

INDIARA SARTORI DALMOLIN

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: CAMINHOS PARA PROMOVER O
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Dalmolin, Indiara Sartori
Práticas integrativas e complementares na atenção
primária : caminhos para promover o sistema único
de saúde / Indiara Sartori Dalmolin ; orientadora,
Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann,
2017.
143 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Práticas Integrativas e
Complementares. 3. Promoção da Saúde. 4. Saúde da
Família. 5. Sistema Único de Saúde. I. Heidemann,
Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

INDIARA SARTORI DALMOLIN

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: CAMINHOS PARA PROMOVER O
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

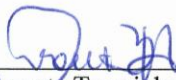
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 15 de dezembro de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.**

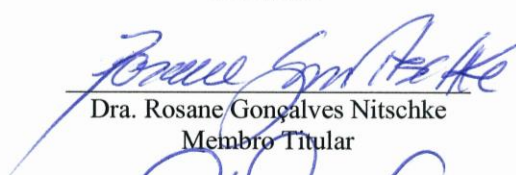


Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

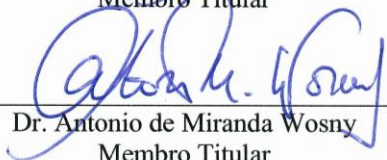
Banca Examinadora:



Dra. Ivonete Teresinha Schülter
Buss Heidemann
Presidente



Dra. Rosane Gonçalves Nitschke
Membro Titular



Dr. Antonio de Miranda Wosny
Membro Titular

Dedico esta dissertação...

Aos meus pais, Ieda e Leonor,
por todas as lutas em busca da
educação de seus filhos. Por todas as
orações e palavras de apoio.

Minha gratidão e amor!

Ao meu amore Marcelo,
por ser luz em minha vida, por ser meu
porto seguro. Por todos os momentos
compartilhados.

Minha gratidão e amor!

À Nicolli, meu encanto de afilhada,
por ser a criança mais linda e
iluminada que escolheu a nossa família
para fazer seu lar. Por ser minha
inspiração.

Minha gratidão e amor!

Aos participantes da pesquisa,
profissionais admiráveis que
constroem a Saúde da Família
diariamente. Pelos diálogos e
reflexões, pela acolhida. Pelas
construções em cada Círculo de
Cultura.

Gratidão, gratidão, gratidão!

AGRADECIMENTOS

A gratidão é um sentimento que enobrece o ser humano, possibilita viver com alegria, libertação e aceitação. Ser grato é viver o melhor que o universo pode nos oferecer, é viver plenamente com nós e com os outros. Ser grato é essencial, é ter coragem para encarar a vida, da maneira como ela é, ou melhor, da maneira como desejamos que ela seja. Após esta caminhada é hora de expressar a gratidão, é hora de agradecer!

À Deus, por me guiar, me proteger, iluminar minha vida e se fazer presente em todos os momentos, de forma leve e acolhedora. E aos meus Santos intercessores, Nossa Senhora Aparecida e Santo Antônio, pelo aconchego e paz que encontro por meio da fé.

À natureza, à terra, ao mar, ao sol e à lua, pela energia que harmoniza os meus dias, me equilibra e inspira.

Aos meus pais, Ieda e Leonor, pelo exemplo de luta, de perseverança, de fé e amor, por me educarem e guiarem pelos melhores caminhos.

Ao Marcelo, meu amor maior, por atribuir mais cores e leveza a minha vida, pelas conversas filosóficas e críticas amorosas, por compartilhar a vida comigo.

Aos meus avôs Eduardo José e José Wilson (*in memoriam*), pelos ensinamentos e momentos vividos, por cotidianamente sentir vocês vivos em mim.

Às minhas avós Aurora e Harminda, pelo exemplo de mulheres fortes que enfrentam a vida com sabedoria, sempre conectadas com os elementos da natureza.

À Caroline, minha afilhada, meu amor, pelas energias transformadoras que trocamos, pelas conversas intensas, pelas risadas que oxigenam a vida. Por ser você e estar presente em todos os momentos, cheia de sonhos e afetos.

Ao meu irmão Daniel e à Vanessa, por presentearem nossa família com a benção da Nicolli, que trouxe luz, amor, alegrias e uma fortaleza infundável.

À tia Dete, por me inspirar como pessoa e profissional, por ser uma semeadora de sonhos e por acalantar nossa família com seu amor e compreensão.

À tia Neiva, pelas rodas de chimarrão que sempre nutriram meu ser com muita alegria.

À tia Leci, minha segunda mãe, pelas conversas bem humoradas, pelas mensagens enviadas, pelo amor em cada momento.

À Vera, minha Amiga, minha mentora neste caminho das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), por sua luz diária, por seus cuidados e afetos, por ser minha terapeuta, por jamais deixar a distância interferir na nossa relação, por estar próxima, se fazer próxima.

À Marilda, por ter aberto as portas do Projeto Amanhecer, ter me acolhido com imenso abraço, ter possibilitado um mergulho mais profundo no vasto mundo das PIC, em especial do *reiki* e da auriculoterapia.

À Giovanna e à Christiny, minhas colegas e amigas do mestrado em enfermagem, pelos encontros, diálogos, trocas, conselhos, reflexões, por tornarem o caminho mais suave.

Às amigas da vida, Lucia, Jaqueline, Patrícia, Daiane, Marciéli, Elisa e Rackel, pelas conversas pessoais e virtuais, por não permitirem que os quilômetros ou os anos diminuíssem nossa relação e confiança.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e à Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade formativa, por sua qualidade e diferencial de ensino e pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento de uma bolsa de mestrado que me permitiu realizar esta formação.

Ao Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS) e aos colegas do grupo de pesquisa, a gratidão pela acolhida, pelos saberes, pela construção de conhecimentos acadêmicos, assistenciais, Freireanos e de vida.

À Professora Ivonete, minha orientadora desde a residência, por ser um dos seres humanos mais lindos e íntegros que já conheci, por sua sensibilidade na formação, no ensino e na pesquisa, por suas orientações construtivas, por me conduzir com carinho, cuidado e profundidade reflexiva, por me questionar, me inquietar, me lançar na busca do ser mais.

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina (IFSC), campus Florianópolis, aos colegas professores e alunos, pela oportunidade docente junto ao curso Técnico em Enfermagem, que tem me possibilitado um importante crescimento.

Aos participantes da pesquisa, os protagonistas deste trabalho, pelo tempo compartilhado, pelos diálogos e reflexões, por terem aceitado este desafio.

Aos membros da banca de qualificação e sustentação do mestrado, professores Rosane, Charles, Celmira, Maria Fernanda, Ana, Antônio e Fabiano, por terem fortalecido o trabalho, por questionarem,

por compartilharem suas experiências, saberes e olhares, por auxiliarem nesta construção.

Enfim, a todos que cruzaram e se expressaram neste caminho de formação acadêmica.

Gratidão, gratidão, gratidão!

Namastê!

*“O Deus que habita em mim, saúda o
Deus que habita em ti”*

“Se nada ficar destas páginas, algo, pelo menos, esperamos que permaneça: nossa confiança no povo. Nossa fé nos homens e na criação de um mundo em que seja menos difícil amar”.

(Paulo Freire)

RESUMO

Este estudo objetivou compreender a percepção de profissionais da Estratégia e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto à utilização das práticas integrativas e complementares como ação de promoção da saúde, na Atenção Primária do município de Florianópolis, estado de Santa Catarina. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo ação participante, articulada com o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire que consiste de três etapas: investigação temática, codificação e descodificação e desvelamento crítico. Participaram 30 profissionais de dois Centros de Saúde, entre os meses de abril e julho de 2017, totalizando sete Círculos de Cultura, quatro com a equipe Oriente e três com a equipe Ocidente. A investigação temática foi disparada a partir de questões norteadoras sobre as práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde, sendo que o desvelamento crítico aconteceu concomitantemente com a participação dos pesquisados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com o parecer 1.828.562 e CAAE 61607316.4.0000.0121 de 21 de novembro de 2016. Durante o levantamento temático foram investigados 50 temas geradores na equipe Oriente e 49 na Ocidente, os quais foram codificados e descodificados em seis temas significativos, que foram desvelados no decorrer dos Círculos. Os resultados foram descritos em duas dimensões, buscando compreender em cada uma as temáticas de maior relevância. O primeiro manuscrito abordou as práticas integrativas e complementares como um modelo de cuidado e promoção da saúde, em busca da integralidade e da redução de danos, a partir do empoderamento dos indivíduos e famílias para uma melhor qualidade de vida e saúde. E o segundo trabalhou na perspectiva das práticas integrativas e complementares para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, refletindo as potências, os limites e as estratégias de enfrentamento para a consolidação dessa forma de fazer saúde na Atenção Primária. Assim, concluiu-se que as práticas integrativas e complementares são ação de promoção da saúde para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, constituindo um modelo de atenção emergente nos serviços da Atenção Primária. Afirma-se a relevância do alcance da ação-reflexão-ação no transcorrer dos Círculos de Cultura, ratificando a importância das pesquisas com metodologias que conectam pesquisadores-pesquisados em busca de reflexões sobre o processo de trabalho e consequentemente transformações nos modos de compreender e fazer saúde.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares, Promoção da Saúde, Saúde da Família, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to understand the perception of professionals of the Strategy for the Family Health and the Support Center of Family Health regarding the use of integrative and complementary practices as a health promotion action in the Primary Care of the city of Florianópolis, state of Santa Catarina. It was a qualitative research, of the type participant action, articulated with the Paulo Freire's Research Itinerary that consists of three stages: thematic research, coding and decoding, and critical unveiling. Thirty professionals from two Health Centers took part, between April and July 2017, totaling seven Cultural Circles, four with the Orient team and three with the West team. Thematic research was triggered by guiding questions about integrative and complementary practices and health promotion, plus the critical unveiling occurred concurrently during the investigation, with the participation of respondents. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina, with the number: 1.828.562 and CAAE 61607316.4.0000.0121 of November 21, 2016. During the thematic survey, 50 generator themes were investigated in the Orient team and 49 in the West, which were coding and decoding into six significant themes, which were unveiled throughout the Culture Circles. The results were described in two dimensions, to try to understand in each one the topics of greater relevance. The first manuscript addressed integrative and complementary practices as an emerging model of health care promotion, in the search of integrality and harm reduction, through the empowerment of individuals and families for a better quality of life and health. The second manuscript worked on the perspective of integrative and complementary practices to strengthen the Unified Health System, reflecting the potencies, limits and coping strategies for the consolidation of this way of health care promotion in the Primary Care. Thus, it was concluded that integrative and complementary practices are actions to health promotion to strengthen the Unified Health System, constituting a model of emergent care in primary attention services. That affirms the relevance of the scope of action-reflection-action in the course of the Culture Circles, confirming the importance of researches with methodologies that connect researchers-researched in the look of reflections on the work process and consequently changes in the ways to do and understand health care.

Keywords: Integrative and Complementary Practices, Health Promotion, Saúde da Família, Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mandala disparadora da investigação temática.	66
Figura 2 - Cartazes construídos pela equipe Oriente no primeiro Círculo de Cultura.	67
Figura 3 – Cartazes construídos pela equipe Ocidente no primeiro Círculo de Cultura.	67
Figura 4 - Mandala disparadora do último Círculo na equipe Oriente. .	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OMS	Organização Mundial da Saúde
UIPES	União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação
CS	Centro de Saúde
DS	Distrito Sanitário
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP/CONEP	Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVO	31
1.1.1 Objetivo geral	31
2. REVISÃO DA LITERATURA	33
2.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, PROMOÇÃO DA SAÚDE E O LÓCUS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELAÇÕES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS.....	33
3 MARCO TEÓRICO	43
3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: DA CARTA DE OTTAWA AOS DIAS ATUAIS	43
3.1.1 Política Nacional de Promoção da Saúde: pressupostos de re(afirmação) no cenário nacional	51
3.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: CONCEITOS, RECONHECIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL.....	55
4. METODOLOGIA	59
4.1 TIPO DE PESQUISA	59
4.2 LOCAL DE PESQUISA.....	62
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	64
4.4 INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA.....	65
4.5 DESVELAMENTO DOS TEMAS.....	70
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	70
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
5.1 MANUSCRITO 1.....	74
5.2 MANUSCRITO 2.....	96
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE	135
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	136
ANEXO	139

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA..... 140

1. INTRODUÇÃO

O interesse pela temática das práticas integrativas e complementares (PIC) como ação de promoção da saúde no cuidado de indivíduos e famílias, tem impulsionado meus caminhos pessoais, acadêmicos e profissionais. Este despertar ocorreu ainda na graduação e foi confirmado a partir das vivências da residência, do mestrado e de um trabalho voluntário como terapeuta holística no Projeto Amanhecer, vinculado ao Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Enquanto estudante do curso de graduação em enfermagem participei de projetos de pesquisa e extensão, como bolsista e voluntária. Em especial, fui uma das idealizadoras da pesquisa “Aplicação de *reiki* em pessoas idosas com dor crônica” que teve o objetivo de identificar e analisar os benefícios vivenciados com a prática de *reiki* em pessoas idosas com dor crônica não-oncológica (FREITAG et al., 2014). Esta investigação permitiu um desvelamento no campo das PIC e da importância dessas para a saúde e conseqüentemente a promoção da saúde, levando-me a buscar formações específicas em PIC, tais como o *reiki* e a auriculoterapia.

Ao término da graduação, comecei minhas atividades como enfermeira por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC. Imersa na realidade social dos territórios e famílias, percebi que as concepções e práticas populares de cuidado pouco são compreendidas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), que permanecem reproduzindo o modelo biomédico, no qual a promoção da saúde encontra-se fragilizada. Assim, busquei na academia suporte teórico-filosófico para amenizar minhas inquietações e estimular o processo de ação-reflexão-ação, matriculando-me na disciplina isolada “Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Esta possibilitou-me ingressar como membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS), atualmente denominado Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS).

Nos últimos anos, o LAPEPS vem desenvolvendo pesquisas que tem como fundamentação teórica a Promoção da Saúde em diferentes cenários. E a filosofia Freireana que orienta este grupo despertou em mim o desejo de continuar a formação acadêmica, buscando cada vez mais a aproximação entre os diferentes atores do setor saúde,

dialogando, refletindo e transformando serviços, práticas, modos de ser e viver.

Neste grupo, que participo desde 2014, tive a oportunidade de realizar meu Trabalho de Conclusão da Residência que se tratou de uma revisão integrativa, intitulada “Práticas integrativas e complementares na atenção primária e a interface com a promoção da saúde”, a qual apresentou uma significativa lacuna nesta área, pois há uma invisibilidade de conhecimento e utilização das PIC no âmbito da promoção da saúde (DALMOLIN, 2016). Em 2016, ingressei no mestrado em enfermagem, que tem significado um aprofundamento transformador na área das PIC e da promoção da saúde, essencialmente por trabalhar com os profissionais da APS, buscando desvelar estratégias de cuidado/cura que vão ao encontro das necessidades locais, estimulando a consciência sobre outros modelos de atenção à saúde.

Neste sentido, a partir das minhas experiências acadêmicas e profissionais, dos resultados de alguns estudos e de constantes reflexões, considero fundamental para a consolidação das PIC como ação de promoção da saúde, compreender a percepção dos profissionais que constroem cotidianamente a APS. Assim, vislumbrei contribuir para que os profissionais ampliem seu olhar, visando atender as reais necessidades dos indivíduos e famílias, estimulando transformações na maneira de pensar e fazer em saúde e na enfermagem.

A APS constitui uma das entradas do sistema para as necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa, não direcionada à enfermidade, proporciona continuidade do cuidado, criação de vínculos com a comunidade e trabalha no contexto da integralidade (STARFIELD, 2002). É desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e junto ao território cotidiano de vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários e a base de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012). No território brasileiro, a APS está organizada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que aposta na criação de vínculos e laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais e população, estrutura o trabalho com o objetivo de aumentar a horizontalidade, diminuir as ações de saúde prescritivas e facilitar a concretização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

Na lógica da ESF as ações englobam a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção, na busca por impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes sociais de

saúde das coletividades (BRASIL, 2012). Neste contexto, a assistência na ESF é realizada por uma equipe saúde da família, de caráter multiprofissional, composta por enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico de enfermagem, auxiliar ou técnico de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS). Cada equipe deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000; e cada ACS deve ser responsável por no máximo 750 pessoas (BRASIL, 2012). Ademais, os profissionais da ESF possuem um suporte matricial dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para a discussão e resolução das demandas do processo saúde-doença na APS.

Pensando na reorientação do cuidado em saúde no âmbito da APS após a institucionalização do SUS, é fundamental resgatar o conceito ampliado de saúde proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986. Essa, afirma que a saúde é o resultado de fatores determinantes e condicionantes, tais como as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso a serviços de saúde. Sendo assim, é essencialmente o produto das formas de organização social, de produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986). Segundo Kleba et al. (2012), esta visão ampliada de saúde sugere aos profissionais da ESF uma responsabilização pelo desenvolvimento e ampliação da dimensão cuidadora, demandando maior capacidade de acolhimento, vínculo e diálogo para além da clínica tradicional, oferecendo respostas mais efetivas às necessidades da população, atuando de forma integral na assistência à saúde. Em adição, acrescenta-se o conceito positivo de saúde que vai ao encontro da promoção, enfatizando que os indivíduos e comunidades devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. Neste sentido, torna-se um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (WHO, 1986).

Em vista disso, estão sendo inseridas práticas de educação e promoção da saúde na APS, visando a criticidade e reflexão nas abordagens (ALVES; AERTS, 2011). Stachtchenko e Jenicek (1990) reforçam a diferença entre prevenção e promoção, sendo que a prevenção tem um conceito de saúde como ausência de doença, enquanto que a promoção tem um conceito positivo e multidimensional de saúde. Aprofundando a conceituação desses dois termos Czeresnia (2003) afirma que:

As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003, p. 4). A idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como a utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 2003, p. 5).

No que se refere às ações/práticas/estratégias de promoção da saúde, entende-se como a inclusão das cinco estratégias da Carta de Ottawa: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reorientação dos serviços de saúde, apoio à ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais, no processo de trabalho das equipes saúde da família, oportunizando novas formas de produção do cuidado (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014). Complementando a ação clínica de cura de doenças e ampliando a capacidade de autonomia dos indivíduos, famílias e coletividades para o alcance de objetivos pessoais de serem saudáveis (LOPES et al., 2013). Ainda, as estratégias de promoção da saúde são as que possibilitam desenvolver a autonomia e fortalecer processos políticos e sociais que permitem a transformação dos condicionantes estruturais, reafirmando os princípios do SUS, especialmente o da integralidade na atenção à saúde e o da participação social (DURAND; HEIDEMANN, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2012) reafirma a APS como responsável por diversas ações e cuidados em saúde, desde a

promoção, prevenção e manutenção, até a reabilitação. Nessa direção, políticas e programas estão sendo estruturados para a consolidação da APS, entre eles destaca-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (CRUZ; SAMPAIO, 2012).

No contexto de repensar as práticas de saúde por meio das políticas públicas, e com o objetivo de garantir a integralidade na atenção à saúde, foi criada em 2006 a PNPIC no SUS. Essa política atende à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implantar experiências que vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados (TESSER, 2009).

Em Florianópolis, no ano de 2010, foi nomeada uma comissão para implantação das práticas integrativas e complementares (PIC) na rede municipal de saúde. As atribuições dessa comissão são: promover oficinas de sensibilização e ações educativas com profissionais, gestores e comunidade, permitindo o debate e implantação das PIC no município; estimular o desenvolvimento de pesquisas relacionadas à implantação das PIC, favorecendo o aprimoramento e a qualificação nas práticas disponibilizadas (FLORIANÓPOLIS, 2010). A partir desse trabalho foi elaborada e publicada, a portaria 047/2010, que institucionaliza as PIC na rede municipal de saúde, configurando-se um novo recurso terapêutico a ser desenvolvido pelos profissionais de saúde, principalmente por aqueles que atuam na ESF (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Nesta dimensão, as PIC têm sua origem na antiguidade e foram redescobertas pelo mundo ocidental nas últimas décadas, resultado de um movimento de mudança do modelo vigente. Nos últimos 30 anos essas terapias são cada vez mais reconhecidas pela sociedade contemporânea, devido ao crescente interesse de utilização, da população leiga, dos profissionais de saúde, da comunidade científica e das organizações governamentais, além de resultados satisfatórios de pesquisas científicas. Fazem parte das PIC uma heterogeneidade de práticas de cuidado com a saúde, tais como acupuntura, antroposofia, aromaterapia, auriculoterapia, essências florais, fitoterapia, iridologia, massagem, meditação, musicoterapia, reflexologia, reiki, toque terapêutico, entre outras (SALLES; SILVA, 2011). Além disso, essas terapias consistem em uma prática alternativa, complementar e/ou integrativa às terapêuticas presentes no modelo biomédico vigente (ALVIM et al., 2013).

O campo das PIC contempla sistemas complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização

Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA). Esses sistemas e recursos envolvem abordagens de estímulo aos mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, expandindo a visão sobre o processo saúde-doença e a promoção da saúde, potencializando o autocuidado (BRASIL, 2015).

No Brasil, houve a padronização da terminologia dessas terapias como PIC, a partir de 2006, com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Naquele momento, foram reconhecidas pela referida política cinco PIC, a destacar: Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/Acupuntura; homeopatia; plantas medicinais e fitoterapia; termalismo social/crenoterapia; e medicina antroposófica. Sendo que as demais PIC, como o *reiki*, MTC/*lian-gong*, MTC/*tai-chi-chuan*, automassagem, massagens, *do-in*, *shiatsu*, *yoga*, *shantala*, *tui-na*, *lien-chi*, entre outras, não foram formalmente reconhecidas, mesmo possuindo um percentual de utilização maior pela população brasileira de acordo com o próprio diagnóstico nacional realizado para subsidiar a promulgação da política (BRASIL, 2015)¹.

Em 2017, houve dois marcos importantes no campo das PIC no cenário nacional. O Ministério da Saúde publicou no Diário Oficial da União a Portaria nº145/2017, que amplia os procedimentos oferecidos pela Política no SUS, expandindo a oferta dessas práticas à população; e a Portaria nº 849/2017 que inclui mais 14 PIC na PNPIC, a destacar:

¹“**Acupuntura:** compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas; **Homeopatia:** sistema complexo de caráter holístico, é baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C.; **Plantas Medicinais e Fitoterapia:** terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal; **Termalismo Social/Crenoterapia:** o termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica, atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde; **Medicina Antroposófica:** foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde” (BRASIL, 2015, p. 16, 19, 22, 25, 26).

arteterapia, *ayurveda*, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, *reiki*, *shantala*, terapia comunitária integrativa e *yoga* (BRASIL, 2017; BRASIL, 2017)².

² “**Arteterapia:** é uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida; **Ayurveda:** significa a ciência ou conhecimento da vida. Este conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los e considerando os campos energético, mental e espiritual; **Biodança:** é uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva; **Dança circular:** dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades; **Meditação:** é uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de êxtase. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos; **Musicoterapia:** é a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas; **Naturopatia:** utiliza diversos recursos terapêuticos como plantas medicinais, águas minerais e termas, aromaterapia, fitologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos; **Osteopatia:** é um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades; **Quiropraxia:** são utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido

Diante dessa realidade, por estar em constante interação com a população e os usuários do SUS, os profissionais de saúde têm o papel de oferecer alternativas para complementar o tratamento, que estejam ao alcance do público alvo, promovendo saúde, prevenindo doenças, prestando um cuidado holístico, o mais natural possível e respeitando as crenças, valores e a individualidade de cada sujeito (FREITAG et al., 2014). Nesse sentido, agrega-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 2006 e redefinida em 2014, que se sustenta no conceito ampliado e positivo de saúde e no referencial teórico da promoção como estratégias e formas de produzir saúde, em âmbito

à abertura da articulação, que gera uma cavitação; **Reflexoterapia**: utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente; **Reiki**: é uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral; **Shantala**: massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional; **Terapia comunitária integrativa**: é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de experiências objetiva a valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas; **Yoga**: é uma prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Um conjunto de ásanas (posturas corporais) pode reduzir a dor lombar e melhorar. Para harmonizar a respiração, são praticados exercícios de controle respiratório denominados de *pranayamas*. Também, preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promova a não-violência” (BRASIL, 2017, p. 68,69).

individual e coletivo, distinguindo-se pela parceria intra e intersetorial, com extensa participação e controle social (BRASIL, 2015).

