quantitativa e qualitativa, desenvolvida em estudos complementares, utilizando métodos e técnicas distintos: entrevistas individuais estruturadas, semi-estruturadas e análise documental. Cada um dos estudos corresponde a um subprojeto e será detalhado abaixo: Estudo I: perspectiva qualitativa-quantitativa com o intuito de identificar as

Estudo II: perspectiva qualitativa com o fim de identificar o processo de formação e organização do trabalho dos profissionais que ofertam as PICs na Atenção Primária em Saúde dos 20 municípios da Região Metropolitana de Goiânia. Estudo III: perspectiva qualitativa, visando compreender os significados que os usuários dão às PICs na Atenção Primária em Saúde dos 20 municípios da Região Metropolitana de Goiânia. Local de Estudo: ofertadas nos serviços de Atenção Primária em Saúde dos 20 municípios da Região Metropolitana de Goiânia, bem como conhecer os motivos, as

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
**Bairro:** Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.057.783

percepções e crenças dos gestores no que se refere à implementação de tais Práticas. Estudo para defesa de mestrado profissional em saúde pública. Estudo II: perspectiva qualitativa com o fim de identificar o processo de formação e organização do trabalho dos profissionais que ofertam as PICs na Atenção Primária em Saúde dos 20 municípios da Região Metropolitana de Goiânia. Estudo III: perspectiva qualitativa, visando compreender os significados que os usuários dão às PICs na Atenção Primária em Saúde dos 20 municípios da Região Metropolitana de Goiânia.

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral I: Realizar um censo em todos os serviços de Atenção Primária em Saúde dos 20 municípios da Região Metropolitana de Goiânia para identificar quais são as Práticas Integrativas e Complementares ofertadas;

Geral II: Identificar o processo de formação e organização do trabalho dos profissionais que ofertam Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde dos 20 municípios da Região Metropolitana de Goiânia.

Geral III: Conhecer o significado que os usuários dão à utilização de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde dos 20 municípios da Região Metropolitana de Goiânia

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

quanto aos riscos referem que "ao fato de poder sentir-se constrangido (a) em dar as respostas, nesse caso, você poderá se recusar a responder tais questões. Você poderá retirar o seu consentimento em qualquer etapa, caso não queira participar por qualquer motivo, sem que isso lhe cause qualquer dano".

Benefícios:

Melhor qualidade de vida e integração social, contrapondo a atual hegemonia hospitalocêntrica. Ademais, pesquisas dessa abrangência poderão subsidiar o planejamento de ações e disponibilização dessas práticas, contribuindo para a melhoria do serviço e fortalecendo a atenção integral em saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo de grande relevância acadêmica e para a comunidade em geral, no entanto a pesquisadora não conseguiu explicar qual a relação deste estudo com o LAPECIS. É uma proposta de trabalho para mestrado profissional. Apresentam o instrumento de coleta de dados adequados para a proposta do estudo. O financiamento é próprio.

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
**Bairro:** Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.057.783

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentam o termo de compromisso, folha de rosto adequadamente assinados. Termo de anuência dos municípios que participarão do estudo. O TCLE esta adequado, garantindo anonimato e sigilo aos participantes, e todos os direitos exigidos pela resolução 466/2012 (CNS). O cronograma esta adequado para coleta de dados para após a avaliação do CEP.

**Recomendações:**

Explicar a ligação do estudo com o LAPECIS no seu relatório parcial.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para março de 2018.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_888689.pdf	06/04/2017 11:32:35		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	06/04/2017 11:14:45	LEYLAINE CHRISTINA NUNES DE BARROS	Aceito
Outros	Instrumentodecoletadedados.pdf	28/03/2017 17:01:43	LEYLAINE CHRISTINA NUNES DE BARROS	Aceito
Outros	Termodeanuencia.pdf	28/03/2017 16:59:04	LEYLAINE CHRISTINA NUNES DE BARROS	Aceito
Outros	TermodeCompromisso.pdf	28/03/2017 16:47:13	LEYLAINE CHRISTINA NUNES DE BARROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.pdf	28/03/2017 16:43:13	LEYLAINE CHRISTINA NUNES	Aceito

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
**Bairro:** Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.057.783

Investigador	Projeto.pdf	28/03/2017 16:43:13	DE BARROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/03/2017 16:41:44	LEYLAINE CHRISTINA NUNES DE BARROS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 11 de Maio de 2017

---

**Assinado por:**  
**João Batista de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
**Bairro:** Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com