Assim, foi possível evidenciar a lacuna do conhecimento desse objeto de estudo a partir de uma revisão integrativa de literatura, realizada com o objetivo de identificar e analisar as produções sobre as PIC na APS e sua relação com a promoção da saúde, no período de 2005 a 2014. A pesquisa revelou um cenário nebuloso em relação à temática, devido à ausência de utilização/recomendação das PIC com ações de promoção da saúde, tanto por profissionais, como por usuários, havendo um entendimento das PIC direcionado a doença, tratamento e cura. Diante das poucas evidências da literatura, intensificou a motivação em desenvolver este projeto de dissertação, para dar visibilidade as PIC no campo da promoção da saúde, buscando uma maior compreensão e consolidação na APS.

Tendo em vista a discussão apresentada, esta pesquisa alicerçou-se na seguinte questão norteadora: Qual a percepção de profissionais da ESF e do NASF quanto à utilização das PIC como ação de promoção da saúde na APS do município de Florianópolis/SC?

Assim, acredita-se que esta pesquisa contribuiu para a área da saúde, para os profissionais da ESF e do NASF, para os usuários do SUS e para a ciência produtora de conhecimento, a medida que possibilitou diálogos reflexivos sobre a temática, pensando o processo de trabalho e as formas de produzir saúde, estimulando um caminho em direção às PIC e à promoção da saúde.

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção de profissionais da ESF e do NASF quanto à utilização das PIC como ação de promoção da saúde, na APS do município de Florianópolis/SC.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Pesquisar é compreender que a pesquisa é ao mesmo tempo um acabado temporário e um inacabado constante (MINAYO, 2013). Nesse sentido, buscando o estado da arte relacionado à temática de estudo foi desenvolvida uma revisão narrativa de literatura. As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Portal de Periódicos CAPES/MEC, Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Banco de Teses e Dissertações CAPES, nos idiomas português, inglês e espanhol, utilizando como combinações de palavras-chave/descriptores: Promoção da Saúde e Práticas Integrativas e Complementares; Práticas Integrativas e Complementares e Atenção Primária à Saúde; Práticas Integrativas e Complementares e Atenção Básica; Terapias Complementares e Terapias Alternativas; Política Nacional de Promoção da Saúde; e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. As análises da referida revisão constituem este capítulo de sustentação da dissertação.

2.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, PROMOÇÃO DA SAÚDE E O LÓCUS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELAÇÕES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS

O uso de terapias complementares no cuidado à saúde é mais uma ferramenta para a promoção da integralidade do cuidado. O Ministério da Saúde recomenda o uso dessas práticas no âmbito do SUS, principalmente na APS, como estratégia para colocar em prática a promoção, manutenção e recuperação da saúde, devido ao olhar ampliado do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, notadamente do autocuidado e autonomia, estimulando uma relação humanizada e integral entre os sujeitos envolvidos (ARAÚJO, 2015).

Dados de pesquisa afirmam que as PIC podem ser recursos importantes para a promoção da saúde, principalmente por possibilitar um novo olhar sobre o processo saúde-doença-cuidado, de base essencialmente holística e empoderadora, buscando compreender a saúde a partir dos modos de ser e viver (LIMA; SILVA; TESSER, 2014). Nesse contexto, há necessidade de investimento em práticas de saúde que visualizem o indivíduo por inteiro, com suas potencialidades, fragilidades e conhecimentos, que nem sempre condizem com o olhar

biológico, mas que, podem andar lado a lado, de maneira equilibrada e coerente (NEVES et al., 2012).

Por outro lado, sabe-se que a crescente procura por PIC e sua gradativa aceitação por profissionais de saúde é fato relativamente recente (THIAGO; TESSER, 2011). No Brasil, a consolidação do SUS e principalmente a expansão da ESF têm estimulado um considerável número de profissionais de saúde a aproximar-se da realidade das classes populares, o que possibilita repensar as práticas assistenciais para torná-las mais integradas aos interesses e à cultura da população (BRASIL, 2014). Nesse patamar, a literatura evidencia uma demanda de pesquisas sobre essa temática, especificamente no campo da APS (THIAGO; TESSER, 2011).

Municípios brasileiros, como Belo Horizonte e Campinas entre outros, estimulam a inserção das PIC tais como: *yoga, tai chi chuan, liang gong, reiki*, toque terapêutico, grupos de relaxamento e meditação, homeopatia, acupuntura, biodança, automassagens, nas instituições de saúde, especialmente no lócus da APS. Essas experiências tem se mostrado com grande aceitação tanto na perspectiva da promoção como do tratamento de usuários, que estão lutando em diferentes espaços pelo oferecimento destas práticas e terapias pelo SUS. Dentre os benefícios identificados nas PIC pode-se citar: reflexos individuais, grupais, sociais e intersetoriais, à medida que possuem noção positiva de saúde e relação educativa emancipatória (TESSER, 2009).

Autores reforçam ainda, que os profissionais que trabalham com as PIC estimulam o indivíduo a encontrar seu bem-estar e equilíbrio, pois entendem que o corpo, assim como a natureza tem capacidade própria de procurar o equilíbrio e o bem-estar e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida (RODRIGUES; HELLMANN; SANCHES, 2011). Além do que, as PIC ao considerar corpo, mente e espírito, estimulam a promoção da saúde (NEVES et al., 2012). Tesser (2009) afirma ainda, que as PIC estão associadas à promoção da saúde pelo fato de impulsionar e recuperar a noção de qualidade de vida para além do adocimento, potencializando o autoconhecimento e re(significando) os saberes frente ao processo saúde-doença. Nessa lógica, o profissional com visão holística, associada às PIC, como ferramenta do cuidado, exerce um papel fundamental, demonstra autonomia profissional e competência, em todas as formas de atuação (FREITAG et al., 2014).

As PIC constituem valores e técnicas de promoção da saúde que se realizam em âmbito individual e coletivo, com valorização e estímulo da solidariedade, troca entre os sujeitos e *empowerment* comunitário.

Afirmam-se na noção positiva de saúde, agregando promoção e cuidado terapêutico, considerando o indivíduo como um ser em relação. A filosofia das PIC está centrada na própria vivência e na vivência das outras pessoas, com princípios que vão ao encontro das bases conceituais da promoção da saúde (TESSER, 2009).

Pesquisador afirma que as PIC e a promoção da saúde possuem como objetivo final a realização do ser humano, concebida por meio da transformação de vida e satisfação individual, que pode ser alcançada pelas ações/técnicas/práticas de harmonização do ser com o cosmo e com o mundo. Como exemplo disso, cita-se o percurso das práticas tradicionais da China e da Índia, como o *tai chi chuan* e o *yoga* respectivamente (TESSER, 2009).

Para além do pólo individual de benefícios das PIC, têm-se o pólo coletivo de contribuições, que pelas vivências e práticas grupais, possibilita a formação de cidadãos mais críticos, conscientes e atuantes na sociedade, fortalecendo a participação e o controle social, colaborando para a promoção da saúde, no que remete ao *empowerment* comunitário (TESSER, 2009).

As PIC, diferentemente da maioria dos recursos alopáticos da ciência, sustentam-se no fortalecimento e resgate da saúde e da qualidade de vida, para além do tratamento das situações patológicas, agindo e reafirmando o conceito positivo de saúde em direção à promoção. Essas práticas agregam um potencial filosófico proeminente em relação aos aspectos de autoconhecimento e evolução pessoal, firmando-se nas vivências individuais e coletivas de cuidado, constituindo-se recursos expressivos para a promoção da saúde (TESSER, 2009).

Além disso, algumas das PIC são permeadas pelo resgate e valorização dos aspectos espirituais imersos nas culturas, religiões e tradições de cada sujeito (VASCONCELOS, 2006). Confirmando dessa forma, a necessidade de considerar e trabalhar com outros valores além dos científicos, quando o que se busca é a promoção da saúde, bem como, os saberes e as novas e antigas tradições orientais (TESSER, 2009).

A promoção no enfoque das PIC exige repensar o significado de autonomia dos sujeitos em seus modos de viver, consolidando-se na vida cotidiana, nas escolas, igrejas, comércios, áreas de lazer, serviços de saúde, organizações não governamentais (SILVA, 2009). Sendo que, a população de modo geral, recorre a diferentes espaços e alternativas em busca do que a medicina alopática não proporciona, como relaxamento,

apoio, momentos de bem-estar e de encontro com seu poder interior (FERNANDEZ-CERVILLA et al., 2013).

Em contrapartida, é imprescindível considerar que grande parte dos profissionais ainda não conhece ou conhece pouco sobre as PIC, notadamente sobre a medicina antroposófica, aiurveda e a tradicional chinesa; nível moderado de saber prevalece para a homeopatia e para a acupuntura, em contraste ao maior desconhecimento da fitoterapia e das plantas medicinais. Além disso, poucos usuários foram encaminhados para tratamentos não oferecidos pela rede municipal e menos conhecidos pelos profissionais, como medicina aiurvédica, medicina antroposófica, MTC e toque terapêutico. A homeopatia, massagem, fitoterapia e plantas medicinais possuíram proporções semelhantes de encaminhamentos. O encaminhamento para acupuntura foi mais prevalente do que para outras modalidades (THIAGO; TESSER, 2011).

Pesquisadores asseguram que as PIC fazem parte da vida cotidiana das pessoas, constituindo uma tradição herdada de familiares e amigos, sendo que, as pessoas de modo geral recorrem às terapias complementares com muita frequência, principalmente as plantas medicinais, independente de indicação de um profissional de saúde. Além disso, os usuários percebem que há falta de conhecimento, valorização e indicação das PIC por parte dos profissionais. Esses por sua vez, identificam fragilidades no processo formativo, que pouco discute em relação às PIC e ressaltam a necessidade de mudanças nos currículos acadêmicos dos cursos da área da saúde. Também, percebe-se um olhar curativista relacionados às PIC, como sendo um recurso terapêutico primeiramente utilizado para o tratamento e a reabilitação, podendo também ser uma ferramenta de prevenção, porém, pouco ou nada direcionado ao campo da promoção da saúde (JOOS; GLASSEN; MUSSELMANN, 2012; SANTOS; TESSER, 2012; NEVES et al., 2012; CRUZ; SAMPAIO, 2012). Ademais, usuários referem que os profissionais de saúde possuem pouco conhecimento em relação à fitoterapia e são resistentes às terapias complementares, especialmente ao uso de chás (JOOS; GLASSEN; MUSSELMANN, 2012).

No enfrentamento do processo saúde-doença, as pessoas vêm o saber popular oriundo das tradições familiares de forma complementar ao saber científico proveniente do setor saúde e vice-versa. Suas escolhas provêm de visões acerca do ser humano e dos significados das experiências de vida, de cura, de saúde, de doença. A fitoterapia é uma das formas mais remotas de cuidado da vida. Atualmente, é uma importante estratégia terapêutica, com acesso disponível a todos os grupos populacionais, para prevenção e tratamento de doenças de forma holística,

à medida que estimula as defesas naturais do corpo e conecta o homem com a mãe terra (BRASIL, 2014).

Investigação realizada com médicos da ESF revelou que os profissionais não são estimulados para o uso de PIC durante a formação e na atuação profissional defrontam-se com essa prática por meio da demanda dos usuários. Além do mais, suas informações são predominantemente de fontes informais e contato com outras pessoas, buscando informações para suprir as demandas de trabalho na APS (ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011). Acrescido a isso, pesquisa desenvolvida com enfermeiros da ESF constatou que o conhecimento dos profissionais é limitado e informal; além de se depararem com obstáculos para a consolidação dessas terapias, encontram dificuldades pela desvalorização por parte da gestão e dos demais integrantes da equipe de trabalho (SAMPAIO et al., 2013).

Numa compreensão de forma individualizada das contribuições à saúde das PIC tem-se um universo de estudos na literatura científica. Considerando isso, elencou-se duas PIC (MTC/acupuntura e *reiki*) para expressar mais detalhadamente os seus benefícios no processo saúde-doença-cuidado.

Nesse contexto, Kurebayashi (2011) em uma busca, encontrou 137 artigos científicos relacionados aos benefícios da acupuntura para a saúde física e mental, sendo que esta prática integrativa pode ser utilizada em situações agudas e crônicas, desde queixas de náusea, vômito e diarreia até alterações gravídicas, trabalho de parto, demência, pacientes em ventilação mecânica, entre outras situações.

Além disso, uma revisão sistemática que incluiu todos os ensaios clínicos randomizados, buscando avaliar a eficácia da acupuntura para o alívio da dor na osteoartrite das articulações periféricas, revelou efeitos positivos da terapia. Foram identificados 31 estudos, desses, 18 atenderam os critérios de inclusão e foram analisados. Sendo que 10 ensaios testaram a acupuntura manual e oito testaram a eletroacupuntura. De modo geral, 10 estudos demonstraram maior redução da dor nos grupos de acupuntura em comparação com os grupos controles. E a metanálise de dados homogêneos mostrou um efeito significativo da acupuntura manual em comparação com a eletroacupuntura (KWON; PITTLER; ERNST, 2006).

Outro ensaio clínico randomizado relacionou o impacto de 15 sessões de acupuntura por 3 meses em 357 sujeitos com osteoartrose de joelho ou quadril com um grupo controle (355 pessoas) que só recebeu atendimento médico, sem acupuntura. As queixas (dor crônica) e a qualidade de vida melhoraram pronunciadamente no grupo da

acupuntura *versus* o grupo controle, sendo que o benefício continuou ao longo de seis meses (WITT et al., 2006).

Segundo Silva e Tesser (2013) os usuários do SUS têm a oportunidade de realizar acupuntura, geralmente na atenção secundária, quando os tratamentos alopáticos não tiveram resultado e em estágios avançados de adoecimento. Contudo, mesmo nessas situações, a acupuntura tem se mostrado eficaz para a maioria dos sujeitos, com melhoria de seus sofrimentos, diminuição dos quadros de dor intensa e redução do uso de medicamentos. Ademais, os resultados desse mesmo estudo expressam que nas situações adiantadas de enfermidade, as práticas integrativas, como a acupuntura, na visão do usuário, pode ser confundida como apenas mais um procedimento biomédico, sem cooperar para a ampliação dos significados do adoecimento, das formas de cuidado e do *empowerment* dos sujeitos. A partir disso, salienta-se que a atitude do profissional é fundamental para estimular uma postura mais ativa e integrante relacionada às PIC (SILVA; TESSER, 2013).

Em outra dimensão, investigação cujos sujeitos foram os participantes de um grupo de *yoga*, de serviço de acupuntura e profissionais de saúde conectados com as PIC na APS, revelou entendimentos diversos, porém complementares de autonomia, além de, mencionar diferenças entre a contribuição do *yoga* e da acupuntura para a autonomia na saúde das pessoas, o que pareceu estar relacionado ao fato da primeira prática estar mais inserida no campo da promoção da saúde que a segunda, mais restrita ao contexto da clínica (PEREIRA, 2016).

No campo das práticas complementares, o *reiki* é a terapia mais utilizada pela população brasileira segundo o diagnóstico nacional, com um percentual de uso de 25,6% (BRASIL, 2015). Em pesquisa placebo e randomizada realizada para avaliar se a terapêutica *reiki* poderia estimular alterações psicofisiológicas e de qualidade de vida em idosos com estresse, mensurou dados positivos em relação à terapia. O compilado de resultados expressa que a terapia *reiki* provoca mudanças psicofisiológicas e de qualidade de vida em idosos, compatíveis com uma diminuição significativa dos níveis de estresse (OLIVEIRA, 2013).

Por conseguinte, estudando se a terapia complementar *reiki* possui algum efeito sobre o sistema nervoso autônomo dos humanos através da comparação entre três grupos: sem tratamento, tratamento de *reiki* por reikiano experiente e um grupo placebo por uma pessoa sem nenhum conhecimento na terapia e que imitava o tratamento tradicional, concluiu-se que a frequência cardíaca e a pressão arterial diastólica diminuíram significativamente no grupo *reiki* em comparação com os

dois grupos placebo e controle, evidenciando que a prática possui efeito sobre o sistema nervoso autônomo (MACKAY; HANSEN; MCFARLANE, 2004).

Os benefícios sentidos por idosos com dor crônica não-oncológica após a aplicação de cinco sessões de *reiki*, foram analisados por meio de entrevista e preenchimento da escala verbal da dor antes da primeira sessão e após a quinta. Revelou-se a partir disso, melhora significativa das dores crônicas que inicialmente estavam na escala classificadas como insuportável, forte e moderada, passando para escala leve a nenhum dor. Logo, a utilização de terapia complementar *reiki* potencializou o aumento da qualidade de vida desses sujeitos, que ao obter melhora significativa da dor, conseqüentemente, houve diminuição da ansiedade, do nervosismo e do estresse, agregando aspectos de uma saúde mental mais saudável (FREITAG et al., 2014).

Nessa dimensão, na APS podem ser fortalecidas as ações de promoção da saúde, em especial, das PIC. Essas práticas são estratégias importantes para a promoção, essencialmente por buscar uma nova compreensão do processo saúde-doença, de forma holística e empoderadora (LIMA; SILVA; TESSER, 2014), porém ainda há muitos desafios conceituais, organizacionais, financeiros e de qualificação profissional para a efetiva consolidação das PIC na APS, e mais ainda, como ação de promoção da saúde.

Em relação ao campo conceitual, destaca-se estudo de compreensão do conceito de promoção da saúde, bem como a incorporação das cinco estratégias de Ottawa no processo de trabalho de equipes saúde da família por meio do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire. Esse foi realizado em 15 Círculos de Cultura, com a participação de 70 profissionais, sendo manifestada a dificuldade em diferenciar os termos prevenção de doença e promoção da saúde. A pesquisa desvelou ainda que existem entraves à incorporação da promoção como elemento base da prática participativa com a comunidade, necessitando de um arsenal de maior interdisciplinaridade e intersetorialidade articulada entre trabalhadores e gestores municipal, estadual e federal (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Autores identificaram que as práticas de promoção da saúde realizadas nos grupos estavam direcionadas à reorientação dos serviços de saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais. Ademais, ações de lazer efetuadas mostraram indicativo de intersetorialidade e participação social (ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012).

De acordo com Cypriano (2016), as ações de promoção da saúde de modo geral são desenvolvidas em grupos de educação em saúde e

recomendações sobre mudança de estilo de vida durante as consultas, mantendo o foco individualizado e setorizado do atendimento. Nesse patamar, o processo de trabalho da ESF articulado com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) constituem facilidades para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde; por outro lado, a demanda excessiva de pessoas para consultas individuais e o déficit de profissionais são fatores dificultadores das ações de promoção da saúde. A mesma autora enfatiza a relevância da promoção na Atenção Primária, como estratégia de cuidado e estímulo à autonomia do indivíduo e da comunidade.

Por conseguinte, a elaboração de análises do cotidiano social e de saúde de equipes da ESF e o impacto nas ações locais, políticas públicas de promoção da saúde e de educação permanente em três municípios da Grande Florianópolis, evidenciou que grande parte dos sujeitos compreendia promoção da saúde como sinônimo de prevenção de doenças. Neste caso, sustentavam ser necessário informar e orientar para que os sujeitos, individualmente, e a comunidade, pudessem se prevenir e cuidar da sua saúde. Em outra dimensão, alguns profissionais de nível superior compreendiam a promoção da saúde como algo além da prevenção, sendo um conjunto de ações multisetoriais. Essa perspectiva se achega bastante ao discurso atual em torno da promoção da saúde (TESSER et al., 2010).

A implantação da ESF no Brasil emerge como uma estratégia para a consolidação dos princípios da promoção da saúde, visto que na perspectiva da ESF busca-se a transformação das ações de saúde em detrimento do modelo curativista, unicamente biológico. Em adição, a ESF, tem por objetivo a reorientação do modelo assistencial a partir da APS e em conformidade com os princípios do SUS, na tentativa de superar o modelo de atenção focado no médico e na doença; indo ao encontro da promoção e prevenção dos contextos familiares e comunitários. Contudo, atualmente a ESF ainda enfrenta dificuldades para sua efetiva operacionalização, entres esses que dificultam a introdução e implantação da promoção da saúde por suas equipes. Acredita-se que os profissionais da ESF precisam buscar a transformação do processo de trabalho, para agregar qualidade permanente às ações e serviços de saúde, nesse contexto, priorizando a promoção da saúde, é possível re(criar) as práticas de trabalho (HEIDEMANN, 2006).

Diante dessa revisão da literatura, na qual se buscou fazer uma correlação entre as PIC e a promoção da saúde, encontrando suas relações, potencialidades e desafios, foi possível identificar uma lacuna

relacionada ao campo das PIC como ação de promoção da saúde na APS. Realizar esse estudo vem somar com as reflexões e avanços necessários e auxiliar o processo de incorporação das PIC e da promoção da saúde, produzindo novas formas de cuidado e de saúde no âmbito do SUS.

3 MARCO TEÓRICO

O marco teórico sustentou-se nos objetivos que nortearam esta dissertação, colaborando para o aprofundamento do conhecimento acerca das PIC como recursos para a promoção da saúde, consolidando seu conceito ampliado e positivo no lócus da APS.

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: DA CARTA DE OTTAWA AOS DIAS ATUAIS

No final do século XX, teve início o movimento em prol da promoção da saúde, com vista a mobilizar e desenvolver estratégias de saúde que possibilitassem à população um viver melhor, constituindo-se assim, uma importante inovação para a Saúde Pública (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2006).

A promoção da saúde emerge como uma nova concepção de saúde em âmbito mundial na década de 70, fruto das discussões relacionadas à determinação social e econômica da saúde e a elaboração de uma compreensão não centrada na doença (HEIDEMANN et al., 2006). Nesse contexto, dois acontecimentos foram extremamente importantes: I) Abertura da China Nacionalista ao mundo exterior (1973-1974); e II) Movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde: uma nova perspectiva na saúde dos canadenses (1974) (CARVALHO, 2002; FERREIRA; BUSS, 2002).

Nas duas missões de observação de especialistas ocidentais da OMS na China, percebeu-se que os povos chineses utilizavam formas de cuidado em saúde, não convencionais à biomedicina (BRASIL, 2002), correspondendo ao que hoje é conhecido como Medicina Tradicional Chinesa e especificamente no Brasil, como PIC.

O Informe Lalonde, fruto do moderno movimento de promoção da saúde no Canadá emergiu a partir de influências políticas, técnicas e econômicas para o enfrentamento dos custos com o setor saúde que estavam aumentando (LALONDE, 1974). Historicamente, foi o primeiro documento oficial a ser intitulado de promoção da saúde, com a incorporação dos determinantes sociais no campo da saúde. Tal conceito agregou quatro fatores: I) a biologia humana (genética e função humana); II) o ambiente (natural e social); III) o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e IV) a organização dos serviços de saúde (LALONTE, 1993; BUSS, 2003).

No Brasil, nesse mesmo período histórico, iniciava o movimento da Reforma Sanitária, como resposta ao paradigma biomédico e luta pelo direito à saúde, incentivando o movimento da promoção da saúde, que culminou com a criação e regulamentação do SUS (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014), a partir da 8ª CNS. Essa foi orientada pelo tema Democracia e Saúde, constituindo-se em um fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (BRASIL, 1986).

A expressão promoção da saúde, em 1976, foi utilizada por Leavell & Clark para descrever um nível de atenção da medicina preventiva. Porém, seu enfoque foi sendo lapidado, possuindo atualmente um sentido político e técnico voltado para o processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2000). Sutherland e Fulton (1992) conceituam a promoção da saúde de acordo com dois grandes grupos. No primeiro, as ações visam modificar os comportamentos dos indivíduos, no que se refere ao estilo de vida e localiza-se no contexto das famílias e comunidades. Nesse caso, as estratégias de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam sob o controle dos próprios indivíduos. O segundo grupo caracteriza a concepção moderna de promoção, na qual os determinantes gerais sobre as condições de saúde são os fatores principais para se ter qualidade de vida.

A promoção da saúde tem sido identificada como o terceiro movimento revolucionário da saúde pública, sendo que o primeiro combateu doenças infecciosas e o segundo abordou as doenças crônicas. A promoção diferentemente das revoluções anteriores tem seu foco na saúde ao invés de se envolver em uma batalha contra diversos tipos de doenças (ROOTMAN et al., 2012).

Nos últimos 30 anos, a promoção da saúde vem sendo entendida como uma promissora estratégia para o enfrentamento de problemas de saúde que afetam as populações, pois apóia à articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados (BUSS, 2003). A concepção de promoção da saúde resultou da Carta de Ottawa, de 1986 (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014) sendo definida como o processo de capacitação da comunidade e indivíduos para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. Para alcançar o patamar de pleno bem-estar físico, mental e social os sujeitos e coletividades precisam reconhecer seus anseios, suprir necessidades e alterar o meio ambiente. Nesse sentido, a saúde deve ser compreendida como um

elemento para a vida, e não como o objetivo de viver, concretizando-se como uma percepção positiva. Também se destaca que a promoção vai além do setor saúde, necessitando de uma articulação intersetorial, para que possa superar a noção de atitude de vida saudável, evoluindo para o patamar do bem-estar global (WHO, 1986; HEIDEMANN, 2006).

A promoção da saúde tem em vista o enriquecimento da saúde das pessoas por meio da tomada de consciência de aspectos ambientais, educativos e comportamentais que podem influenciar na homeostasia do ser saudável, conduzindo de forma positiva a saúde física, psicológica e sócio-ambiental no âmbito do indivíduo e da coletividade, reduzindo dessa forma, recursos financeiros com patologias e intervenções clínicas (RYAN, 2014).

Nesse contexto, a promoção é percebida como um processo no qual as pessoas se enxergam como indivíduos participativos e ativos, capazes de discernir seus recursos internos e externos, utilizá-los e reutilizá-los em prol dos seus objetivos, satisfazendo suas necessidades e percebendo os significados entrelaçados na sua vida (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007).

As bases conceituais e políticas da promoção se desenvolveram praticamente nos últimos anos, com a realização de oito importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, a citar a de Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairóbi (2009) e Helsink (2013) (BUSS, 2000; HEIDEMANN, 2006; BUSS; FERREIRA, 2010).

A 1ª e mais importante Conferência Internacional sobre promoção da saúde deixou como reflexão, pensando em caminhos para o futuro o seguinte dizer:

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros. Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde (OMS, 1986, p. 4).

Corroborando, Heidemann (2011) afirma que a promoção precisa ser compreendida de forma ampliada e não somente como um momento

que antecede a doença. Essa precisa ser vista como uma forma de fazer saúde, em que os indivíduos são vistos em sua autonomia, no seu contexto político e cultural, como sujeitos capazes de progredir da ação individual para a coletiva, acontecendo transformações nas suas condições de vida.

Nessa dimensão, a Carta de Ottawa estabelece cinco campos de ação para a promoção da saúde e enfatiza que estes devem se adaptar às necessidades e possibilidades locais de cada país e região, respeitando as diferenças existentes em seus sistemas sociais, culturais e econômicos (OMS, 1986). Esses campos, ou estratégias são:

I: Construindo políticas públicas saudáveis: na promoção da saúde, é necessário considerar os determinantes, dentre eles a renda, proteção ambiental, trabalho, agricultura, para a busca da equidade em saúde, para além das ações individuais. A saúde deve ser elencada como prioridade na agenda das políticas em todos os níveis e setores. A elaboração/consolidação de políticas públicas saudáveis deve contemplar ações de natureza intersetoriais, voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida (OMS, 1986; HEIDMANN, 2006; HEIDEMANN et al., 2006).

II: Criando ambientes favoráveis: a promoção da saúde estimula a criação de ambientes saudáveis para a saúde, com estabelecimento de laços entre os seres humanos e o ambiente, de forma que a proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte desta estratégia, sendo uma responsabilidade global. A mudança nos modos de vida, de trabalho e de lazer tem um impacto bastante significativo sobre a saúde. Assim, a criação de ambientes favoráveis à saúde, como os espaços das escolas, de trabalho, de praças, das cidades, podem propiciar ambientes de apoio e uma sociedade mais saudável (OMS, 1986; HEIDMANN, 2006; HEIDEMANN et al., 2006).

III: Reforçando a ação comunitária: desenvolvimento de ações que dêem suporte social às comunidades e aumentem a responsabilidade dos grupos e indivíduos para organizar suas vidas, de forma a aumentar a participação popular, estimulando o *empowerment* individual, e comunitário. Além disso, refere-se ao investimento na auto-ajuda e apoio social como recursos para desenvolver as comunidades (OMS, 1986; HEIDMANN, 2006; HEIDEMANN et al., 2006).

IV: Desenvolvendo habilidades pessoais: busca orientar as pessoas para “aprenderem através da vida” e se “prepararem para todos os estágios” (OMS, 1986, p. 6). Estimula o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e sociais através da divulgação de informação,

educação em saúde, impulsionando as populações para exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam uma saúde integral. Estas ações podem ser realizadas nas escolas, lares, locais de trabalho e em outros espaços comunitários, sendo que diversas organizações e instituições devem se responsabilizar pelo seu desenvolvimento (OMS, 1986; HEIDMANN, 2006; HEIDMANN et al., 2006).

V: Reorientando os serviços de saúde: a responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser corresponsabilidade de sujeitos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições e governos. Tal reorientação também demanda empenho no campo de pesquisa, educação e ensino dos profissionais da área da saúde. Para que isto ocorra, é necessário que haja uma mudança organizacional dos serviços, passando a focar as necessidades integrais do indivíduo (OMS, 1986; HEIDMANN, 2006; HEIDMANN et al., 2006).

Por conseguinte, a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Conferência de Adelaide (1988) foi guiada pelo tema políticas públicas saudáveis. Nessa, foi considerado que o incremento de políticas públicas saudáveis é uma ação fundamental para a promoção, seja em nível local ou nacional. As políticas públicas na área da saúde precisam dar resposta às progressivas mudanças tecnológicas, com vista à complexidade das ações ecológicas e a interconexão internacional, devido à globalização. Para tanto, é necessário uma mudança paradigmática dos atuais sistemas de cuidado à saúde, que não conseguem mais suprir as demandas globais. Além disso, a Conferência elencou quatro campos prioritários para promover políticas públicas saudáveis, a citar a saúde da mulher, a alimentação e nutrição, o tabaco e álcool e a criação de ambientes saudáveis (OMS, 1988).

A declaração de Sundsvall, fruto da 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, de 1991, embasada pelo eixo de ambientes favoráveis à saúde, sinalizou o contexto de milhões de pessoas que ainda vivem em absoluta pobreza, convivendo constantemente com a ameaça a saúde individual e conseqüentemente implicando nos níveis de saúde global. Como pressuposto para o futuro destaca-se investir nos ambientes, físico, social, econômico ou político, para ser possível atingir o limiar da saúde, porquanto que ambientes e saúde estão em constante correlação. Ademais, essa Conferência enfatizou quatro dimensões para alcançar um ambiente favorável e promotor de saúde, a dimensão social, que diz respeito aos costumes e relações culturais que afetam as condições de saúde, a política, a econômica e a urgência em reconhecer

e aproveitar a competência e o saber das mulheres em todos os setores (OMS, 1991).

A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI emergiu a partir da 4ª Conferência Internacional, realizada em 1997, momento histórico e crítico na área da promoção, sendo a primeira conferência a incluir o setor privado nas discussões. Foi debatido acerca dos direcionamentos voltados à promoção da saúde no século XXI, reconhecendo a importância de estratégias de enfrentamento aos determinantes sociais da saúde, além de estimular a responsabilidade social com a saúde, somar recursos para nutrir a saúde, concretizar grupos parceiros, intensificar a competência comunitária, conceder direito de expressão verbal às pessoas e garantir uma base estrutural para a promoção da saúde (OMS, 1997).

No ano 2000, ocorreu a 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na cidade do México, com a temática das ideias às ações, que se preocupou em ultrapassar os nós críticos decorrentes da globalização e expandir os compromissos assumidos no evento anterior, em Jacarta. A declaração do México reforça a manutenção da metodologia de trabalho para o alcance de melhores estados de saúde e reconhece a responsabilidade e dever dos governos e da sociedade civil (OMS, 2000).

Por sua vez, a 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu em 2005 em Bangkok e foi embasada pelo tema promoção da saúde em um mundo globalizado, deixando clara a expressiva necessidade de fazer/viver uma globalização amigável e saudável (OMS, 2005).

Em 2009 ocorreu a 7ª Conferência, em Nairóbi no Quênia, sob o lema promovendo a saúde e o desenvolvimento: quebrar as lacunas de implantação. Essa fez um chamamento aos setores públicos, privados e não governamentais para que superem os limites do desenvolvimento e da promoção da saúde (OMS, 2009).

Posteriormente, em 2013 se dá a 8ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na Finlândia, norteadas pelo princípio da saúde em todas as políticas cujo objetivo foi potencializar a troca de experiências e firmar orientações para implantação da saúde em todas as políticas, fundamentando-se nos ideais e concepções da declaração de Alma Ata sobre cuidados primários de saúde (1978) e da carta de Ottawa (1986), como ímpeto para a (re)afirmação da promoção da saúde (OMS, 2013).

A 9ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Xangai, na China em 2016, teve como tema principal a

promoção da saúde no desenvolvimento sustentável, descrito na Agenda 2030. Reafirmou a importância da promoção da saúde para melhorar a saúde e a equidade em um momento histórico, onde se comemora os 30 anos da Carta de Ottawa e o primeiro ano de implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (OMS, 2016).

Além dessas oito Conferências Internacionais, organizadas pela OMS, para discutir e consolidar a promoção da saúde em nível global, acontecem outros eventos importantes sobre a temática, a citar as Conferências Mundiais de Promoção da Saúde, que desde 1951 são sistematizadas pela União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação (UIPES), ocorrendo trienalmente. A UIPES é uma sociedade mundial de pessoas e instituições empenhadas com a melhoria da saúde e bem-estar dos povos do mundo e para a diminuição das desigualdades em saúde. Sua principal missão é lutar pela promoção da saúde efetiva (incluindo a educação para a saúde e ação comunitária) e o desenvolvimento e implantação de políticas públicas saudáveis. Em 2016, foi realizada a 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde da UIPES em Curitiba, pela primeira vez no Brasil e segunda vez na América do Sul, sendo embasada pelo tema Promovendo Saúde e Equidade. Após quatro dias de profundas e importantes reflexões, obteve-se como produto final a Declaração de Curitiba. Essa foi norteadada por garantir a democracia e os direitos humanos em todos os países, incentivando o pacto local e global com a democracia, equidade, justiça e proteção dos direitos sociais e de saúde para todos os indivíduos, em uma sociedade inclusiva e sustentável (UIPES, 2016).

Devido à necessidade e problemas particulares de alguns países e regiões, foram realizadas Conferências Regionais e Sub-regionais de Promoção da Saúde, com a finalidade de discutir questões individuais dos países latino-americanos e/ou outras nações, buscando implantar as predisposições globais de promoção da saúde, levando em consideração as especificidades locais (HEIDEMANN et al., 2006). Nesse contexto destaca-se:

Declaração de Santa-Fé de Bogotá: Produto da Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1992, na Colômbia. Nessa ocasião foram discutidas estratégias para repensar e reconstruir a promoção da saúde na América Latina, pautadas na transformação cultural e do setor saúde, com o objetivo de assegurar o acesso universal e incentivar o compromisso social e político de fazer da saúde uma prioridade (BRASIL, 2002).

Carta do Caribe: Fruto da I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, que aconteceu em Trinidad y Tobago, no ano de 1993. Essa por sua vez, ressaltou a relevância da promoção da saúde, reforçando as ações da Carta de Ottawa para a consolidação da promoção no Caribe, tais como políticas públicas saudáveis; reorientação dos serviços de saúde; *empowerment* dos grupos populacionais em busca do bem estar; ambientes favoráveis à saúde; habilidades pessoais para a saúde; além de fomentar a criação de compromissos, principalmente com os meios de comunicação (OPS, 1993; HEIDEMANN et al., 2006).

Promoção à Saúde da População no Canadá (CPHA): Realizada em 1996, no Canadá, representou a necessidade de um novo discurso de saúde, denominado saúde da população, que iria substituir a nova promoção da saúde nesse país. O modelo saúde da população faz uma intensa crítica ao projeto *behaviorista* de promoção da saúde, devido à insuficiência de relação ao fato saúde/doença, porém afirma a importância dos determinantes sociais da saúde (MERHY, 1985; LABONTE, 1995; ROBERTSON, 1998).

Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde: Foi um evento sediado pela Suíça, em 1998. A Rede de Megapaíses estruturou-se como uma potente aliança na agenda mundial das políticas de promoção da saúde, devido a estimativas de que no ano 2000, 11 países teriam uma população de 100 milhões ou mais de habitantes, correspondendo a mais de 60% das pessoas do planeta (BRASIL, 2002). Nesse sentido, foi proposto lapidar o alicerce de dados da promoção, desenvolvimento da saúde, ampliação da intersectorialidade e parceiros para aperfeiçoar a distribuição dos recursos para a saúde dos países mais populosos do mundo (HEIDEMANN et al., 2006).

Diante dessa contextualização, percebe-se que a promoção da saúde, no seu percurso histórico-conceitual, teve uma heterogeneidade de entendimentos, que emergiram do processo evolutivo, basicamente constituindo dois grupos. De um lado, a expressiva riqueza no campo da construção das idéias, e de outro, a precariedade em que é compreendida no cotidiano da assistência em saúde (MAIA; DURAND; HEIDEMANN, 2015). Considerando-se a última vertente, as estratégias de promoção da saúde trabalhadas pelos profissionais da APS se concentram ainda na modificação de conduta individual. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais da saúde extrapolem os limites de suas ações, para além das mudanças de comportamento, superando a relação autoritária/depositária das ações de educação em saúde, possibilitando o exercício integral de cidadania e o pensamento crítico-

reflexivo da sociedade para a transformação social (CYPRIANO; GELINSKI; FERREIRA, 2015).

Por conseguinte, as estratégias da promoção da saúde são as que estimulam a autonomia e revigoram os processos políticos e sociais, provocando a transformação dos determinantes estruturais que reafirmam os princípios do SUS (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014). Ao analisar essas estratégias nota-se um número expressivo de evidências científicas relacionadas à mudança de hábitos individuais de vida (BRASIL, 2004), todavia, persiste um cenário desafiador relacionado à operacionalização das demais estratégias deliberadas em Ottawa, especialmente no que tange a solidificação das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, tais como integralidade, equidade, responsabilidade, mobilização, controle social, intersetorialidade, educação e sustentabilidade (BRASIL, 2006).

Considerando isso, ressalta-se a intencionalidade deste primeiro item do referencial teórico, que buscou traçar um caminho que orientará o desenvolvimento desta pesquisa, partindo de Ottawa em direção aos dias atuais, mergulhando no vasto e complexo cenário da promoção da saúde. Nesse momento, julga-se necessário reforçar a sustentação na direção da Política Nacional de Promoção da Saúde, reforçando conceitos, pressupostos e diretrizes na luta por sua consolidação na APS.

3.1.1 Política Nacional de Promoção da Saúde: pressupostos de re(afirmção) no cenário nacional

Com a criação da ESF, foi aprovada a PNAB, que embasa as ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, no nível de abrangência da promoção e a proteção da saúde, da prevenção de agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da manutenção da saúde (BRASIL, 2012). Em 2006, foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), como expressa a Portaria nº 687, apostando na elaboração de ações de atenção à saúde, com centralidade na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletivos, diminuindo vulnerabilidades e riscos à saúde associados com os determinantes sociais. Essa política busca superar a ideia de cura e reabilitação implementando diretrizes e ações para a promoção da saúde em conformidade com os princípios do SUS, como o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão, em todas as esferas do governo (BRASIL, 2006). Ainda, a PNPS preconiza em suas diretrizes, o estímulo a atitudes pautadas pela colaboração e respeito às individualidades, propondo superar o modelo biomédico, por meio de

práticas que integrem o ser e o viver dos sujeitos e coletivos (CYPRIANO; GELINSKI; FERREIRA, 2015).

A saúde, compreendida como uma construção social, de complexos e variados fatores, demanda o envolvimento pró-ativo de todas as frentes protagonistas, usuários, movimentos sociais, profissionais, gestores, na luta pela melhor qualidade de vida. O modelo de atenção à saúde voltado para a promoção é feito por meio da construção e da gestão compartilhadas, com a pactuação de uma rede de compromissos e corresponsabilidades em prol da vida e dos mecanismos necessários para que ela ocorra. A expansão dos laços de compromisso entre trabalhadores, usuários e território facilita o desenvolvimento de personalidades mais participativas, críticas e com visão coletiva, empenhadas com a construção da saúde. Nesse enfoque, compreende-se a promoção da saúde como uma política e um modelo transversal com visibilidade para a integralidade e a intersetorialidade no setor saúde (BRASIL, 2006).

Especificamente no Brasil, a portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014, redefine a PNPS, revogando a portaria nº 687/2006. Estrutura-se com base na re(afirmação) do conceito ampliado de saúde, embasada na sustentação teórica da promoção da saúde sendo entendida como ações de fazer saúde, no cenário individual e coletivo, com a articulação intra e intersetorial por meio da RAS (BRASIL, 2014).

A atual PNPS alicerça-se em oito valores: solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social. Ressalta-se a inclusão e reconhecimento da felicidade, entendida como uma percepção própria de contentamento, que auxilia na tomada de decisão sobre como desfrutar a vida ativamente excedendo as fragilidades pessoais e grupais, mediante a valorização das potencialidades. E a humanização, como o caminho para a promoção de ações melhores e mais humanas, balizadas pela integralidade do cuidado e da saúde (BRASIL, 2014).

Outrossim, são princípios da PNPS a equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade. Destacam-se a autonomia e o empoderamento, como pressupostos de embasamento deste estudo. A autonomia pode ser pensada como uma ferramenta que permite eleger/perceber os potenciais e o desenvolvimento de competências, estimulando alternativas conscientes de indivíduos e comunidades sobre seus atos e caminhos. Por sua vez o empoderamento é um referencial intervencionista, que possibilita aos sujeitos e coletividades o poder sobre suas decisões e a escolhas de

hábitos de vida de acordo com as características sócio-econômicas e culturais (BRASIL, 2014).

Dentre as diretrizes que orientam a referida política, destaca-se o incentivo a pesquisa, a produção e a expansão de experiências, saberes e dados que alimentem consciência decisiva, a autonomia, o empoderamento e a edificação compartilhada de estratégias de promoção da saúde; além do investimento em formação e educação permanente com aprimoramento da visão crítico-reflexiva dos profissionais e gestores de saúde, dando visibilidade para o desenvolvimento humano sustentável (BRASIL, 2014).

A PNPS tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições de vida, ampliando o potencial da saúde individual e coletiva, diminuindo vulnerabilidades e riscos provenientes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Além disso, dentre os objetivos específicos da política enfatiza-se a valorização dos saberes populares, tradicionais e as práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2014).

Com base nos seis eixos transversais da PNPS, acredita-se que o terceiro, nominado de produção de saúde e cuidado, relaciona-se com o objeto de pesquisa. Porquanto que, afirma que produzir saúde e cuidado significa implantar redes humanizadas, considerando as necessidades locais, intensificando a ação comunitária e o controle social, estimulando o diálogo entre as várias formas do saber popular, tradicional e científico e formalizando um cuidado holístico dentro da linha da saúde ampliada para a promoção da saúde (BRASIL, 2014).

Ademais, dos nove eixos operacionais da PNPS, que são percebidos como uma forma de consolidar as atividades de promoção da saúde, levando em consideração os valores, princípios, diretrizes e objetivos, acredita-se que o que remete à educação sustentada em uma pedagogia problematizadora, dialógica, libertadora, emancipatória e reflexiva, vai ao encontro deste estudo (BRASIL, 2014).

De acordo com Silva (2015), ao fazer-se um comparativo entre a política aprovada em 2006 e a redefinida em 2014, percebe-se nessa última, o acréscimo da formação e educação permanente, na busca por movimentar, sensibilizar e desenvolver momentos de capacitação destinados aos gestores, profissionais da saúde e de outros espaços da rede. Logo, emerge uma preocupação ampliada quanto à formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS para que, como resultado final, seja possível a consolidação da promoção da saúde.

Nesse sentido, compreende-se a existência de um alinhamento entre a política nacional e as estratégias de ação para a promoção da

saúde, propostas na Carta de Ottawa, especialmente no que remete as movimentações política, sociais, institucionais, intersetoriais e comunitárias (TESSER, 2009).

Em adição, edição temática da Revista Ciência & Saúde Coletiva (2016), evidencia potencialidades e desafios para a PNPS prosperar, tais como: a) necessidade de consolidar a institucionalização federal e assegurar as vivências locais, ultrapassando o modelo hegemônico da biomedicina centrado na doença; b) importância de refinar os referenciais metodológicos da pesquisa participativa, pesquisa-intervenção e pesquisa-ação dentro da lógica emancipatória, com aprimoramento dos processos avaliativos e ações intersetoriais; c) aplicação de maiores esforços e recursos em áreas específicas como o programa saúde na escola, as ações em prol dos territórios saudáveis, os conflitos público-privado nas políticas de alimentação e nutrição, a relação prevenção-promoção nas práticas corporais e atividades físicas, precaução de violência, de justiça ambiental; entre outros (SPERÂNDIO et al., 2016).

Em 2002 no documento para discussão da PNPS já estava elencada como estratégia impulsionadora de promoção da saúde a reorganização do cuidado, em busca da valorização da autonomia, da cultura, numa relação de troca entre o cuidar e o ser cuidado, ensinar e aprender, abrindo portas para a utilização de outras técnicas e racionalidades (BRASIL, 2002).

Em texto sobre a trajetória da promoção da saúde no SUS autores expressam que para uma política continuar viva na sociedade, é imprescindível que seja entendida como uma ferramenta estratégica, e não como um recurso absoluto e definitivo (MALTA et al., 2016). Nesse sentido, a APS e a ESF são modelos de atenção a saúde essenciais para a consolidação da promoção da saúde no SUS (ROCHA et al., 2014).

As ações de promoção da saúde desde 1986, expressas na Carta de Ottawa, constituem um empenho interdisciplinar e intersetorial que visa à superação do modelo técnico e farmacológico. Assim, é visível que a promoção agrega um potencial problematizador sobre o estado de saúde, doença e risco social, com olhar crítico sobre a tecnologia médica ilimitada e as mudanças individuais como resposta aos desafios encontrados (MAGALHÃES, 2016).

As PIC são ferramentas expressivas para a efetiva promoção da saúde, à medida que possibilitam trabalhar com um conceito de saúde ampliado e positivo, permeado por valores cotidianos, familiares e culturais, que permitem a felicidade, a solidariedade, o *empowerment* individual e comunitário, para uma melhor qualidade de vida e saúde.

Dessa forma, costurar o campo das PIC com a promoção da saúde, vislumbrando novas formas de fazer e viver na sociedade pós-contemporânea constitui uma discussão crítico-reflexiva extremamente necessária às equipes saúde da família, pois é preciso compreender a saúde como um recurso para a vida e não o contrário, fomentando a consciência e participação social dos cidadãos assistidos.

3.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: CONCEITOS, RECONHECIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL

Inicialmente, refletindo-se a cerca do modelo biomédico em vigor, percebe-se que o mesmo mostra-se insuficiente para suprir as necessidades da população, abrindo espaço para que seja buscado um novo paradigma de cuidado à saúde. Nessa lógica, as PIC agregam forças para preencher as cavidades existentes no atual modelo, à medida que, colocam o sujeito no centro do processo e todo o cenário e fatores envolvidos com esta pessoa são pontuados no momento da escolha terapêutica, priorizando a qualidade de vida (VARGAS, 2014).

Os anos 60 e 70 foram marcados por uma importante inquietação político-social que levou a questionamentos na área da saúde, especialmente quanto à organização dos sistemas e serviços (ALMEIDA, 1996). Houve o movimento da contracultura na Europa e Estados Unidos, que possibilitou pensar novos modelos de saúde, evoluindo o patamar das racionalidades médicas (LUZ, 2005). Posteriormente, na década de 80, essa mobilização histórica chegou à América Latina e Brasil, convergindo para a importação de sistemas de saúde mais antigos, como a MTC e as medicinas populares ou *folk* (LUZ, 2005).

Tais mudanças, acompanhadas pela introdução das conhecidas hoje, PIC, iniciaram por meio do desenvolvimento de centros urbanos de farmácias e bazares de produtos naturais, do ressurgimento dos erveiros como recurso de cura nas feiras, da exposição midiática dos efeitos benéficos e curativos de algumas PIC, aumentando a visibilidade e a procura por estas terapias (LUZ, 2005). Nessa dimensão, o conjunto de PIC é bastante heterogêneo, agrupando variadas e diferentes práticas/terapias (TESSER, 2009).

No âmbito brasileiro, Luz (2000) sistematizou uma categoria de cuidado à saúde, denominada de racionalidade médica, fundamentada em aspectos cosmológicos implícitos ou explícitos. Essa teoria possibilitou fazer uma distinção entre os sistemas médicos complexos

(racionalidades médicas), como a biomedicina, a medicina ayurvédica ou a MTC, de práticas terapêuticas e/ou diagnósticas, tais como os florais de Bach, a iridologia, o *reiki*, entre outros. Luz e Barros (2013) afirmam que:

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. Essas seis dimensões, ao serem aplicadas à realidade, permitem tecer estudos comparativos entre sistemas médicos de origens culturais diferentes como as medicinas tradicionais chinesa e ayurvédica, a homeopatia e a medicina ocidental contemporânea, situando-as no contexto sócio-histórico contemporâneo, pois os sistemas médicos, principalmente os saberes tradicionais, não existem sem história e têm a capacidade de estarem sempre sendo modificados pelos atores sociais, apresentando continuidade teórico-prática entre passado e presente (LUZ; BARROS, 2013, p. 2).

Diante disso, remete-se a Leininger (1991) que fala do cuidado desenvolvido em dois âmbitos: o popular que se caracteriza pelas formas de cuidado e cura oriundas das tradições e famílias; e o âmbito profissional que busca sistematizar os cuidados, com base nas instituições formadoras, sendo concretizado por vários profissionais de saúde. Luz (2005) acrescenta o pano de fundo socioantropológico e filosófico embutido nas práticas milenares, possibilitando a essas, inovação para um novo paradigma em prol da saúde das populações.

A OMS em 1970 nomeou um Programa de Medicina Tradicional, com a finalidade de criar políticas para este campo. Também, fez uma recomendação formal quanto à utilização dos recursos da medicina tradicional e popular pelos sistemas nacionais de saúde, na Conferência de Alma-Ata, que ocorreu em 1978, incentivando os Estados membros a formular e implementar políticas públicas para a utilização racional e integrada de medicina tradicional e complementar na APS (OMS, 2006). As PIC ou medicina tradicional e complementar/alternativa são recursos complexos e seguros que visam à estimulação de estruturas naturais de promoção, prevenção e cura, norteando-se pela escuta qualificada,

acolhimento, vínculo e conexão do ser humano com a sociedade e o meio ambiente. Além de, priorizarem o olhar ampliado sobre o contexto saúde-doença e a promoção integral do cuidado aos indivíduos e coletivos (BRASIL, 2015).

Em 2014, a OMS publicou o documento nominado *Traditional Medicine Strategy 2014-2023*, avaliando os percentuais de utilização mundial das PIC, os investimentos em pesquisas na área, as peculiaridades do seu consumo e sua institucionalização nos serviços de saúde na última década. Esse documento afirma um crescimento na utilização das PIC nos últimos 10 anos, expondo que mais de 100 milhões de europeus e um número ainda maior de pessoas na África, Ásia, Austrália e Estados Unidos são usuários de PIC. Os motivos estabelecidos pela OMS para este crescimento são: a crescente demanda provocada pelas doenças crônicas; o aumento dos custos dos serviços de saúde, levando a busca por outras alternativas de cuidado; a insatisfação com os serviços de saúde vigentes; o ressurgimento do interesse por um cuidado holístico e preventivo; e os tratamentos que proporcionem qualidade de vida quando não é possível a cura (OMS, 2014).

Destacam-se outras razões pela procura das PIC: centralidade na pessoa, o que promove maior responsabilização, *empowerment*, autonomia, participação dos sujeitos nas decisões e ações; influência da família no que diz respeito à tradição familiar de procura por práticas populares; maiores benefícios em relação aos medicamentos convencionais e menores efeitos adversos; intensificação do bem-estar e da promoção de uma boa saúde (BRASIL, 2014).

No Brasil, a institucionalização das PIC se deu após a criação do SUS, sendo que, os princípios de descentralização e participação popular fortaleceram estados e municípios para autonomamente criar suas políticas de saúde (BRASIL, 2015).

Considerando a disparidade de acesso, continuidade e organização das PIC na rede pública municipal e estadual, pela inexistência de diretrizes orientadoras, a criação da política nacional foi um caminho para (re)definir as abordagens relacionadas as PIC no SUS, somando ao aumento da valorização e reconhecimento dessas terapias pela sociedade. As movimentações sociais e deliberações das conferências nacionais de saúde (CNS) balizaram o reconhecimento e implantação das PIC, principalmente a partir da 8ª CNS de 1986, onde foi deliberada a introdução de práticas alternativas nas instituições de saúde, garantindo o acesso democrático quanto à escolha terapêutica. Além disso, houve o reforço e (re)afirmação das PIC na 10ª, 11ª e 12ª

CNS; na 1ª conferência nacional de vigilância sanitária, em 2001, na 1ª conferência nacional de assistência farmacêutica, em 2003, que destacou a importância do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos e na 2ª conferência nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, em 2004. Assim, foi aprovada a PNPIC em 2006, possibilitando o acesso a práticas preventivas e terapêuticas pela população, antes restritas unicamente ao setor privado (BRASIL, 2015).

A institucionalização da PNPIC no SUS estabeleceu como objetivos a agregação das PIC pelos profissionais de saúde, na perspectiva da prevenção, promoção e recuperação; ampliação do acesso às PIC garantindo menores iniquidades em saúde; e a promoção de alternativas inovadoras e socialmente construídas, estimulando o controle e a participação da comunidade no cuidado em saúde. Essa política atende à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, em toda a rede de atenção à saúde, e especialmente na APS (BRASIL, 2015).

Cruz e Sampaio (2012) corroboram com essa discussão, pois vêem a PNPIC como um importante avanço para a melhora da APS e acreditam que a apropriação e incorporação de outros saberes em saúde, soma na construção de um cuidado integral, que busca a autonomia dos sujeitos, a desmedicalização e desconstrução do modelo biomédico que se constitui de tecnologias duras, que produz cada vez mais procedimentos.

Diante disso, encerra-se o desenho do referencial teórico que sustentou esta dissertação, com a motivação de avançar em direção à saúde positiva, por meio das PIC como ação de promoção da saúde na APS. Sabe-se que as PIC possibilitam maior consciência pessoal e comunitária sobre o processo saúde-doença, permitindo a autonomia e o *empowerment* dos sujeitos. Nessa direção, busca-se essencialmente a (re)afirmação da promoção da saúde da APS, como meio para a produção de seres, ambientes e políticas saudáveis, despertando outras formas de cuidado e uma nova cultura de saúde.

4. METODOLOGIA

Para Minayo (2013) a metodologia é uma discussão epistemológica sobre o percurso do conhecimento que o objeto de pesquisa demanda; é a exposição dos métodos, técnicas e instrumentos que são necessários para responder os questionamentos da pesquisa; e ainda é a inovação/imaginação do pesquisador, isto é, a sua expressão individual e singular de entrelaçar teorias, métodos, evidências experimentais e/ou observacionais para responder as perguntas de pesquisa. Neste contexto, acrescenta-se que “sem rigorosidade metódica não há pensar certo” (FREIRE, 1996, p. 49).

Este capítulo apresenta o percurso metodológico traçado para o desenvolvimento da pesquisa. Primeiramente foi abordado o tipo e o referencial metodológico que sustentou o estudo; na sequência foram descritos o local, os participantes, a investigação temática e o desvelamento crítico dos dados; e, por fim, os procedimentos éticos adotados.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo ação participante, articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire (FREIRE, 2016). A abordagem qualitativa foi apropriada para este estudo, pois trabalha com o universo dos significados, faz análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações. Além de, enraizar e buscar respostas para questionamentos específicos, num nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2013). Articula-se com o pensamento Freireano ao compartilhar a busca pelo conhecimento da realidade social, aproximando e permitindo uma intimidade entre educador e educandos, a partir da empatia e da motivação (HEIDEMANN et al., 2017).

O Itinerário de Pesquisa de Freire possui como pano de fundo uma proposta pedagógica libertadora (HEIDEMANN; ALMEIDA, 2011), sendo constituído de três momentos dialéticos: **investigação temática**; **codificação e descodificação**; e **desvelamento crítico** (FREIRE, 2016; HEIDEMANN et al., 2017).

A primeira etapa, a **investigação temática**, se caracteriza pelo diálogo inicial, que busca a construção da educação e do pensamento crítico entre os participantes e os mediadores da pesquisa. Nesta fase ocorre a identificação dos temas geradores de acordo com a realidade

dos participantes, por meio do universo vocabular extraído do cotidiano. Com base nisso, a problematização vai acontecendo na medida em que os problemas são levantados por meio do diálogo, no qual os participantes falam sobre as contradições, as situações concretas e reais em que estão vivendo o seu aqui e agora. A partir da identificação dos temas geradores irá se constituir a problematização que determinará a ação. A **investigação temática** se constitui essencialmente da consciência da realidade e da autoconsciência que dá início ao processo educativo libertador (FREIRE, 2016). O que se busca pesquisar não são os homens, e sim o pensamento e a expressão da realidade, a concepção do mundo onde se encontram os seus temas geradores que são identificados não só da vivência existencial, como também da reflexão crítica das relações homens-mundo e homens-homens (FREIRE, 2016; HEIDEMANN et al., 2017).

Na segunda etapa, denominada **codificação e descodificação**, os temas geradores são codificados e descodificados pelo diálogo e por meio dele, as pessoas envolvidas vão tomando consciência do mundo onde vivem. Os temas são problematizados, contextualizados, trocados em sua visão mágica inicial, por uma visão crítica e social do assunto discutido. É a etapa destinada à coleta de dados, propriamente dita, sendo que a partir dos temas geradores são buscados os significados de cada tema ou palavra, contextualizando e expandindo o conhecimento sobre aquele tema gerador, permitindo a tomada de consciência. As codificações não são *slogan*, são objetos cognoscíveis, sobre as quais se deve direcionar a crítica reflexiva dos indivíduos descodificadores (FREIRE, 2016; HEIDEMANN et al., 2017). Ademais, são interferências entre o contexto concreto/real em que emergem os fatos e o contexto teórico, isto é, onde os fatos são analisados. Constitui-se de um processo contínuo de ir e vir, do abstrato ao concreto, da realidade vivida a realidade admirada (FREIRE, 1996), é o momento de compreender o que está no senso comum dos pesquisados (HEIDEMANN, 2006). Ademais, a descodificação é a ocasião de análise da situação vivida, momento dialético em que os educandos admiram e refletem sobre sua ação, reconhecendo-se como indivíduos capaz de mudar o mundo (FREIRE, 1996).

Por conseguinte, a terceira etapa, o **desvelamento crítico ou problematização**, é a etapa de tomada de consciência da situação compartilhada, descobrindo os limites e as possibilidades do que foi levantado na primeira etapa. É a última fase do Itinerário Freireano, na qual se têm o processo de ação-reflexão-ação, empoderando as pessoas para o aprendizado e evidenciando a necessidade de ações concretas no

âmbito cultural, social e político com finalidade de superar as contradições. Representa a fase de análise preliminar dos conteúdos que emergiram da codificação, incluindo informações da subjetividade interpretativa dos pesquisadores, procurando elucidar a realidade (captar o real) e as possibilidades compreendidas nos dados coletados (FREIRE, 2016; HEIDEMANN et al., 2017).

Neste projeto, o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire apresentou-se oportuno, considerando que para o estudo dos temas, foi necessária uma relação de diálogo da pesquisadora com os participantes. A pesquisa qualitativa foi ao encontro do pensamento Freireano, pois ambos se preocupam com o desvelamento da realidade social, revelando o que está oculto, permitindo que as reflexões dos participantes os levem a desvendar novas propostas de ação sobre as realidades vividas (HEIDEMANN et al., 2017). Ressalta-se ainda que este método não é linear, as etapas do itinerário acontecem concomitantemente, em um processo de ir e vir, dando prioridade às necessidades dos participantes inseridos no processo dialógico (HEIDEMANN et al., 2017).

As etapas do referido Itinerário de Pesquisa foram concretizadas dentro de Círculos de Cultura. Freire não pensou o Círculo para ser utilizado em pesquisas, mas como uma pedagogia de alfabetização de adultos em situação de pobreza e vulnerabilidade social, capaz de transformar a realidade daquelas pessoas mediante a alfabetização e o exercício da cidadania. Todavia, esta metodologia foi adaptada para a área de investigação em saúde justamente porque a transformação é a maior característica do Círculo de Cultura, que para além de uma pesquisa participativa, busca o comprometimento dos atores envolvidos e conseqüentemente a transformação social, por meio da educação, princípio teórico-filosófico e epistemológico do pensamento de Paulo Freire (SILVA FILHO et al., 2016).

O Círculo de Cultura caracteriza-se por um grupo de pessoas com algum interesse comum que se reúnem para refletir sobre seus problemas, situações de vida, compartilhar vivências, construir uma percepção mais profunda da realidade e elaborar coletivamente estratégias concretas de intervenção (FREIRE, 2016). No Círculo “é possível levantar, problematizar e desvelar os temas que tanto podem ser situações conflitantes ou positivas” (HEIDEMANN, 2006, p. 81). Ainda, segundo Saupe (1999) o Círculo de Cultura constitui-se por um grupo de pessoas unidas por uma situação existencial limite.

A palavra chave do Círculo de Cultura é o diálogo, entendido como o elemento principal do processo educativo, uma vez que responde à exigência das pessoas que não podem se construir fora da

comunicação. No Círculo todos educam e se educam mutuamente, tendo na sua prática o ponto de partida para a compreensão crítica de sua cotidianidade (FREIRE, 2016). Desta maneira, Freire (2016, p. 134) acrescenta que “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

No campo da saúde, principalmente na enfermagem, muitos trabalhos utilizam os Círculos de Cultura, por meio da “ação e reflexão entre educandos e educadores em torno de situações existenciais, abordando temas importantes como saúde, educação, cidadania, qualidade de vida e outros” (HEIDEMANN, 2006, p. 81).

Por conseguinte, cabe destacar que a obra de Paulo Freire fundamenta-se numa construção pedagógica libertadora, que apresenta uma visão inovada de educação, voltada para o diálogo, e não para a mera transmissão de conteúdos. Busca a transformação da realidade por meio da conscientização crítica, onde os homens são protagonistas de sua história (GADOTTI, 1996). Os escritos de Freire não são de um homem só, são o produto de uma construção coletiva, de intensos diálogos, experiências e lutas (SOUZA; et al, 2010). Em sua filosofia, Freire trabalha com os conceitos de homem, diálogo, cultura, conscientização, transformação, práxis, opressor-oprimido, educação bancária-libertadora, emancipação e Círculo de Cultura (HEIDEMANN et al., 2017). Em seu livro de maior referência, a Pedagogia do Oprimido, Freire finaliza (re)afirmando a sua pedagogia de um homem que amou o mundo, as pessoas, os bichos, as árvores, a terra, a água, a vida, dizendo-nos "Se nada ficar destas páginas, algo, pelo menos, esperamos que permaneça: nossa confiança no povo. Nossa fé nos homens e na criação de um mundo em que seja menos difícil amar" (FREIRE, 2016, p. 284).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no município de Florianópolis na região leste do estado de Santa Catarina. Esta cidade segundo o Censo de 2010 possuía uma população de 421.240 pessoas, sendo que as estimativas de 2015 contabilizaram uma população aproximada de 469.690 indivíduos (IBGE, 2010; IBGE, 2015).

Nos últimos dez anos a Prefeitura de Florianópolis está trabalhando e investindo profundamente na ampliação da rede de atenção à saúde, e tem alcançado resultados positivos e de impacto a nível nacional. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) guiada pela missão de promover saúde para todos com qualidade e tendo como visão

ser o melhor sistema de saúde, público, gratuito, integrado e sustentável, para toda a população, com valorização do trabalhador, gestão compartilhada e de qualidade ampliou a sua APS, construiu Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Policlínicas e qualificou os seus profissionais, como consequência obteve um impacto direto nos indicadores de saúde (PMF, 2014; PMF, 2015).

Considerando especificamente a APS do município, ressalta-se que segue o modelo de ESF preconizado pelo Ministério da Saúde, contando com equipes que são responsáveis pelo acompanhamento e coordenação do cuidado a uma população adstrita. Estrutura-se em quatro Distritos Sanitários (DS): DS Norte, DS Sul, DS Continente e DS Centro, que são compostos por Centros de Saúde (CS) (PMF, 2014). Por esse motivo em 2015 o município foi reconhecido como sendo a capital com 100% de cobertura da APS por meio da ESF (BRASIL, 2015).

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, sustentada no referencial metodológico de Paulo Freire, não foi necessário atingir um número extensivo de participantes, pelo contrário, precisou-se focar na qualidade dos discursos em detrimento da quantidade de indivíduos, aprofundando a compreensão, as discussões e as reflexões com os envolvidos. Além de, ser necessário a aproximação da pesquisadora, com os locais de pesquisa, para fortalecer a relação interpessoal e o vínculo, fatores esses, expressivos para o desenvolvimento efetivo dos Círculos de Cultura. Desta forma, foram escolhidos inicialmente dois CS para a realização do estudo, o CS Fazenda do Rio Tavares, situado no DS Sul, composto por duas ESF e o CS Lagoa da Conceição do DS Leste, composto por três ESF.

A escolha do CS Fazenda do Rio Tavares deu-se em virtude do vínculo da pesquisadora, pela realização do seu Estágio Docência na disciplina INT 5207 - O cuidado no processo de viver humano V – atenção básica e saúde mental, além de ser uma unidade onde as PIC estão em processo incipiente de implantação. E o CS Lagoa da Conceição foi escolhido, por ser uma unidade onde historicamente as PIC estão consolidadas na atenção à saúde, sendo os profissionais qualificados para o uso e indicação dessas terapias (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Para entrar no campo dos CS foi realizado primeiramente contato com os DS, a fim de sensibilizar quanto à proposta de pesquisa. Por intermédio dos DS entrou-se em contato com cada coordenador de unidade, a fim de apresentar a proposta do trabalho, objetivos e metodologia. Ao realizar contato com os dois CS supracitados, de

imediatamente obteve-se o aceite do CS Fazenda do Rio Tavares, todavia o CS Lagoa da Conceição optou por não participar, em virtude da sobrecarga de trabalho no momento, além de haver uma demanda de ensino e outras pesquisas acontecendo concomitantemente. Logo, foi necessário escolher outro CS, o que promoveu uma reflexão mais profunda sobre a importância do vínculo pesquisador-pesquisados para o desenvolvimento de pesquisas participativas. Assim, foi selecionado o CS Coloninha, constituído por três equipes de ESF e localizado no DS Continente, por ser um local sugerido pela banca de qualificação, pouco explorado em pesquisas e a pesquisadora possuir vínculo. Esse, aceitou participar.

Após, a pesquisadora se inseriu nos CS, realizando a aproximação, (re)conhecendo as equipes e realidades por algumas semanas, de acordo com a necessidade. E em cada CS foi selecionada uma equipe de ESF para participar dos Círculos de Cultura. A escolha ocorreu em diálogo com os profissionais e considerando a disponibilidade. Após, foi procedido o agendamento de datas e horários para a realização dos Círculos. Para tal, foi priorizada a disponibilidade dos participantes e, na medida do possível, aproveitando parte do espaço das reuniões de equipe de cada ESF, justamente por ser um momento de encontro coletivo e multiprofissional já predefinido nas agendas.

A saída do campo de estudo foi um compromisso da pesquisadora para com o local de investigação, logo foram previstos alguns procedimentos, tão necessários quanto os realizados durante as outras etapas, sendo realizada após a conclusão dos Círculos de Cultura com cada equipe da ESF de cada CS.

Para garantir o anonimato as equipes foram identificadas por codinomes: equipe Oriente e equipe Ocidente, na apresentação e discussão dos resultados da dissertação.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde da ESF e do NASF. Como critérios de inclusão elencou-se: o interesse e aceite em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ambos os sexos, ser profissional vinculado à ESF ou NASF, estar presente nos dias de investigação, participando das discussões, reflexões e atividades propostas nos Círculos de Cultura. Por critérios de exclusão adotou-se: ser profissional de outro serviço de saúde (atenção secundária ou terciária), estar afastado por férias ou licença no período da investigação temática. Para garantir o anonimato os profissionais das equipes Oriente e Ocidente também foram

identificados por codinomes, referentes as PIC inseridas/reconhecidas na PNPIC.

4.4 INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA

Desenvolveu-se a pesquisa entre os meses de abril e julho de 2017. Com base nos referenciais expostos, o estudo foi realizado de acordo com as etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire que foram abordadas em quatro Círculos de Cultura com a equipe Oriente e três com a equipe Ocidente. Os Círculos foram organizados nos dias e horários das reuniões de área, em espaço disponibilizado pelos CS, duração aproximada de 60 minutos e estruturados com base nas demandas/perfis de cada grupo. O ambiente foi disposto de forma a favorecer o diálogo entre os participantes e a pesquisadora.

Em ambas as equipes, no primeiro Círculo de Cultura a animadora de debates compartilhou o objetivo e a metodologia do estudo. Após, iniciou-se a investigação temática, impulsionada por uma mandala³, conforme imagem abaixo, que integrou três questões disparadoras: I) O que você pensa sobre as PIC? II) Como você promove as PIC no CS e na comunidade? III) Quais as facilidades e as dificuldades para promover as PIC no cotidiano?

³ Mandala, do sânscrito significa “círculo” ou “completude”, é uma representação circular que simboliza o Universo. Usada no hinduísmo, no budismo, nas práticas psicofísicas da yoga e no tantrismo como objeto ritualístico e ponto focal para meditação (FIORAVANTI, 2017).

Figura 1 - Mandala disparadora da investigação temática.



Fonte: Registro digital da autora, 2017.

Para provocar a discussão entre os participantes, no primeiro momento dividiu-se os integrantes em dois pequenos Círculos, para após reconstruir o grande Círculo. Os profissionais foram convidados a representar de forma escrita, desenhada ou com imagens de revistas os temas geradores, que emergiram dos diálogos. Desta troca, houve a criação de cartazes, com informações ricas para a pesquisa, conforme as seguintes imagens.

Figura 2 - Cartazes construídos pela equipe Oriente no primeiro Círculo de Cultura.



Fonte: Registro digital da autora, 2017.

Figura 3 – Cartazes construídos pela equipe Ocidente no primeiro Círculo de Cultura.



Fonte: Registro digital da autora, 2017.

No segundo Círculo de Cultura, a pesquisadora levou os cartazes produzidos anteriormente e outro com a organização escrita de todos os temas geradores, para o grupo revisitar, ler, refletir e dar início as etapas de codificação e descodificação e desvelamento crítico. Na equipe Oriente foram destacados 50 temas geradores, sendo codificados três: I) Fortalecimento do SUS; II) Redução de danos; e III) Integralidade. A equipe Ocidente por sua vez, codificou três temas geradores dos 49 que emergiram: I) Sobrecarga de trabalho no SUS; II) Promoção da saúde; e III) Tempos de resistências. Ao término da codificação os profissionais expressaram a ordem de prioridade para a discussão dos mesmos, levando em consideração os próximos dois Círculos de Cultura.

Como a equipe Oriente decidiu dialogar no terceiro Círculo sobre a integralidade e a redução de danos no âmbito das PIC, o encontro foi mediado por três vídeos disponíveis na plataforma de distribuição digital de vídeos do *YouTube*: I) O que é Redução de Danos?; II) Integralidade - Desejo e realidade; e III) Práticas Integrativas no SUS: Uma experiência de sucesso! Após assistir os vídeos foram realizadas reflexões e discussões, de intensa participação do grupo, sobre o processo de trabalho na ESF, as potências e os limites, aprofundando a descodificação relacionada à redução de danos e a integralidade para o desvelar de possibilidades e intervenções na realidade local.

No contexto da equipe Ocidente, os participantes apontaram os temas sobrecarga de trabalho no SUS e tempos de resistências como eixos centrais do terceiro Círculo de Cultura. Dessa forma, a animadora de debates sugeriu três vídeos, também disponibilizados pelo *YouTube*, a destacar: I) SUS - Sistema Único de Saúde; II) Integralidade; e III) Práticas Integrativas no SUS: Uma experiência de sucesso! Após a visualização dos mesmos, foram entregues folhas e canetas aos participantes para que pudessem escrever suas reflexões, as quais foram compartilhadas com o grande grupo, num contínuo processo de ação-reflexão-ação sobre a realidade, descodificando e desvelando a sobrecarga de trabalho no SUS e os tempos de resistências, refletindo o cotidiano do fazer em saúde e as implicações para a consolidação das PIC como ação de promoção da saúde.

No quarto Círculo de Cultura com a equipe Oriente, a pesquisadora construiu uma mandala sobre a mesa (figura 4), com imagens e manchetes sobre o SUS, visto que os diálogos seriam em torno das PIC como recursos para o fortalecimento do SUS, destacando potências e limites do contexto sócio-político-econômico, inserindo as PIC e a Pedagogia da Esperança de Paulo Freire, além de um editorial nominado “Contra o colapso do SUS” publicado na Revista Radis

Comunicação e Saúde (RADIS, 2016). Essa, despertou a curiosidade dos participantes e permitiu um encontro permeado por profundas reflexões, empoderando os profissionais para discutir e lutar em prol do SUS de qualidade, com diferentes ofertas de serviços, intensificando os espaços de controle social e promovendo o despertar da consciência crítica sobre a realidade para o fortalecimento do SUS.

Figura 4 - Mandala disparadora do último Círculo na equipe Oriente.



Fonte: Registro digital da autora, 2017.

Na equipe Ocidente, o quarto Círculo não aconteceu, devido às demandas de trabalho que surgiram no CS, logo a promoção da saúde, tema codificado, não foi decodificada e desvelada. Tal acontecimento, remete-nos a forma como as políticas públicas estão orientadas atualmente na ESF, priorizando o acolhimento à demanda espontânea e reduzindo cada vez mais os momentos de planejamento, discussão, reflexão e realização de atividades no campo da promoção da saúde.

Salienta-se ainda, que os diálogos em Freire nos Círculos de Cultura, contaram com elementos musicais, de origem oriental, possibilitando uma aproximação maior com a área das PIC.

Ademais, após cada Círculo com os participantes do estudo, a pesquisadora e sua orientadora realizaram a reflexão dos temas emergentes e o planejamento dos próximos encontros. Para o registro dos dados foram utilizados diários de campo anotados no programa do Windows®: Word em um computador. A fim de melhorar a qualidade e a fidelidade dos temas investigados, foram realizadas gravações em áudio, transcritas na íntegra; filmagens e registros fotográficos durante os Círculos de Cultura, com o consentimento prévio dos sujeitos.

4.5 DESVELAMENTO DOS TEMAS

O desvelamento dos temas ocorreu simultaneamente com a investigação temática a partir da metodologia de Paulo Freire, que prevê o processo analítico (FREIRE, 2016).

Esta etapa, tradicionalmente chamada de análise dos dados, no Itinerário de Pesquisa Freireano é um processo contínuo e acontece com a participação de todos os indivíduos que compõem os Círculos de Cultura, por meio da leitura cautelosa, reflexão e interpretação dos temas emergentes. Para facilitar o desvelamento, os temas foram organizados em quadros sintéticos e interpretados. Além disso, os pesquisados, nos Círculos, codificaram e descodificaram o significado dos temas elaborando novos olhares sobre o objeto pesquisado, tomando consciência da realidade (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

O desvelamento crítico também denominado fase de problematização ou ainda da redução temática é o momento da construção do conhecimento por meio da revelação de conceitos emergentes do micro para o macro, do individual para o coletivo. Representa a tomada de consciência, onde a situação vivenciada e compartilhada na fase da codificação é problematizada e descodificada, sendo vista de um novo olhar. Com isso, o que anteriormente era desconhecido e obscuro passa a ser conhecido e desvelado. Neste momento deflagra-se o processo de ação-reflexão-ação (HEIDEMANN, 2006; DURAND, 2012; FREIRE, 2016; HEIDEMANN et al., 2017).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu aos princípios da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que rege as pesquisas com seres

humanos e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes do estudo, à comunidade científica e ao estado; tendo como compromisso oferecer o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e danos aos envolvidos (BRASIL, 2012). Para resguardar e preservar a identidade dos CS e dos profissionais que fizeram parte do estudo foi mantido o anonimato por meio do uso de codinomes.

A investigação primeiramente foi submetida ao parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. A seguir o projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil que é o sistema oficial, desde 2012, para a inserção das pesquisas para análise e monitoramento do Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) (BRASIL, 2012). Por meio do sistema CEP/CONEP o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo aprovado com o parecer 1.828.562 e CAAE 61607316.4.0000.0121 de 21 de novembro de 2016 (ANEXO A). O TCLE foi devidamente lido, esclarecido e assinado pelos participantes e somado ao comportamento ético intrínseco das ações da pesquisadora, deu-se início ao trabalho de campo (APÊNDICE A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados do estudo no formato de dois manuscritos, de modo a atender a exigência do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõe sobre a apresentação final de trabalhos de conclusão de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

O primeiro aborda as PIC e a promoção da saúde, discutindo as demandas de cuidado atuais, com visibilidade para a integralidade e a redução de danos à saúde. E o segundo traz uma discussão focada no SUS, pois desvelou-se nos Círculos de Cultura que as PIC são ferramentas para o fortalecimento do SUS em meio as adversidades políticas, sociais e econômicas que assolam o país.

A conexão dos dois produtos possibilitou a compreensão do objeto de estudo no cenário pesquisado. Estas produções da dissertação, após apreciação pela banca examinadora, serão submetidas para avaliação em periódicos científicos da área da saúde, com a finalidade de publicá-las.

5.1 MANUSCRITO 1

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO AÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: DEMANDAS DE CUIDADO

Resumo

Objetivo: compreender a percepção de profissionais da Estratégia e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto à utilização das práticas integrativas e complementares como ação de promoção da saúde, na Atenção Primária. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, do tipo ação participante, com a utilização do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire. Participaram 30 profissionais da Atenção Primária à Saúde de um município do Sul do Brasil. A investigação temática aconteceu entre abril e julho de 2017 e o desvelamento foi conduzido com base na metodologia Freireana, que prevê o processo analítico. **Resultados:** as práticas integrativas e complementares expressaram-se como um modelo de atenção à saúde emergente, que permite outros olhares sobre o processo saúde-doença-cuidado, atingindo todos os aspectos que envolvem o ser, reduzindo danos e promovendo a integralidade, constituindo-se assim, ação de promoção da saúde. **Conclusão:** concluiu-se que estas práticas são essenciais para a promoção da saúde, todavia enfrentam-se alguns empecilhos para sua consolidação que culminam com o modelo biomédico vigente. Nesta perspectiva, é fundamental fortalecer os movimentos em prol da saúde integral, na assistência, no ensino, na pesquisa e na extensão.

Descritores: Práticas Integrativas e Complementares; Promoção da Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

Ao refletir sobre o modelo biomédico em vigor, percebe-se que o mesmo mostra-se insuficiente para suprir as necessidades da população, abrindo espaço para um novo paradigma de cuidado à saúde. Nesta lógica, as práticas integrativas e complementares (PIC) agregam forças para preencher as lacunas existentes no atual modelo, à medida que, colocam a pessoa no centro do processo e todo o cenário e fatores envolvidos com a mesma são pontuados no momento da escolha terapêutica, priorizando a qualidade de vida (VARGAS, 2014).

Os profissionais de saúde por estar em constante interação com a população e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), têm o papel de oferecer alternativas para complementar o tratamento alopático, que estejam ao alcance do público alvo, promovendo saúde, prevenindo doenças, prestando um cuidado holístico, o mais natural possível e respeitando as crenças, valores e a individualidade de cada indivíduo (FREITAG et al., 2014). Neste sentido, a Política Nacional de PIC no Brasil, aprovada em 2006 pelo Ministério da Saúde e ampliada em 2017, busca o desenvolvimento de estratégias de formação e qualificação em PIC para os profissionais de saúde atuantes no SUS, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), para expandir as formas de cuidado e cura (BRASIL, 2017).

Para tanto, é imprescindível estimular mudanças nos serviços de saúde, a partir de ações reflexivas sobre os processos de cuidado, lapidando conceitos e hábitos, deixando de lado o comodismo, que gera impotência, com a finalidade de modificar o olhar e a cultura imersos na saúde, agregando ao saber profissional, os saberes e práticas populares. A promoção da saúde precisa ser compreendida como eixo norteador, abrindo espaço para as PIC, que emergem como uma possibilidade de atenção, nutrida por alguns valores: empoderamento, autonomia, cuidado integral; e promoção da saúde individual, familiar e social (DALMOLIN; HEIDEMANN, 2017).

As PIC podem ser recursos importantes para a promoção da saúde, principalmente por possibilitar um olhar diferenciado sobre o processo saúde-doença-cuidado, de base essencialmente holística e empoderadora, buscando compreender a saúde a partir dos modos de ser e viver (LIMA; SILVA; TESSER, 2014). A promoção da saúde no enfoque das PIC exige repensar o significado de autonomia dos seres humanos em suas maneiras de viver, consolidando-se na vida cotidiana, nas escolas, igrejas, comércios, áreas de lazer, serviços de saúde, organizações não governamentais. Sendo que, a população de modo geral, recorre a diferentes espaços e estratégias em busca do que a medicina alopática não proporciona, como relaxamento, apoio, momentos de bem-estar e de encontro com sua potência interior (FERNANDEZ-CERVILLA et al., 2013).

Com base neste enfoque de discussão, é pertinente agregar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e seu propósito de consolidação do conceito ampliado e positivo, produzindo saúde com extensa participação e controle social (BRASIL, 2014). A referida política pública preconiza em suas diretrizes, o estímulo a atitudes pautadas pela colaboração e respeito às individualidades, propondo

superar a atenção biomédica, por meio de práticas que integrem o ser e o viver dos indivíduos e coletividades (CYPRIANO; GELINSKI; FERREIRA, 2015).

A PNPS alicerça-se ainda em oito valores fundamentais: solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social. Ressalta-se a inclusão e reconhecimento da felicidade, entendida como uma percepção própria de contentamento, que auxilia na tomada de decisão sobre como desfrutar a vida ativamente excedendo as fragilidades pessoais e grupais, mediante a valorização das potencialidades. Ademais, dentre os objetivos específicos dessa política enfatiza-se a valorização dos saberes populares, tradicionais e das PIC (BRASIL, 2014).

No que se refere às ações/práticas/estratégias de promoção da saúde, entende-se como a inclusão das cinco estratégias da Carta de Ottawa: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reorientação dos serviços de saúde, apoio à ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais, no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), oportunizando distintas formas de cuidado (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014). Complementando a ação clínica de cura de doenças e ampliando a capacidade de autonomia dos indivíduos, famílias e comunidades para o alcance das metas pessoais de serem saudáveis (LOPES et al., 2013). Ainda, as estratégias de promoção da saúde são as que possibilitam desenvolver a autonomia e fortalecer processos políticos e sociais que permitem a transformação dos condicionantes estruturais, reafirmando os princípios do SUS, especialmente o da integralidade na atenção à saúde e o da participação social (DURAND; HEIDEMANN, 2013). Logo, a APS e a ESF são modelos de atenção à saúde e espaços essenciais para a consolidação da promoção da saúde no SUS (ROCHA et al., 2014).

Este estudo objetivou compreender a percepção de profissionais da ESF e do NASF quanto à utilização das PIC como ação de promoção da saúde na Atenção Primária.

Método

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, do tipo ação participante, com a utilização do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que alicerça-se numa perspectiva pedagógica libertadora, conduzida por meio do diálogo e de relações horizontalizadas. Este referencial metodológico organiza-se em três momentos dialéticos: investigação

temática; codificação e decodificação; e desvelamento crítico, concretizados em espaços chamados de Círculo de Cultura, que se caracteriza por um grupo de pessoas com algum interesse comum que se reúnem para refletir sobre seus problemas, situações de vida, compartilhar vivências, construir uma percepção mais profunda da realidade e estruturar coletivamente ações concretas de intervenção (FREIRE, 2016; HEIDEMANN et al., 2017).

Desenvolveu-se a pesquisa entre os meses de abril e julho de 2017, em dois Centros de Saúde (CS) da região Sul do Brasil, serviços esses de APS, organizados de acordo com o modelo da ESF. Os participantes foram os profissionais das equipes de Saúde da Família e do NASF. Como critérios de inclusão elencou-se: o interesse e aceite em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ambos os sexos, ser profissional vinculado à ESF ou NASF, estar presente nos dias de investigação, participando das discussões, reflexões e atividades propostas nos Círculos de Cultura. Por critérios de exclusão adotou-se: ser profissional de outro serviço de saúde (atenção secundária ou terciária), estar afastado por férias ou licença no período da investigação temática. Para garantir o anonimato as equipes foram identificados por codinomes: equipe Oriente e equipe Ocidente e os participantes com nomes de PIC. Para a escolha dos locais priorizou-se a presença de vínculo da pesquisadora principal, porquanto que, para a pesquisa participativa consolidar-se é fundamental a existência de relações interpessoais estabelecidas, de modo a facilitar o comprometimento dos envolvidos com os diferentes momentos da investigação.

Para o alcance do objetivo proposto primeiramente foi realizado contato com os CS, para agendar um encontro de socialização sobre o estudo e a escolha da equipe participante, que ocorreu com base no interesse pela temática e disponibilidade. Após a identificação da equipe participante, pactuou-se os dias e horários para a realização da investigação temática. Foram desenvolvidos sete Círculos de Cultura, quatro com a equipe Oriente e três com a Ocidente, com duração média de 60 minutos e estruturados com base nas demandas e perfis de cada grupo. Para o registro dos dados foram utilizados diários de campo anotados no programa do Windows®: Word em um computador. A fim de melhorar a qualidade e a fidelidade dos temas investigados, foram realizadas gravações em áudio, transcritas na íntegra; filmagens e registros fotográficos durante os Círculos de Cultura, com o consentimento prévio dos participantes. Em ambas as equipes, no primeiro Círculo de Cultura a animadora de debates compartilhou o

objetivo e a metodologia do estudo, explicando as etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire. Após, iniciou-se a investigação temática, impulsionada por uma mandala que integrou três questões disparadoras: I) O que você pensa sobre as PIC? II) Como você promove as PIC no CS e na comunidade? III) Quais as facilidades e as dificuldades para promover as PIC no cotidiano? Para provocar a discussão entre os participantes, no primeiro momento dividiu-se os integrantes em dois pequenos Círculos, para após reconstruir o grande Círculo. Os profissionais foram convidados a representar de forma escrita, desenhada ou com imagens de revistas os temas geradores, que emergiram dos diálogos. Na equipe Oriente foram destacados 50 temas e na equipe Ocidente 49.

No segundo Círculo de Cultura, a pesquisadora levou os cartazes produzidos anteriormente e outro com a organização escrita de todos os temas geradores, para o grupo revisitar, ler, refletir e dar início as etapas de codificação e decodificação e desvelamento crítico. A equipe Oriente codificou três temas: I) Fortalecimento do SUS; II) Redução de danos; e III) Integralidade. A equipe Ocidente por sua vez, também codificou três temas geradores: I) Sobrecarga de trabalho no SUS; II) Promoção da saúde; e III) Tempos de resistências. Ao término da codificação os profissionais expressaram a ordem de prioridade para a discussão dos mesmos, levando em consideração os próximos dois Círculos de Cultura.

Como a equipe Oriente decidiu dialogar no terceiro Círculo sobre a integralidade e a redução de danos no âmbito das PIC, o encontro foi mediado por três vídeos disponíveis na plataforma de distribuição digital de vídeos do *YouTube*: I) O que é Redução de Danos?; II) Integralidade - Desejo e realidade; e III) Práticas Integrativas no SUS: Uma experiência de sucesso! Após assistir os vídeos foram realizadas reflexões e discussões, de intensa participação do grupo, sobre o processo de trabalho na ESF, as potências e os limites, aprofundando a decodificação relacionada à redução de danos e a integralidade para o desvelar de possibilidades e intervenções na realidade local.

No contexto da equipe Ocidente, os participantes apontaram os temas sobrecarga de trabalho no SUS e tempos de resistências como eixos centrais do terceiro Círculo de Cultura. Dessa forma, a animadora de debates sugeriu três vídeos, também disponibilizados pelo *YouTube*, a destacar: I) SUS - Sistema Único de Saúde; II) Integralidade; e III) Práticas Integrativas no SUS: Uma experiência de sucesso! Após a visualização dos mesmos, foram entregues folhas e canetas aos participantes para que pudessem escrever suas reflexões, as quais foram

compartilhadas com o grande grupo, num contínuo processo de ação-reflexão-ação sobre a realidade, descodificando e desvelando a sobrecarga de trabalho no SUS e os tempos de resistências, refletindo o cotidiano do fazer em saúde e as implicações para a consolidação das PIC como ação de promoção da saúde.

No quarto Círculo de Cultura com a equipe Oriente, a pesquisadora construiu uma mandala sobre a mesa, com imagens e manchetes sobre o SUS, visto que os diálogos seriam em torno das PIC como recursos para o fortalecimento do SUS, destacando potências e limites do contexto sócio-político-econômico, inserindo as PIC e a Pedagogia da Esperança de Paulo Freire, além de um editorial nominado “Contra o colapso do SUS” publicado na Revista Radis Comunicação e Saúde (ROCHA, 2016). Na equipe Ocidente, o quarto Círculo não aconteceu, devido às demandas de trabalho que surgiram no CS, logo a promoção da saúde, tema codificado, não foi descodificada e desvelada.

Salienta-se ainda, que os diálogos em Freire nos Círculos de Cultura, contaram com elementos musicais, de origem oriental e mandalas possibilitando uma aproximação maior com a área das PIC.

O desvelamento dos temas ocorreu concomitantemente com a investigação temática a partir da metodologia de Paulo Freire, que prevê o processo analítico (FREIRE, 2016; HEIDEMANN et al., 2017). Esta etapa, tradicionalmente chamada de análise dos dados, no Itinerário de Pesquisa Freireano é um processo ininterrupto e ocorre com a participação de todas as pessoas que compõem os Círculos de Cultura, por meio da leitura cautelosa, reflexão e interpretação dos temas emergentes. Para possibilitar o desvelamento, organizou-se os temas em quadros sintéticos e procedeu-se a interpretação. Além disso, os pesquisados, nos Círculos, codificaram e descodificaram o significado dos temas elaborando novos olhares sobre o objeto em estudo, tomando consciência da realidade (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

A pesquisa assegurou-se nos princípios éticos da resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina com o parecer 1.828.562 de 21 de novembro de 2016.

Resultados

O grupo total de participantes da pesquisa foi de 30 profissionais de saúde, sendo 18 da equipe Oriente e 12 da equipe Ocidente. Em relação à formação/função, destaca-se: três médicos, três enfermeiras, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de saúde bucal, oito agentes

comunitários de saúde, uma profissional de educação física e uma psicóloga. Além de, cinco residentes (dois médicos, uma enfermeira, uma profissional de educação física e um assistente social) e sete acadêmicos (cinco de medicina e duas de enfermagem).

Os Círculos de Cultura foram mediados pelas PIC e pela promoção da saúde porém caminharam em diferentes cenários, permitindo diálogos reflexivos sobre o processo de trabalho na ESF, ampliando a compreensão sobre a realidade social e a necessidade de incorporar outros modelos de atenção à saúde, visto as fragilidades do modelo vigente, em promover transformações nos modos de cuidado individual, familiar e profissional.

A fim de organizar e facilitar a realização das etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, os temas geradores e as codificações foram reproduzidos em quadros sintéticos. A equipe Oriente colocou no Círculo 50 temas, sendo codificados três: I) Fortalecimento do SUS; II) Redução de danos; e III) Integralidade. Por sua vez, a equipe Ocidente elencou 49 temas geradores e optou em codificar três: I) Sobrecarga de trabalho no SUS; II) Promoção da saúde; e III) Tempos de resistência.

Diante das codificações escolhidas, foram promovidas descodificações e desvelamentos, de modo a produzir conhecimentos valorosos para área em estudo.

Desvelando conceitos e ampliando a compreensão sobre as PIC

Com o desenvolvimento desta pesquisa foi possível semear discussões entre os profissionais que os levaram à compreensão das PIC, como um conceito ampliado de saúde, que em algumas situações são complementares aos saberes e práticas alopáticos, em outras são integrativas, promovendo cuidado e cura holística e integral, e ainda, podendo ser integrativas e complementares como foram denominadas pela Política Nacional no Brasil, atuando nos dois âmbitos, em conjunto com o modelo biomédico ou não, como pode-se observar nas seguintes falas:

O que a gente segue é a medicina ocidental, que é remédio, ver e prescrever remédios. E as PIC levam a visão de outras práticas, que não sejam os comprimidos. [...] pessoa feliz, pessoa sem dor, plantas, pessoa caminhando, fazendo lazer, cantando [...]. Pra mim todas as PIC são integrativas e complementares. Ou todas elas são complementares pois vão ser algo a mais, pelo

menos hoje, aqui no CS, nenhuma PIC está como o remédio, todas estão como complementação, pois não se trata só com PIC. Por isso eu acho que elas podem ser as duas coisas, depende da situação, do caso. Porque não são só as PIC complementares, às vezes o remédio vai ser complementar. Acho que na maioria das vezes as PIC acabam sendo complementares, mas em alguns momentos não são (Acupuntura).

As PIC têm a ver com o físico, o mental e o espírito, então é um conjunto de coisas que levam ao bem estar humano, por isso as pessoas se sentem tão bem quando fazem PIC (Antroposofia).

A gente pensa nas PIC como um modelo de integração, um modelo de cuidado integral, que inclui vários saberes além do tradicional, sendo mais uma alternativa, que vem para incorporar, não para substituir [...] tem que rever este conceito pois parece que as PIC não conseguem se sustentar sozinhas, que tem que complementar o saber tradicional e dependendo da situação a PIC vai ser a única intervenção (Dança Circular).

As PIC estão associadas aos cuidados, não são só complementares, focam em outros âmbitos de atingir a saúde. Foco na mente, esse é o objetivo das PIC (Homeopatia).

As PIC possuem um conceito mais holístico, tratam o paciente de outra maneira. [...] o nome complementar está dizendo que a medicina tradicional por si só não dá conta, está induzindo que precisa de algo a mais (Musicoterapia).

A incorporação dessas teorias e práticas, que vêm de outros lugares, da medicina oriental, da medicina indiana, é muito lindo, porque é desocidentalizar a prática de cuidado (Osteopatia).

É outra racionalidade médica, que envolve questões totalmente diferentes do que a gente pensa na medicina ocidental tradicional, que são super baratas, com poucos efeitos colaterais, fáceis de aplicar e o custo benefício é muito maior. O uso de chás, as benzedadeiras, tudo isso são medicinas complementares, que usam questões culturais, conhecimentos tradicionais, desenvolvidas ao longo de anos, são populares. É

uma mistura de culturas, religiosidades, crenças, espiritualidade. Eu acho que todas as PIC são integrativas e complementares, por exemplo, vamos pensar na planta medicinal, se a pessoa só prescreve por prescrever ela vai ser complementar, mas ela pode ser integrativa, a medida que você cria algumas situações para integrar pessoas e terapias. [...] fica ruim usar o termo complementar, porque da impressão que é somente algo a mais, sendo que tem comunidades que utilizam as PIC como tratamento, essa é a terapia principal (Reiki).

É outra alternativa, pra não ficar só na medicalização, foge dessa rotina, em busca de qualidade de vida. Dependendo da situação, a acupuntura, a dança, é a medicação da pessoa, logo pode ser complementar ou não (Shantala).

É um método que busca o todo, por exemplo no ocidente a gente trata a dor no ombro, transforma o paciente em dor no ombro e a medicina oriental foca no todo. As PIC são integrativas, por exemplo, tem um enjôo, uma náusea, eu posso tratar sem um medicamento (Yoga).

Diante destas palavras nutridas por significados, histórias, compreensões sobre a vida, a saúde e a realidade social destaca-se que as PIC constituem um modelo de atenção e cuidado, emergentes na sociedade ocidental. Trabalham essencialmente na busca pela compreensão dos seres humanos, seus modos de ser e viver, promovendo a saúde, a qualidade de vida, a felicidade e a humanização dos profissionais e serviços.

Às vezes a população não tem tempo para promover a saúde, então acaba focando no modelo biomédico. Eu percebo uma busca de novos caminhos, uma transição de modelos, junção de dois modelos, o que é recente e está em período de adaptação, tanto dos profissionais como da população (Ayurveda).

As PIC são uma nova demanda de cuidado, que a medicina tradicional não dá conta. É preciso qualificar os profissionais. Um modelo de cuidado não descarta o outro, pelo contrário, integra. Os profissionais percebem as demandas de cuidado e isso causa ansiedade na equipe e a gente discute

em reunião, que ao mesmo tempo que acabamos reproduzindo o modelo biomédico, temos um olhar ampliado, mas não damos conta das demandas que a população trás. Nós temos consciência de que existem novas demandas de cuidado, não sei se são novas realmente, porém estão cada vez mais evidentes, as questões de saúde mental, por exemplo, e os diferentes aspectos que perpassam, pois a pessoa pode trazer uma queixa física, contudo o desfecho é o cuidado em outro aspecto, sendo que muitas vezes a gente não tem recursos. As PIC poderiam estar auxiliando nisso (Dança Circular).

Com a globalização e as mudanças do perfil saúde-doença em âmbito mundial, novos desafios impactam o cotidiano de trabalho na APS. As pessoas buscam o serviço de saúde por diferentes demandas, as quais muitas vezes encontram-se em um nível de profundidade que necessita de estratégias de intervenção mais sensíveis e humanizadas, com continuidade de cuidado a médio e longo prazo. As PIC têm um potencial importante, de sensibilização para a transformação dos profissionais e usuários, promovendo um cuidado ampliado e integral, ampliando o entendimento sobre a demanda espontânea e (re)afirmando os princípios da APS em busca de resolutividade e qualidade na assistência.

Ademais, as PIC como modelo de atenção à saúde, permitem outros olhares sobre o processo saúde-doença-cuidado, atingindo todos os aspectos que envolvem o ser, conforme as seguintes falas:

Tem a questão do científico, mas também de como a pessoa se sente com uma PIC, que eu acho que é o mais importante. O grupo de dança circular que a gente tem no CS há dois anos e meio, é um exemplo, porque para manter um grupo no SUS é difícil, e esse grupo se mantém, e com cada vez mais pessoas querendo participar, pessoas que vem de outros bairros, de outros municípios (Dança Circular).

As PIC vem com a intenção de melhorar a qualidade do cuidado, possibilitando alternativas para o cuidado do paciente, seja numa horta medicinal, num grupo de dança, na auriculoterapia. Mas acho que uma mudança de

modelo é necessária para que isso ocorra de forma mais adequada (Naturopatia).

As PIC têm um impacto maior na dor, nas situações agudas, porque a maioria das pessoas vem no CS com dor, problema de ansiedade, estresse, hoje, essa é a grande demanda do acolhimento (Yoga).

Diante dos resultados apresentados, é imprescindível no setor saúde e especialmente no lócus da APS uma compreensão sobre as demandas e estratégias de cuidado, de modo a fortalecer os espaços de PIC individuais e coletivos, dando maior visibilidade ao cuidado integral, holístico e com significado dentro da realidade social.

Reduzir danos à saúde e promover a integralidade por meio das PIC

Esta pesquisa revelou que as PIC são recursos que podem ser utilizados para a redução de danos à saúde em meio ao cenário assombroso da medicalização da vida. Neste âmbito, pode-se trabalhar com a conscientização dos indivíduos e famílias para a adoção de práticas saudáveis no enfrentamento das adversidades cotidianas, promovendo o resgate dos saberes populares e a diminuição do uso de medicamentos.

A horta entra na questão de reduzir danos (Acupuntura).

A redução de danos deve ser pensada para todas as pessoas, porque se eu estiver evitando um remédio ao fazer uma PIC, eu estou reduzindo danos à saúde. Se uma pessoa está se sentindo melhor e não vai tomar o ibuprofeno hoje, é maravilhoso, está reduzindo danos (Antroposofia). [...] o entendimento do grupo foi que as PIC são realmente uma miscelânea, uma mistura de todas as culturas, espiritualidades, que visam reduzir danos, reduzir efeitos colaterais, mesmo porque a população está cada vez mais envelhecendo e a gente precisa desenvolver a autonomia dos pacientes (Reiki).

A redução de danos pode ser promovida pelas PIC, a medida que essas estimulam o autoconhecimento e a descoberta da melhor terapêutica para cada indivíduo. Desta forma, se não é possível adaptar-se a uma PIC, há outras que podem ser conhecidas e experimentadas, em busca do cuidado mais efetivo, de acordo com as falas abaixo:

Algumas pessoas se favorecem mais de algumas práticas e não se encaixam em outras, por exemplo não se adaptou com a auriculoterapia, mas gostou, se sentiu bem com a acupuntura, o reiki. Tudo depende do que você está buscando, por isso é importante ter várias alternativas, porque as pessoas são muito diferentes (Dança Circular).

Existe um tipo de PIC para cada tipo de pessoa, umas gostam de yoga, outras de tai chi chuan, acupuntura, auriculoterapia. A redução de danos está neste sentido, de ver primeiro a necessidade do paciente, para depois ver qual terapia será melhor, o medicamento, o chá [...] (Yoga).

Desvelou-se a integralidade como resultado das PIC, que por sua filosofia e maneira de compreender o ser humano trabalham em dimensão integral, unindo o corpo físico ao mental, emocional, espiritual, familiar e social. As abordagens por meio das PIC incentivam a efetivação do conceito positivo de saúde, atribuindo um papel mais ativo aos usuários e envolvendo-os no processo saúde-doença de modo mais consciente e responsável.

Na saúde mental, de modo geral, são pacientes com baixa autonomia, que não se vêem como indivíduos, logo, a abordagem precisa ser múltipla, não basta passar um remédio, você tem que entender a pessoa (Fitoterapia).

As PIC naturalmente trabalham a integralidade, no corpo físico e psicológico, trabalhando o equilíbrio em tudo (Homeopatia).

[...] as PIC promovem a integralidade, de ver, tratar, atuar no indivíduo em todos os seus aspectos, psíquico, social, espiritual, no seu sofrimento, no seu problema, as PIC trazem muito disso, de ver a pessoa de forma integral (Reiki).

As PIC trazem uma visão integral do sujeito e da responsabilidade dele perante a sua saúde (Termalismo).

Agregando diferentes saberes e práticas ao cuidado, as PIC constituem uma atenção essencial para o enfrentamento das demandas emergentes na APS. Os profissionais e usuários do SUS deparam-se com algumas dificuldades para promover as PIC efetivamente no cotidiano de trabalho, de distintas origens: internas, externas, de compreensão

insuficiente sobre o significado das PIC e dos reflexos da atenção a saúde vigente.

Às vezes se usa a PIC, mas não se muda a lógica, o enfoque continua sendo a doença (Dança Circular).

[...] eu vejo muita coisa mal feita por aí, pessoas dizendo que fazem PIC e que continuam trabalhando no modelo biomédico, isso é bem contraditório. Assim, o fato de ir no yoga, ir nisso, ir naquilo, se torna como uma receita de remédio, porque o profissional não está entrando no contexto das PIC, possibilitando uma mudança na pessoa (Osteopatia).

Uma das dificuldades é justamente essa questão ambígua, esse confronto entre a medicina ocidental e oriental. Porque a gente vem de uma cultura que só o remédio, o comprimido vai funcionar, então nós precisamos nos educar para isso (Reiki).

As pessoas vem no CS e já sabem o que tem, o que querem, só precisam de um carimbo e de uma assinatura. Elas não querem ouvir, não querem entender, é muita medicalização, as pessoas querem uma pílula mágica pra tudo na vida (Shantala).

Para tanto, é necessário investir-se em estratégias de enfrentamento, com sensibilidade para despertar a real compreensão sobre o papel das PIC na APS, envolvendo profissionais, usuários e gestores na busca por conhecimentos, formação e ampliação do olhar sobre a saúde. Este estudo contribuiu, a medida que criou espaços de discussão sobre o tema entre os profissionais, o que permitiu pensar sobre o cotidiano de trabalho e planejar intervenções possíveis para a consolidação das PIC.

[...] a partir do momento que tu entra nas PIC, tu tem que mudar o conceito em relação à pessoa, mudar o pensamento, é uma prática diferente da ocidental, então primeiro tu vai ter que incorporar este modo de pensar (Yoga).

PIC como ação de promoção da saúde na APS

Os diálogos produzidos nos Círculos de Cultura, permeados pela promoção da saúde possibilitou reflexões sobre o papel das PIC que atreladas aos conceitos do empoderamento, autonomia e despertar para a consciência crítica, estimulam novos horizontes do cuidado em saúde. A promoção da saúde vista como uma estratégia de felicidade, bem estar e qualidade de vida, pode ser alcançada por meio das PIC.

Como promovemos as PIC no CS e na comunidade? A gente faz auriculoterapia nas consultas, nos grupos. A horta, o fato de prescrever plantas, eu prescrevo plantas. [...] 50% dos problemas, dos motivos que a pessoa busca o CS não são tratados com medicamentos. Auriculoterapia, música, dança, uso de plantas medicinais, horta comunitária, acupuntura, reiki, automassagem, tudo isso gera, melhora a saúde da população. Promover saúde é enxergar a pessoa como um todo (Acupuntura).

As PIC focam a atenção na pessoa, trabalhando a pessoa por inteiro, promovendo a felicidade. E a gente vê a diferença, diferença de disposição, ânimo, agilidade, flexibilidade, de tudo, no físico, no mental, na maneira de conviver em sociedade (Biodança).

A promoção da saúde é o coração do serviço, é pra ser! (Dança Circular).

Elas promovem saúde. O chá, melhora o sistema como um todo, então vai proporcionar um equilíbrio (Homeopatia).

A partir da compreensão da promoção da saúde como um dos grandes pilares de sustentação da APS, reforça-se o diferencial dos serviços que investem nesta dimensão, com a finalidade de atingir as múltiplas dimensões que envolvem o ser humano e sua relação com o mundo, de modo a gerar saúde, trabalhar antes do aparecimento de processos patológicos, priorizando a autonomia dos indivíduos e famílias.

Em meio a realidade atual, vive-se dois paradigmas na APS, de um lado encontra-se o modelo biomédico reducionista, porém bem consolidado e no outro lado as PIC e a promoção da saúde, caminhando em busca de maior visibilidade. Todavia é perceptível a diferença nas abordagens de ambos os modelos e o quanto a população deseja um

cuidado humanizado e integral, buscando cada vez mais outras alternativas, como as PIC.

Hoje em dia o pessoal procura, pelo menos aqui na nossa região não usam tantos medicamentos, eles tentam utilizar outras práticas. E eu acho que cada vez mais a comunidade está pedindo essas terapias. É uma forma de promover a saúde (Yoga).

Outrossim, a resolutividade das demandas cotidianas está balizada na atenção e no tempo disponibilizado para o atendimento dos indivíduos, pois sabe-se o quanto o acolhimento e a escuta acolhedora são terapêuticas fundamentais no processo de trabalho e consequentemente recursos promotores de saúde.

Tenho observado algumas situações aqui no CS e a atenção que tu dá pro paciente muitas vezes cura, ouvir as pessoas, ouvir suas angústias, talvez seja 99% da cura. Assim as PIC trabalham com a humanização dos profissionais, enxergando o paciente como um todo, acolhendo carinhosamente, sendo humano (Biodança).

Discussão

Nas últimas décadas, as PIC passaram por um processo de expansão na sociedade ocidental, sendo inseridas nos sistemas de saúde de alguns países, como no SUS, atuando nas diferentes dimensões do cuidado, desde a promoção da saúde e prevenção de doenças; até o tratamento, reabilitação e cura (SALLES; HOMO; SILVA, 2014). As PIC são compreendidas como práticas alternativas, complementares e/ou integrativas às terapêuticas presentes no modelo biomédico vigente (ALVIM et al., 2013). Logo, dependendo da situação, a PIC em uso vai ser o tratamento integral e único da pessoa, a primeira escolha de intervenção, porém em outros casos, vai atuar complementando junto com a alopatia. Destaca-se que independente de ser uma prática integrativa ou complementar ou ambas, estas terapêuticas apontam para um modelo de atenção à saúde emergente, que se solidifica em valores essenciais como o resgate e percepção do ser, autoconhecimento, integralidade do cuidado e consequentemente redução de danos à saúde a partir da conscientização para a diminuição do uso de medicamentos e busca por outras maneiras de cuidado.

As PIC não existem sem história e têm a capacidade de se modificar pelos atores sociais, apresentando continuidade teórico-prática entre passado e presente (LUZ; BARROS, 2013), isso, torna-as holísticas no seu processo de ação/intervenção. Fazem parte da vida cotidiana das pessoas, constituindo uma tradição herdada de familiares e amigos, sendo que, os indivíduos de modo geral recorrem às PIC com frequência, principalmente as plantas medicinais, independente de indicação de um profissional de saúde. Além disso, os usuários percebem que há falta de conhecimento, valorização e indicação das PIC por parte dos profissionais. Esses por sua vez, identificam fragilidades no processo formativo, que pouco discute em relação às PIC e ressaltam a necessidade de alterações nos currículos acadêmicos dos cursos da área da saúde (JOOS; GLASSEN; MUSSELMANN, 2012; CRUZ; SAMPAIO, 2012).

Neste sentido, as PIC emergem como ação de promoção da saúde para a integralidade da assistência, ao estimularem a evolução interior dos usuários da APS e a ascensão do serviço, que enxerga o processo saúde-doença-cuidado de outra maneira, articulando os diferentes saberes e caminhando para o despertar da consciência crítica de que a saúde faz parte da vida, mas não pode ser o único objetivo do viver, afirmando-se como um conceito positivo.

A concepção de cuidado numa perspectiva integral considera as tecnologias leves, o empoderamento, a corresponsabilidade, o acesso, o acolhimento, a resolutividade, fatores fundantes, para assegurar a humanização das práticas de saúde. Contudo, esse é um caminho longo a seguir, em vista das barreiras impostas pelo modelo hegemônico de enfoque na doença e fragmentação dos indivíduos, constituindo-se num verdadeiro desafio cotidiano para as equipes, gestores e usuários, trabalhar na lógica da assistência integral e universal (SCHVEITZER; ZOBOLI; VIEIRA, 2016).

A integralidade sugere a extensão e o desenvolvimento do cuidado pelos diferentes profissionais de saúde, numa perspectiva ampliada, considerando o ser humano na sua multidimensionalidade, dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades. Para que a construção da integralidade se concretize, é fundamental que cada profissional trabalhe com suas potências criativas de maneira articulada com a equipe, planejando e desenvolvendo cuidados em âmbito global e interdisciplinar (VIEGAS; PENNA, 2013).

Apesar dos investimentos nas diferentes esferas para a promoção das PIC na APS nas últimas décadas, enfrenta-se ainda significativos empecilhos para a sustentação desse modelo de atenção à saúde entre os

usuários e os profissionais do SUS. Logo, é preciso enxergar como prioridade os saberes e a cultura popular, potencializando discussões que fomentem a construção de estratégias para o fortalecimento das PIC na APS, a exemplo destaca-se o investimento em formação para os profissionais de saúde ampliarem os conhecimentos técnicos e científicos, sentindo-se mais seguros para incentivar/utilizar as PIC para a promoção da saúde (DALMOLIN; HEIDEMANN, 2017).

Em outros países não é diferente, a exemplo da Espanha, o ensino voltado para as PIC é insuficiente, pois não há uma disciplina obrigatória nos currículos das escolas de enfermagem, conseqüentemente gerando repercussões na qualidade do cuidado dos futuros profissionais (FERNÁNDEZ-CERVILLA et al., 2013). Para uma melhor formação em saúde, profissionais e gestores, necessitam de maior capacitação, porque não se sentem aptos para o trabalho no âmbito das práticas humanizadoras do cuidado, por haver um déficit de conteúdos teóricos durante a graduação e de educação continuada nos processos de trabalho (SCHVEITZER; ZOBOLI; VIEIRA, 2016). Um modelo de atenção que inclui as PIC promove a humanização, diminui custos com medicamentos e serviços de alta complexidade. Para tanto, é preciso impulsionar a inclusão e o desenvolvimento de espaços acadêmicos para a formação nesta área (PINTO-BARRERO; RUIZ-DÍAZ, 2012).

Diante das dificuldades, é fundamental alimentar forças de esperança para superá-las, buscando a evolução dos serviços de saúde para a adoção de diferentes modelos de atenção. Enfatiza-se que o entendimento da saúde como uma concepção ampliada precisa ser fortalecido inicialmente pelas instituições de ensino, para que os profissionais ao inserirem-se na APS estejam munidos de conhecimentos na perspectiva da humanização.

Como estratégias de enfrentamento, aponta-se para a superação do modelo de fragmentação da saúde e dos cuidados, balizando a perspectiva de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, com promoção do empoderamento dos indivíduos e famílias, qualidade de vida e cuidado holístico (SCHVEITZER; ZOBOLI; VIEIRA, 2016).

De acordo com Silva e Baptista (2015), ao fazer-se um comparativo entre a política de promoção da saúde aprovada em 2006 e a redefinida em 2014, percebe-se nessa última, o acréscimo da formação e educação permanente, na busca por movimentar, sensibilizar e desenvolver momentos de capacitação destinados aos gestores, profissionais da saúde e de outros espaços da rede. Logo, emerge uma preocupação ampliada quanto à formação e educação permanente dos

trabalhadores do SUS para que, como resultado final, seja possível a consolidação da promoção da saúde.

Nesta dimensão, (re)afirma-se que os profissionais de saúde que trabalham com as PIC estimulam o indivíduo a encontrar seu bem-estar e equilíbrio, pois entendem que o corpo, assim como a natureza tem capacidade própria de procurar a estabilidade para a qualidade de vida. Também, as PIC ao considerar corpo, mente e espírito promovem a saúde (NEVES et al., 2012), pelo fato de instigar e recuperar a noção de qualidade de vida para além do adoecimento, potencializando o autoconhecimento e (re)significando os saberes frente ao processo saúde-doença-cuidado. Nesta lógica, o profissional com visão holística, associada as PIC como ferramenta do cuidado, exerce um papel fundamental, demonstra autonomia profissional e competência, em todas as formas de atuação (FREITAG et al., 2014).

Por fim, esta pesquisa exteriorizou importantes questões sobre a saúde no lócus da APS, permitindo compreender as equipes da ESF e do NASF, suas concepções e práticas relacionadas às PIC como ação de promoção da saúde, trazendo para os Círculos de Cultura inquietações, proposições, dúvidas e caminhos, confirmando o potencial de transformação possível por meio do diálogo coletivo. Como limitações destaca-se o tempo de contato com os participantes, pois acredita-se que quanto mais tempo, maior vínculo, logo, mais aprofundamento das reflexões; e a dificuldade de reunir os profissionais para os Círculos, o que está estreitamente atrelado ao vínculo pesquisador-pesquisados e a organização dos serviços de saúde.

Conclusão

O objetivo proposto foi alcançado, suscitando uma renovação de conhecimentos e estratégias no campo das PIC como ação de promoção da saúde na APS. Os desafios manifestam-se diariamente, no enfrentamento do modelo de atenção à saúde vigente, que prioriza o atendimento a doença de uma parte do corpo físico, reduzindo os seres humanos à lógica produtivista. Todavia, os movimentos de contraponto estão evoluindo e se fortalecendo, evidenciando o papel da universidade, da educação, dos projetos de pesquisas participativas na construção de espaços dialógicos sobre o fazer em saúde, porquanto que, o método utilizado estimulou a corresponsabilização entre os participantes para atuar na melhoria dos processos de trabalho.

A pesquisa possibilitou a movimentação das equipes de APS para a compreensão das PIC como ação de promoção da saúde e

humanização da assistência, pois o contínuo processo de ação-reflexão-ação, motivou um ir e vir da teoria para a prática, da realidade para as possíveis transformações, ratificando a importância da academia para a educação nos serviços de saúde. Conclui-se que as PIC são recursos promotores de saúde, que resgatam a essência dos indivíduos e famílias, provocando um pensar mais consciente sobre a vida e as vivências do adoecimento e cura, ampliando o olhar dos profissionais em direção à integralidade do cuidado, considerando a multidimensionalidade humana e a realidade social.

Foi de fundamental importância desenvolver o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que orientado por diálogos intensos e relações horizontalizadas, permitiu um caminho de reflexões dentro das equipes pesquisadas, suscitando a conscientização para a utilização das PIC como ação de promoção da saúde na APS. Sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos, com metodologias libertadoras, que se concretizam na relação pesquisador-pesquisados, com discussões e transformações para além da coleta de dados tradicional, pautada na produção de conhecimentos que em sua maioria não ultrapassa os muros da universidade.

Referências

ALVIM, N. A. T.; et al. **Práticas integrativas e complementares no cuidado**: aplicabilidade e implicações para a enfermagem. In: Seminário nacional de pesquisa em enfermagem. Anais 17º SENPE, 2013, p. 137-152.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ampliação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446**, de 11 de novembro de 2014. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CRUZ, P. L. B.; SAMPAIO, S. F. O uso de práticas complementares por uma equipe de saúde da família e sua população. **Rev APS**, v. 15, n. 4, p. 486-495, 2012. Disponível em:

<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1483/681>. Acesso em: 26 set. 2015.

CYPRIANO, C. C.; GELINSKI, C.; FERREIRA, J. M. **A atuação do enfermeiro na implantação da política de promoção da saúde na atenção básica**. 2015. Anais do I Simpósio Internacional de Promoção da Saúde: Diálogo com os determinantes sociais. 2015.

DALMOLIN, I. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Práticas integrativas e complementares e a interface com a promoção da saúde: revisão integrativa. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 3, 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/33035/20958>. Acesso em: 01 dez. 2017.

DURAND, M. K; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev Esc Enferm**. v. 47, n. 2, p. 288-295, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_03.pdf. Acesso em: 10 set. 2016.

FERNANDEZ-CERVILLA, A. B.; et al . Current status of Complementary Therapies in Spain in nursing degree. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 679-86, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300679&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 dez. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 60ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREITAG, V. L.; et al. Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n.4, p. 1032-1040, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01032.pdf>. Acesso em: 26 set. 2015.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; et al. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de paulo freire: contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0680017.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2017.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. D. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

JOOS, S.; GLASSEN, K.; MUSSELMANN, B. Herbal Medicine in Primary Health care in Germany: The Patient's Perspective. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2012, 2012.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/294638>. Acesso em: 02 fev. 2016.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130133.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

LOPES, M. S. V.; et al. Promoção da Saúde na Percepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 1, n. 14, p.60-70, 2013. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/download/3327/2565. Acesso em: 10 set. 2016.

LUZ, M. T.; BARROS, F. B. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n. 4, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400022. Acesso em: 10 set. 2016.

NEVES, R. G.; PINHO, L. B. D.; GONZÁLES, R. I. C.; et al. O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares no contexto da atenção básica. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v. 4, n. 3, p. 2502-09, 2012. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1767/pdf_584. Acesso em: 26 set. 2015.

PINTO-BARRERO, M. I.; RUIZ-DIAZ, P. Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia. **Aquichán**, v. 12, n. 2, p. 183-93, 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 dez. 2017.

ROCHA, R. L. Contra o colapso do SUS. **Radis Comunicação e Saúde**, n. 169, 2016. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/169/editorial/>. Acesso em: 03 dez. 2017.

ROCHA, D. G.; ALEXANDRE, V. P.; MARCELO, V. C.; et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4313.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

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 Enferm** [on-line], v. 19, n. 4, p. 741-6, 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35140/23941>. Acesso em: 01 dez. 2017.

SCHVEITZER, M. C.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. M. D. S. Desafios da enfermagem para a cobertura universal de saúde: uma revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n. e2676, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02676.pdf. Acesso em: 02 dez. 2017.

SILVA, P. F. A. D.; BAPTISTA, T. W. D. F. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde debate**, v.39, n.spe, p.91-104, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500091&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 dez. 2017.

VARGAS, N. R. C. **Os usuários e as terapias complementares no cuidado à saúde em uma Organização Não Governamental**. Dissertação de Mestrado. Pelotas (RS). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

VIEGAS, S. M. D. F.; PENNA, C. M. D. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 133-41, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728366019.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2017.

5.2 MANUSCRITO 2

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESVELANDO POTÊNCIAS E LIMITES

Resumo

Objetivo: compreender a percepção de profissionais da Estratégia e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto à utilização das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde, desvelando potências e limites. **Método:** pesquisa ação participante de abordagem qualitativa, articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire. Foi realizada em Círculos de Cultura, com 30 profissionais de um município do Sul do Brasil. A investigação temática aconteceu entre os meses de abril e julho de 2017, sendo o desvelamento realizado concomitantemente a participação dos pesquisados. **Resultados:** foram identificadas as potências das práticas integrativas e complementares para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, como um modelo de atenção diferenciado, que precisa ser difundido. Todavia, a sobrecarga de trabalho e os diferentes tipos de resistências constituem limites para a consolidação destas práticas. Neste contexto, é fundamental utilizar estes recursos em prol do Sistema Único de Saúde gratuito e de qualidade. **Conclusão:** as práticas integrativas e complementares constituem uma possibilidade de atenção à saúde, de bases substancialmente holísticas, empoderadoras e com potencial para transformação dos indivíduos, famílias, comunidades, profissionais e serviços de saúde, logo, são recursos importantes para o fortalecimento do sistema de saúde. **Descritores:** Práticas Integrativas e Complementares; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, após 29 anos de criação, enfrenta muitos desafios, todavia é inquestionável a ampliação do direito à saúde a toda a população, justamente por ser um sistema cuja gestão e planejamento se constituem a partir das necessidades sociais dos territórios de abrangência. As principais dificuldades do SUS hoje são: o financiamento inadequado, a gestão segmentada e a política inapropriada de profissionais para a saúde, desde a formação até a ausência de carreira pública. A crise econômica, política e social atual reflete na intensa luta de classes, porquanto que o SUS não foi e não é

prioridade para as administrações federais desde a sua constituição. Logo, a manutenção do direito à saúde depende da sociedade civil, da compreensão, do conhecimento e do empenho para defender e lutar pela existência de políticas públicas e de democracia (CAMPOS et al., 2015).

No âmbito da organização das redes de atenção no SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui uma das entradas do sistema para as necessidades e problemas, realiza intervenções à pessoa como um todo, não direcionada à enfermidade, proporciona continuidade do cuidado, criação de vínculos com a comunidade e trabalha no contexto da integralidade, para a promoção da saúde (MENDES, 2015). Em território nacional, a APS está orientada com base no modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), que prevê uma equipe básica de trabalho junto à comunidade, com o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A ESF investe em ações de saúde com abrangência para a promoção e proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção, na busca por impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes sociais de saúde das coletividades. Tal sistematização estava assegurada por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) até agosto de 2017 (BRASIL, 2012).

Recentemente houve a aprovação de uma nova PNAB, a qual tende a desregulamentar a ESF. Por um lado ratifica que a ESF se mantém como meio prioritário para a implantação da APS, todavia, por outro lado, permite a construção de equipes com outros formatos, o que significa retroceder às concepções de APS progressas ao SUS. Assim, o planejamento e seguimento da APS ficam sob as gestões municipais no país, permitindo espaços para que as equipes sejam cada vez menos multiprofissionais e interdisciplinares, fragmentando a estratégia de vínculos com a comunidade e promovendo o desenvolvimento do setor privado em saúde. Além disso, essa reestruturação da PNAB eclodiu em um momento de congelamento de investimentos públicos por 20 anos, decorrente da Emenda Constitucional 95. Logo, as reduções e flexibilizações, isto é, os reflexos dessa medida, já perpassa o setor saúde, gerando impacto especialmente na vida da população usuária do SUS (BOAS, PEREIRA, SANTOS; 2017).

Torna-se cada vez mais perceptível e intenso o ambiente de instabilidade no setor saúde e principalmente na ESF, o que coloca em risco as construções traçadas ao longo da institucionalização do SUS, no que tange a compreensão e implantação do conceito ampliado e positivo de saúde, promotores de autonomia, qualidade de vida e consciência individual e coletiva sobre a saúde. Assim, cabe aos profissionais da área

buscar estratégias de enfrentamento para o fortalecimento do SUS, de modo a prestar um cuidado humanizado e integral. Neste sentido, as práticas integrativas e complementares (PIC) podem ser parceiras, promovendo outras maneiras de cuidar e resgatando os diferentes saberes em saúde.

As PIC ainda que tenham origem em tempos remotos e principalmente na cultura oriental, são atualmente, emergentes no mundo ocidental, fruto de um processo de mudança paradigmática do modelo de atenção à saúde. Essas práticas sustentam o cuidado integral ao indivíduo, considerando a tríade corpo-mente-alma (FISCHBORN et al., 2016). Aos poucos estão ganhando visibilidade e sendo incorporadas na rede de atenção à saúde em todo o país. A utilização no SUS promove uma importante reflexão, principalmente quando se busca o real sentido do seu uso pela população e pelos profissionais de saúde. Tal progresso pode ser compreendido como marca de um movimento que busca novas formas de aprender e praticar a saúde, uma vez que as PIC se caracterizam pela interdisciplinaridade e pela linguagem própria, em oposição ao modelo tecnológico de saúde que se desenvolve na sociedade de mercado, cujo objetivo centra-se no lucro e na fragmentação do ser humano em busca de medicamentos para suas doenças (TELESI JÚNIOR, 2016).

Ademais, constituem-se de sistemas e recursos que promovem os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde com o uso de tecnologias eficazes e seguras, que priorizam a escuta qualificada, o vínculo terapêutico e a conexão do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. As PIC também entendem o processo saúde-doença-cuidado de forma ampliada, com vista à promoção da saúde e o autocuidado (TELESI JÚNIOR, 2016).

Com base nas reflexões apresentadas, o objetivo desta pesquisa foi compreender a percepção de profissionais da ESF e do NASF quanto à utilização das PIC no SUS, desvelando potências e limites.

Método

Trata-se de uma pesquisa ação participante de abordagem qualitativa, articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire (FREIRE, 2016). O Itinerário de Pesquisa possui uma proposta pedagógica libertadora, mediada pelo diálogo e pelas relações horizontalizadas, sendo constituído de três momentos dialéticos: investigação temática; codificação e descodificação; e desvelamento crítico. Estas etapas acontecem em um espaço denominado de Círculo de

Cultura, que se caracteriza por um grupo de pessoas com algum interesse comum que se reúnem para refletir sobre seus problemas, situações de vida, compartilhar vivências, construir uma percepção mais profunda da realidade e elaborar coletivamente estratégias concretas de intervenção (FREIRE, 2016; HEIDEMANN et al., 2017).

A pesquisa foi desenvolvida entre abril e julho de 2017, em dois Centros de Saúde (CS) organizados conforme o modelo da ESF, da região Sul do Brasil. Os participantes foram os profissionais da ESF e do NASF. Os critérios de inclusão foram: interesse e aceite em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ambos os sexos, ser profissional vinculado à ESF ou NASF, estar presente nos dias de investigação, participando das discussões, reflexões e atividades dos Círculos de Cultura. E os critérios de exclusão foram: ser profissional de outro serviço de saúde (atenção secundária e terciária), estar afastado por férias ou licença no período da investigação temática. Para garantir o anonimato as equipes foram identificadas por codinomes: Oriente e Ocidente e os participantes com nomes de PIC.

Realizou-se um diálogo de aproximação nos locais de estudo para apresentação da proposta e escolha da equipe participante, conforme interesse e disponibilidade. Após a identificação da equipe, pactuou-se os dias e horários para a realização da investigação temática. Ao total foram desenvolvidos sete Círculos de Cultura, quatro com a equipe Oriente e três com a Ocidente, com duração aproximada de 60 minutos e organizados com base nas demandas e perfis de cada grupo. Para o registro dos dados foram utilizados diários de campo anotados no programa do Windows®: Word em um computador. A fim de melhorar a qualidade e a fidelidade dos temas investigados, foram realizadas gravações em áudio, transcritas na íntegra; filmagens e registros fotográficos durante os Círculos de Cultura, com o consentimento prévio dos sujeitos. Em ambas as equipes, no primeiro Círculo de Cultura primeiramente a animadora de debates compartilhou o objetivo e a metodologia do estudo, explicando as etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire. Após, iniciou-se a investigação temática, mediada por uma mandala formada por elementos relacionados às PIC e com questões disparadores sobre a temática, que foram discutidas nos Círculos de Cultura sendo destacados 50 temas na equipe Oriente e no Ocidente 49.

No segundo Círculo de Cultura, a pesquisadora levou os cartazes produzidos anteriormente e outro com a organização escrita de todos os temas geradores, para o grupo revisitar, ler, refletir e dar início a etapa de codificação, descodificação e desvelamento crítico. A equipe Oriente codificou três temas: I) Fortalecimento do SUS; II) Redução de danos; e

III) Integralidade. A equipe Ocidente também codificou três temas geradores: I) Sobrecarga de trabalho no SUS; II) Promoção da saúde; e III) Tempos de resistências. A representação da investigação temática e codificação estão representadas nas tabelas 1 e 2. Ao término da codificação os participantes identificaram a ordem de prioridade para a discussão dos mesmos, levando em consideração os próximos dois Círculos de Cultura.

O terceiro Círculo com a equipe Oriente foi mediado por três vídeos disponíveis no *YouTube*: I) O que é Redução de Danos?; II) Integralidade - Desejo e realidade; e III) Práticas Integrativas no SUS: Uma experiência de sucesso! Após assistir os vídeos foram realizadas reflexões e discussões sobre o processo de trabalho na ESF, as potências e os limites, alinhando a descodificação sobre a redução de danos e a integralidade e desvelando estratégias de ação para a realidade local.

O terceiro Círculo com a equipe Ocidente foi disparado com o auxílio de três vídeos também disponíveis no *YouTube*, a destacar: I) SUS - Sistema Único de Saúde; II) Integralidade; e III) Práticas Integrativas no SUS: Uma experiência de sucesso! Após a visualização dos mesmos, foram entregues folhas e canetas aos participantes para que pudessem escrever suas reflexões, as quais foram compartilhadas com o grande grupo, num contínuo processo de ação-reflexão-ação sobre a realidade, descodificando e desvelando acerca da sobrecarga de trabalho no SUS e dos tempos de resistências, refletindo o cotidiano do fazer em saúde.

No quarto Círculo de Cultura com a equipe Oriente, a animadora de debates construiu uma mandala sobre a mesa, com imagens e frases sobre o SUS, destacando potências e limites do contexto sócio-político-econômico, inserindo as PIC e a Pedagogia da Esperança de Paulo Freire, além de um editorial nominado “Contra o colapso do SUS” publicado na Revista Radis Comunicação e Saúde (ROCHA, 2016). Essa, despertou a curiosidade dos participantes e permitiu um encontro permeado por profundas reflexões, empoderando os profissionais para discutir e lutar em prol do SUS, nutrindo os espaços de controle social e promovendo o despertar da consciência crítica sobre a realidade para o fortalecimento do SUS. Na equipe Ocidente, o quarto Círculo não aconteceu, devido ao processo de trabalho no CS, logo a promoção da saúde, tema codificado, não foi descodificada e desvelada.

O desvelamento dos temas ocorreu simultaneamente com a investigação temática a partir da metodologia de Paulo Freire, que prevê o processo analítico (FREIRE, 2016). Esta etapa, tradicionalmente chamada de análise dos dados, no Itinerário de Pesquisa Freireano é um

processo contínuo e acontece com a participação de todos os sujeitos que compõem os Círculos de Cultura, por meio da leitura cautelosa, reflexão e interpretação dos temas emergentes. Para facilitar o desvelamento, organizou-se os temas em quadros sintéticos e procedeu-se a interpretação. Além disso, os pesquisados, nos Círculos, codificaram e descodificaram o significado dos temas elaborando novos olhares sobre o objeto em estudo, tomando consciência da realidade (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014; HEIDEMANN et al., 2017).

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina com o parecer 1.828.562 de 21 de novembro de 2016.

Resultados

Referente ao perfil, participaram 30 profissionais de saúde, sendo 18 da equipe Oriente e 12 da equipe Ocidente. Destes, três médicos, três enfermeiras, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de saúde bucal, oito agentes comunitários de saúde, uma profissional de educação física e uma psicóloga. Além de, cinco residentes (dois médicos, uma enfermeira, uma profissional de educação física e um assistente social) e sete acadêmicos (cinco de medicina e duas de enfermagem). Quanto ao sexo, 18 profissionais são do sexo feminino e 12 do masculino.

Os Círculos de Cultura foram motivados pelas PIC e pela promoção da saúde, objetos de pesquisa, porém caminharam em outras dimensões, abrangendo uma amplitude maior em termos de conhecimentos, ações e despertares para a conscientização do ser humano, do cidadão e do profissional. Viveu-se momentos de amorosidade, sonhos, ingenuidade; e momentos de diálogos reflexivos sobre a realidade e o contexto econômico, social, político e cultural. Ratifica-se que as PIC como ação de promoção da saúde não constituem um modelo hegemônico de cuidado e cura, todavia, são um modelo de atenção que ultrapassa os muros do setor saúde, construindo pontes em direção à vida e a sociedade.

Abaixo foram esquematizadas as codificações realizadas pelas duas equipes, bem como os temas geradores incluídos em cada codificação. Em negrito destacou-se os temas transversais. Na equipe Oriente foram elencados 50 temas geradores, destes três selecionados para codificação e os demais englobados nestas codificações, conforme tabela 1. Sendo os três descodificados e desvelados. A equipe Ocidente seguiu a mesma lógica, dos 49 temas geradores que emergiram, três

foram escolhidos para codificar e ao término dos Círculos dois foram decodificados e desvelados, como expõe a tabela 2.

Tabela 1 - Representação das codificações, com temas geradores incluídos pela equipe Oriente.

1. Fortalecimento do SUS <i>(codificado, descodificado e desvelado)</i>	2. Redução de danos <i>(codificado, descodificado e desvelado)</i>	3. Enxergar a pessoa como um todo <i>(codificado, descodificado e desvelado)</i>
1. Medicina Ocidental 2. Medicina Oriental 3. Promover Saúde 5. Música 6. Promoção, prevenção e vigilância em saúde 7. Auriculoterapia 10. Floripa: 100% da população usa o SUS 11. Conscientização 12. Auto massagem 13. Horta 14. Plantas medicinais/chás 15. Acupuntura 16. Reiki 17. Integração dos Serviços 18. Investimento em Saúde 20. Medicina centrada no médico 22. Tempo?/Relógio? 23. Falta formação em saúde 24. A complexa formação em saúde 26. Desconhecimento da comunidade 27. Desconhecimento dos profissionais 28. Custo benefício 30. Autonomia 34. Todos podem ser agentes de cura 36. Investimento em informação 39. Saúde não é mercadoria	3. Promover Saúde 5. Música 7. Auriculoterapia 8. Saúde 9. Doenças: 90% não são tratadas com medicamentos 11. Conscientização 12. Auto massagem 13. Horta 14. Plantas medicinais/chás 15. Acupuntura 16. Reiki 19. Medicalização da Vida 21. Comprimidos 25. Saúde Mental 29. Não têm efeitos colaterais 31. Aumento da longevidade e doenças crônicas 37. Naturais 38. Fazem parte do SUS 47. Horto comunitário 48. Yoga 49. Profissionais e comunidade podem aplicar as PIC	3. Promover Saúde 4. Foco na mente 5. Música 7. Auriculoterapia 11. Conscientização 12. Auto massagem 13. Horta 14. Plantas medicinais/chás 15. Acupuntura 16. Reiki 25. Saúde Mental 30. Autonomia 32. População indígena e suas práticas de saúde 34. Todos podem ser agentes de cura 35. Complementares 40. Felicidade 42. As PIC são para todos 43. Nós vamos cuidar bem de você 44. Adesão ao tratamento 46. Integralidade 47. Horto comunitário 48. Yoga 49. Profissionais e comunidade podem aplicar as PIC

45. Diminuição da carga do sistema de saúde 46. Integralidade 47. Horto comunitário 48. Yoga 49. Profissionais e comunidade podem aplicar as PIC		
---	--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Tabela 2 - Representação das codificações, com temas geradores incluídos pela equipe Ocidente.

1. Sobrecarga de trabalho no SUS <i>(codificado, descodificado e desvelado)</i>	2. Promoção da saúde <i>(codificado)</i>	3. Tempos de resistência <i>(codificado, descodificado e desvelado)</i>
6. Trabalho em equipe 8. Profissional capacitado 9. Falta tempo 10. Queixa/conduta 16. Alguns profissionais fazem PIC 17. Alguns profissionais não fazem PIC 20. SUS: matar um leão por dia 21. Em busca de novos caminhos 27. Saúde 33. Sobrecarga 40. Profissional: como um polvo 44. Qualidade no cuidado 45. Condições de trabalho 46. Resposta esperada do SUS 48. Falta formação qualificada	1. Integração 2. Conhecimento popular para promoção da saúde 4. Novas demandas de cuidado 5. Plantas/natureza 7. Inovação pra quem? 22. Descobrir e compreender 24. Felicidade/alegria 27. Saúde 29. Inovação e acesso 31. Auriculoterapia 34. ACS: papel fundamental 36. Coração do serviço 37. Retrato humanizado 38. Aleitamento materno 42. Música/musicoterapia 43. Prevenção de doenças 47. Dança circular 49. Roda de dança circular: vivência que está dando certo no CS	12. Resistência cultural 13. Resistência profissional 14. Resistência do sistema 15. Cadê os médicos? 18. Interesses em jogo 25. Investimento 26. Participação 27. Saúde 28. Mudança de rotina 30. Saberes tradicionais 35. Medicalização/comprimidos 39. Relação profissional/usuário

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Potências das PIC para o fortalecimento do SUS

As equipes Oriente e Ocidente, desde o primeiro Círculo promoveram discussões críticas e próximas do processo de trabalho, sempre exercitando o ir e vir da teoria e da prática, solidificando o processo de ação-reflexão-ação. Alguns momentos foram permeados pela busca de elementos positivos, identificando as potências das PIC para o fortalecimento do SUS, como um modelo de atenção diferenciado e necessário, que precisa ser difundido no setor saúde, especialmente no âmbito da APS.

Na prefeitura tem a comissão de PIC, isso é um avanço, ter um grupo de pessoas estudando e capacitando outros profissionais para atuar nas PIC, além de fornecer alguns materiais como sementes, agulhas, placa para auriculoterapia (Acupuntura).

Temos que aproximar da nossa realidade, do que a gente vive, porque a gente consegue destinar um tempo, nem que seja agendar para amanhã, para a gente conseguir fazer auriculoterapia. A gente tem que conseguir adequar à realidade, da para fazer (Homeopatia).

Nas conexões dos Círculos percebeu-se que a implantação da política nacional de PIC possibilitou novos caminhos para o cuidado, fortalecendo as ações multiprofissionais no âmbito do SUS e em parceria com a comunidade local, promovendo o autocuidado e a autonomia para uma maior conscientização sobre a saúde e a vida.

E melhor ainda, não precisa nem ser profissional da saúde, podem ser pessoas da comunidade, isso estimula o autocuidado e a autonomia. Todos podem ser agentes de cura e atuar para o fortalecimento do SUS (Reiki).

Uma facilidade em relação às PIC é que não são só os médicos que atuam, o SUS abriu possibilidades para outros profissionais atuar nesta área, todos podem trabalhar de acordo com sua área de interesse (Yoga).

Em meio às reflexões, constantemente pensou-se em estratégias de mudança, de fazer diferente, de fortalecer o SUS, o que possibilitou o surgimento de esperança nas equipes, que desvelaram a possibilidade da integração de outro profissional ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF), o naturólogo, como um agente importante para a consolidação das PIC na APS.

Seria bem importante a presença do naturólogo, não para assumir todas as PIC, mas para dar suporte para a equipe, para estar dentro do NASF (Dança Circular).

Seria ótimo ter um naturólogo no NASF, pois é um profissional que faz várias PIC, tem uma formação específica nesta área e poderia ter um espaço compondo a equipe (Musicoterapia).

Neste sentido, a presente pesquisa evidenciou que nas PIC há potências para o fortalecimento do SUS, à medida que promovem o empoderamento dos profissionais, a autonomia e consciência dos usuários/famílias e novas possibilidades de cuidado/cura, transformando e humanizando o sistema de saúde.

Sobrecarga de trabalho e resistências: limites para a consolidação das PIC no SUS

Nas duas equipes, apesar de haver um movimento importante relacionado às PIC, o contexto suscitou reflexões em direção aos limites para a consolidação dessas e conseqüentemente o fortalecimento do SUS, a destacar, a sobrecarga de trabalho e os diferentes tipos de resistências que perpassam a APS. O modelo hegemônico de trabalho centrado na figura do médico, com intervenções puramente alopáticas, e da formação em saúde, focada nos aspectos patológicos, com abordagens limitadas no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças, se destacaram como fatores limitantes para a implantação de uma nova cultura de saúde, alinhada às PIC e à promoção da saúde. Todavia, os participantes expressam a necessidade de expandir para outros modelos de atenção à saúde, mais holísticos e empoderadores.

Nas PIC entra tudo o que a maioria dos médicos e enfermeiros não prescreve em consultório. Porque não se aprende sobre isso, é um erro do ensino, a maioria das faculdades da saúde não abordam as PIC [...]. É preciso sair da medicina centrada no médico e nos remédios [...]. A sobrecarga de trabalho é um fator dificultador, a falta de espaço físico também [...] (Acupuntura).

O modelo biomédico está presente, tanto nos profissionais como na própria população, que às

vezes prefere um medicamento porque tem um efeito mais rápido, do que tentar outros modelos (Ayurveda).

Apesar de ter um programa forte relacionado às PIC no município e um processo de educação contínuo, falta tempo, tempo para desenvolver estas ações, porque o sistema de trabalho atual está focado em dar conta da demanda, que é organizada na forma de queixa, conduta e procedimento [...]. Vivemos tempos de resistências, da população, dos profissionais e do próprio sistema. Eu dei um exemplo: para alguns profissionais é institucionalmente aceito que se realize uma PIC, como a educadora física desenvolver auriculoterapia, grupo de dança, é tranquilo, agora o médico tem que estar atendendo, não pode tirar um tempo para o grupo de dança. Então é uma resistência cultural [...] (Dança Circular).

[...] tem muitas coisas pra discutir, mas eu acho que as resistências vêm do modelo capitalista, do consumo de medicamentos (Fitoterapia).

Falta conscientização, perceber que as PIC dão certo. É preciso sair do modelo do remédio, remédio, remédio. Falta associar as PIC com a promoção da saúde, porque o foco não pode ser só a doença (Homeopatia).

Desvelou-se nos Círculos de Cultura, o papel político e construtivo dos espaços de controle social do SUS. Por meio dos conselhos de saúde, que representam a legitimidade para a construção de um sistema de saúde de qualidade, a população tem espaço para se mobilizar e lutar pela viabilização do seu papel de cidadã na conjuntura atual.

A própria população tem memória curta, quem viveu antes do SUS esquece de como era e reclama tanto do sistema, que acaba enfraquecendo ainda mais. Agora tem um movimento de transformação, algumas pessoas da comunidade estão mais engajadas, participando do conselho local de saúde, porque em outros momentos as pessoas só vinham no conselho para resolver questões do interesse pessoal (Dança Circular).

Ademais, a crise social, econômica e política que assola o Brasil, conduz para ações e práticas retrocedentes em todos os âmbitos, deixando um aspecto sombrio e preocupante quanto ao futuro da APS e do modelo de saúde da família. Portanto, não há uma compreensão do conceito positivo, com investimentos em promoção da saúde e qualidade de vida.

O governo entende a saúde como gasto, não como investimento, porque a política atual é a privatização (Acupuntura).

O SUS está num momento difícil, a gente poderia fazer muito mais, mas não consegue. A Estratégia de Saúde da Família mudou o foco, ela era de uma forma, hoje se resume em apagar fogo e números [...].O tempo é o problema (Antroposofia).

Tem que mudar muita coisa, em especial a visão dos políticos, porque eles não se importam com o povo, se importam só com eles mesmos e com a classe alta. Pra nós aqui embaixo as coisas não chegam (Arteterapia).

As vezes eu fico pensando que a forma que a gente trabalha não é efetiva, porque a gente não consegue atingir as pessoas, fazer com que elas tenham um entendimento ampliado. Mas também não podemos nos culpabilizar, porque o que nós profissionais achamos que seria mais adequado para aquele usuário, pode não ser para ele, por questões da vida, que a gente não consegue atingir muitas vezes (Dança Circular).

O cenário político é desanimador. A população está polarizada, na verdade não sabe mais o que pensa. Há muita polarização e ninguém pensa. O SUS hoje tem um investimento pequeno e é muito mal gerido (Reiki).

Nos Círculos, outro aspecto de reflexão foram as diferenças culturais da população. Em determinadas comunidades ocorre a realização de um trabalho centrado nas PIC e em outras formas de cuidado, mas, em outras há o predomínio da atenção biomédica, que segue a lógica da doença/conduta, o que torna um desafio a implantação de outros modelos de atenção à saúde. As falas abaixo expressam essas duas realidades e levantam alguns motivos para tais diferenças.

E existe uma diferença bem grande dentro da própria cidade, entre as comunidade, uma população faz PIC e gosta, outra não. Talvez as pessoas usam mas não trazem na consulta, porque acham que os profissionais não vão aceitar, acham que vão ser reprimidas (Acupuntura).

O Sul da Ilha é diferente, é só terapia integrativa, é uma vibe do local, todo mundo gosta, pé no chão, conexão. Eles fazem fitoterapia, tem horta, tem uma vibe diferente. O povo que mora pra lá já vive assim (Musicoterapia).

Estratégias de enfrentamento e solidificação das PIC no SUS

Em meio ao movimento de ação-reflexão-ação que permeou os Círculos de Cultura, emergiram aspectos importantes relacionados à compreensão do papel efetivo da APS, da Saúde da Família, em meio ao cenário atual. Para que ocorra a continuidade da Saúde da Família é necessário resgatar seus princípios norteadores, como a territorialização, a continuidade do cuidado, a organização com base em ações prioritárias e a promoção da saúde, de modo a desenvolver um trabalho que possa atingir a população, dentro da realidade em que vive e trabalha, atribuindo significados transformadores ao fazer em saúde.

É preciso conhecer a comunidade que se trabalha, porque pode ser uma população que não quer acupuntura, mas que aceita o uso de chá, porque as pessoas plantam em casa. Conhecendo eu vou saber quais PIC fazem parte da vida das pessoas, porque eu não posso obrigar as pessoas a fazer acupuntura por exemplo (Acupuntura).

Se a gente soubesse utilizar as PIC, isso poderia inclusive melhorar a questão da falta de tempo. Porque a gente tem uma grande carga sobre o sistema e poucos investimentos, então são necessárias medidas para minimizar os custos e otimizar o atendimento das pessoas, dar mais acesso, neste sentido eu penso que as PIC entrariam (Reiki).

As PIC, a auriculoterapia, a acupuntura, podem contribuir para desafogar as filas, principalmente relacionadas à dor e ao sofrimento mental, que são as maiores demandas de acolhimento [...]. É preciso fazer nova divulgação, tanto da horta como das outras práticas, porque às vezes as

peessoas não sabem todas as formas de cuidado disponibilizadas pelo Centro de Saúde (Yoga).

Tomando consciência sobre os aspectos supracitados, os profissionais de saúde destacaram a relevância de inserir as PIC em prol do SUS gratuito e de qualidade. Dessa forma, reforçam ações que foram pensadas a partir das inquietações provocadas pelos Círculos de Cultura.

Além de reflexão, esta pesquisa estimulou o pensamento crítico, porque não adianta querer introduzir tudo sem ver o contexto e o que está por trás. O que foi interessante da pesquisa é que fez a gente pensar em tudo isso, fazendo uma reflexão mais crítica (Acupuntura).

Combinamos que na próxima reunião de planejamento os residentes da medicina e da enfermagem vão fazer uma apresentação sobre a auriculoterapia para que todos os profissionais conheçam está PIC que é desenvolvida aqui no Centro de Saúde (Antroposofia).

A gente vai se inscrever no curso de auriculoterapia, a residente e eu. A gente está pensando neste movimento, os profissionais de todas as áreas estão pensando em fazer coisas diferentes, só precisamos parar e organizar [...]. Auriculoterapia, chás, dança circular, biodança, tai chi chuan, a gente poderia aprender e fazer um grupo aqui na unidade [...]. O que tem de positivo no momento são as discussões, desde a criança até o idoso, todos estão tentando entender e discutir a política (Yoga).

Discussão

A literatura aponta que na sociedade moderna, basicamente todas as atividades produtivas estão vinculadas a uma ou mais organizações. Os objetivos dos projetos só poderão ser atingidos se articulados em conjunto amplo e, em geral, heterogêneo de organizações. Nesta premissa, está o caso do setor da saúde, que articula diferentes unidades, programas e serviços para garantir o cuidado a toda sociedade, conformando interesses e conflitos, o que exige um grande esforço e muita competência na sua gestão (CARNEIRO et al., 2014).

Ao serem pensadas e implantadas as políticas públicas que alicerçam o SUS, é fundamental analisar o perfil de saúde de cada população, organizando as demandas e ações. No intuito de ampliar as formas de atenção, cuidado e cura foi protagonizada a política nacional de PIC, que vem sendo estudada, entendida e inserida no cenário nacional, como ferramenta de fortalecimento do SUS.

As PIC compõe um novo modelo de cuidado à saúde, pois suas abordagens têm por objetivo estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, bem como a recuperação da saúde por meio de metodologias eficazes e seguras. Possuem como base o diálogo e ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico profissional/usuário e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Todavia, para além, estas práticas favorecem uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano em todas as suas dimensões, especialmente do autocuidado (TELESI JÚNIOR, 2016).

Entretanto, torna-se fundamental, a priori, lembrar que a inclusão de tais práticas na APS deve seguir os princípios norteadores do SUS com o compromisso de proporcionar assistência integral, universal, equânime, contínua e resolutiva ao segmento populacional, de acordo com as necessidades, por meio da identificação dos fatores de risco aos quais está exposta, fortalecendo ações com ênfase na promoção da saúde (ZENI et al., 2017).

Existe uma lacuna com relação às maneiras/estratégias de organizar, adaptar e incluir as PIC no SUS, tanto na ESF e NASF, como na atenção secundária e terciária (LIMA; SILVA; TESSER, 2014). Desta forma, atenta-se à necessidade de apoio por parte de gestores a fim de promover uma reorganização dos serviços, dando maior visibilidade às práticas promotoras de saúde, que podem ser concretizadas por meio das PIC. Para isso, a educação permanente e a disponibilidade de horários nas agendas dos profissionais da ESF e do NASF é imprescindível e a introdução de outros profissionais ao NASF, como o naturólogo, pode ser uma alternativa importante, conforme evidenciou esta pesquisa.

A naturologia é uma profissão recente no Brasil, procura entender o ser humano na sua multidimensionalidade e respeitar a singularidade na procura de bem-estar, qualidade de vida e saúde através das PIC, configurando-se numa relação harmoniosa entre as pessoas e a natureza (SABBAG et al., 2013). O naturólogo ao integrar a equipe do NASF pode, por meio de apoio matricial capacitar a ESF para uma melhor atuação no campo das PIC. Além de, atuar junto aos demais

profissionais e usuários do SUS, numa perspectiva transformadora das estratégias de cuidado, justamente por serem as PIC ferramentas positivas para a melhoria da qualidade de vida e saúde.

Pesquisa com o objetivo de avaliar a introdução das PIC no SUS especificamente na APS de cinco cidades brasileiras: Campinas (São Paulo), Florianópolis (Santa Catarina), Recife (Pernambuco), Rio de Janeiro e São Paulo, evidenciou diferentes formas de introdução, por meio das equipes saúde da família, por profissionais de exercício exclusivo, por equipes matriciais do NASF e por instituições especializadas. Dessas, acredita-se que o caminho de maior potencial seja via equipes de ESF e NASF, por estarem em contato direto com as comunidades e implantandas dentro da APS (SOUSA; TESSER, 2017).

Neste contexto, acredita-se que o caminho supracitado seja o mais promissor, priorizando e fortalecendo as equipes de ESF e NASF para a atuação com PIC no SUS. Contudo, por ser uma área relativamente nova enfrenta-se algumas resistências, até mesmo por parte dos próprios profissionais de saúde que em muitos momentos se veem sobrecarregados em suas atividades. Apesar disso, as PIC são ferramentas de estímulo da integralidade, promoção, prevenção e tratamento dos indivíduos e famílias, tal como prioriza o SUS (FISCHBORN et al., 2016), logo, é fundamental a superação das adversidades para a sua consolidação na APS.

Destarte, não é só a formação e atuação dos profissionais da saúde, precisa-se, ainda, ater-se às necessidades e realidades da população, levando em conta o fator cultural, crenças, valores, maneiras de ser e sentir o mundo, buscando unir o saber científico ao saber popular do indivíduo, com foco na valorização da subjetividade do cuidado.

Nos últimos anos, a formação em Saúde Coletiva se expandiu, desde a graduação até os níveis de especialização, residência, mestrado profissional e pós-graduação *stricto sensu*, porém, é emergente a necessidade de consolidar uma carreira de trabalho no SUS, de dimensão nacional, com oportunidades de trabalho nas três instâncias federativas (CAMPOS et.; 2015).

Com este enfoque, entende-se que o papel da academia na formação dos estudantes da área da saúde é balizador, pois poderá no decorrer do ensino, atentar para as maneiras de cuidado diferenciadas, como a utilização das PIC para a promoção da saúde. Sabe-se que o processo de formação atual limita as competências do futuro profissional, todavia, os cursos de graduação precisam adequar novas filosofias de ensino/aprendizagem, bem como novos conceitos sobre as

PIC e a sua relação com a promoção da saúde com uma concepção holística, que permite estimular a saúde do indivíduo nas dimensões física, mental, social e espiritual envolvendo uma concepção ampliada de saúde por meio de disciplinas, seminários, discussões, projetos de ensino, pesquisa e extensão (DALMOLIN; HEIDEMANN, 2017).

Ao refletir sobre a real implantação das PIC no SUS, pensou-se em estratégias de mudança por meio do diálogo entre gestores, profissionais de saúde com a participação popular, modificando os serviços de saúde e permitindo, assim, a tentativa de substituição do modelo hegemônico e biomédico que prioriza, até então, ações individuais, curativas em detrimento daquelas promotoras da saúde e da coletividade, visto que o SUS tem como um dos seus princípios a participação popular (TELESI JÚNIOR, 2016).

Um destes espaços de discussões poderia ser contemplado com a participação popular nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, instituído pela sanção das Leis 8.080 e 8.142 de 1990 (CARVALHO; TROIAN; GOULART, 2016). Por meio dessas leis, compreende-se a ideia de que como pilar da política de saúde está o acesso universal e igualitário em construção seguindo o modelo das diretrizes do SUS, modificando os serviços e promovendo saúde.

É fundamental a criação de estratégias que estimulem o empoderamento dos indivíduos e comunidades. Os espaços de participação popular são uma maneira das pessoas exporem suas ideias, visto que, o conselho tem suas potencialidades e fragilidades, e uma das fragilidades deve-se a não participação popular. O processo participativo e a qualidade da participação pode se configurar como uma potencialidade, conquistando assim a melhoria da qualidade de vida (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015).

Por outro lado, a crise econômica atual gera impactos na saúde das pessoas, visto que os fatores de risco aumentam e assim os fatores protetores diminuem, caminhando para um processo de retrocessos na área da Saúde Pública. A todo momento os direitos dos usuários e trabalhadores são atacados, fragilizando as práticas de atenção do SUS, a medida que há pouca valorização das ações no âmbito da promoção e prevenção.

Neste sentido, Vieira e Benevides (2016) afirmam que a saúde não pode ser vista como um antônimo de doença, em que a oferta e o acesso aos serviços médicos e hospitalares por si só bastaria para garanti-la, mas deve ser compreendida em seu contexto econômico, social e cultural, reconhecendo que existem outros fatores que condicionam o estado de bem-estar e de saúde dos indivíduos, e que,

portanto, é preciso que o Estado formule e implemente políticas econômicas e sociais para garantir os direitos previstos.

Frente a este panorama, salienta-se que o uso das PIC como política, lentamente vem se consolidando como prática de cuidado multiprofissional e interdisciplinar. Para tanto, é crucial a ampla discussão e superação das fronteiras disciplinares no contexto da ciência e do cuidado em saúde, em especial na APS, que constitui-se como um espaço em que os usuários, em geral, exercem sua autonomia, inclusive acerca da opção terapêutica que melhor corresponde aos seus interesses em determinado momento (ALVIM, 2016).

Somado a isso, tem-se observado um aumento pela busca das PIC, fato que pode representar avanços no movimento cultural que inclui essas práticas para além do modelo biológico. Face ao empoderamento do usuário, tais recursos podem ser buscados espontaneamente pela população, como um direito. Desta maneira, este movimento do usuário pode significar um avanço na superação do modelo biomédico, indicando que houve mudanças na representação cultural e simbólica das práticas de saúde que admitem novas estratégias de tratamento desviando o foco no medicamento e cirurgias, típicos da racionalidade médica ocidental contemporânea (LIMA; SILVA; TESSER, 2014).

A luta não é e não pode ser individual, é preciso resgatar o espírito de luta coletiva, porém não há coletividade sem um projeto coletivo que supere os benefícios particulares. No Século XXI nota-se marcas de irracionalidade que tem dificultado os projetos coletivos em todos os âmbitos da sociedade. É elementar deixar de lado o modelo hegemônico de supervalorizar o mundo do *self*, porquanto que, o *self* é da classe da impotência e a empatia se molda na prática, na relação com as pessoas. É intenso o movimento do Estado e do Capital tentando impedir essa construção, reafirmando a impotência dos cidadãos. Por isso, manter-se ativamente na luta e militância do SUS precisa ser uma prioridade para a população brasileira (FERRAZ, 2016).

Uma das estratégias de mudança/luta centra-se na tarefa de atrair as principais lideranças das organizações sindicais para a defesa e o fortalecimento do SUS. Existe uma grande competição entre os setores públicos e privados de saúde, e, este último conta com ampla aceitação na população, por movimentar considerável volume de recursos. O crescente fortalecimento de formas de gestão privada em unidades de saúde públicas em diversas unidades da federação pode contribuir para fortalecer a lógica e o prestígio do mercado no interior do setor público, enfraquecendo ainda mais os valores e o próprio sentido da gestão pública (RODRIGUES, 2014).

Fazendo uma conexão entre as discussões anteriores e o cenário dos sistemas de saúde de outros países destaca-se algumas similaridades e diferenças. No Canadá por exemplo, as pessoas com doença inflamatória intestinal utilizam frequentemente PIC de forma complementar a terapêutica convencional, apesar de não haver uma compreensão uniforme entre os profissionais de saúde (ZEZOS; NGUYEN, 2017). Na Polônia ao ser criada uma escala de bem-estar físico, mental e social, pesquisadores avaliaram: domínio físico - dor de cabeça, cansaço, dor abdominal, palpitações, dor nas articulações, dor nas costas, distúrbios do sono; domínio mental - ansiedade, culpa, desamparo, desespero, tristeza, insatisfação, hostilidade; e domínio social - segurança, comunicabilidade, proteção, solidão, rejeição, sociabilidade e apreciação; concluindo que há uma inter-relação forte entre os domínios para atingir uma dimensão holística de bem-estar, com olhar sensível para a saúde e os determinantes da vida da população (SUPRANOWICZ; PAŹ, 2014).

Logo, percebe-se que no Brasil existe uma orientação por meio da política nacional de PIC, para o uso destas terapias no âmbito da promoção da saúde e do tratamento e recuperação. Em outros sistemas de saúde a nível mundial, apesar de não haver uma política bem estruturada, as PIC também fazem parte da vida das pessoas e dos profissionais, estimulando a integralidade nas abordagens de cuidado/cura.

Como limitações do estudo salienta-se: o pouco tempo de contato com os profissionais, porque a pesquisa participante na sua efetivação necessita de uma relação estreita entre os envolvidos, com vínculo, justamente para que haja um aprofundamento das discussões. Além da dificuldade de reunir os profissionais para os Círculos de Cultura, o que está relacionado a organização atual dos serviços de APS.

Conclusão

A investigação identificou diferentes aspectos das PIC no SUS, promovendo ação-reflexão-ação para desvelar a realidade dessas na ESF, desmembrando potências, limites e estratégias de enfrentamento diante do cenário atual, possibilitando (re)afirmar os movimentos de militância para o seu fortalecimento.

O método utilizado mostrou-se adequado para o objetivo proposto, a medida que, além de uma tradicional coleta de dados, construiu-se Círculos de Cultura, com diferentes atores discutindo o processo de trabalho no SUS, as maneiras de fazer saúde e de

transformar os espaços de cuidado e cura, conectados pela transversalidade das PIC. Assim, recomenda-se a realização de pesquisas de cunho participante, integrando os investigados à investigação, atribuindo-os um papel ativo e consciente sobre o objeto pesquisado dentro da sua realidade social.

Destaca-se que as PIC constituem um resgate da contemporaneidade da atenção à saúde, com potencial para transformação dos indivíduos, famílias, comunidades, profissionais e serviços de saúde, logo, são recursos importantes para o fortalecimento do SUS, tanto em nível de assistência, como no ensino, na pesquisa, na extensão e na gestão.

Referências

ALVIM, N. A. T. Práticas integrativas e complementares de saúde no cuidado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21571>. Acesso em: 03 dez. 2017.

BOAS, G. D. L. V.; PEREIRA, D. V. R.; SANTOS, E. K. A. A **reforma da política nacional de atenção básica**: mais um golpe contra o SUS. Anais - 7º Seminário frente nacional contra a privatização da saúde, 2017. Disponível em: <http://www.ufal.br/seer/index.php/anaisseminariofneps/article/viewFile/3955/2786>. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUSANA, J. D. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, Á. L. P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00442.pdf. Acesso em: 03 dez. 2017.

CAMPOS, G. W. D. S.; et al. Entrevista com o Professor Gastão Wagner de Sousa Campos. **Saúde debate**, v. 39, n. spe, p. 338-9, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500338&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 dez. 2017.

CARVALHO, P.; TROIAN, A.; GOULARTE, J. L. L. A efetividade do conselho municipal de saúde de Santana do Livramento/RS: uma análise a partir das leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990. **Revista Sociais e**

Humanas, v. 29, n. 2, p. 58-77, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/22353>. Acesso em: 03 dez. 2017.

DALMOLIN, I. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Práticas integrativas e complementares e a interface com a promoção da saúde: revisão integrativa. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 3, 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/33035/20958>. Acesso em: 01 dez. 2017.

FERRAZ, D. L. D. S. Impotência, sim; inatividade, não! Do que adiantou, se a PEC passou? **Revista de estudos organizacionais e sociedade**, v. 3, n. 8, 2016. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/farol/article/view/3941/1886>. Acesso em: 03 dez. 2017.

FISCHBORN, A. F.; et al. A Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS: o relato de experiência sobre a implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde. **Cinergis**, v. 17, n. 4, p. 358-63, 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/viewFile/8149/5358>. Acesso em: 03 dez. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 60^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; et al. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de paulo freire: contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0680017.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2017.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. D. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130133.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2017.

ROCHA, R. L. Contra o colapso do SUS. **Radis Comunicação e Saúde**, n. 169, 2016. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/169/editorial/>. Acesso em: 03 dez. 2017.

RODRIGUES, P. H. D. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, v. 21, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134010003>. Acesso em: 03 dez. 2017.

SABBAG, S. H. F.; et al. A Naturologia no Brasil: avanços e desafios. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, v. 2, n. 2, p. 11-31, 2013. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC/article/view/1850/321>. Acesso em: 03 dez. 2017.

SOUSA, I. M. C. D.; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00150215.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2017.

SUPRANOWICZ, P.; PAŹ, M. Holistic measurement of well-being: psychometric properties of the physical, mental and social well-being scale (PMSW-21) for adults. **Rocz Panstw Zakl Hig.**, v. 65, n. 3, p. 251-8, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25247806>. Acesso em: 03 dez. 2017.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/169598/341668.pdf?sequence=1&isAllowed=v>. Acesso em: 03 dez. 2017.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. D. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3,

2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/01/21860-68023-1-PB.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2017.

ZENI, A. L. B.; PARISOTTO, A. V.; MATTOS, G.; HELENA, E. T. D. S. Use of medicinal plants as home remedies in Primary Health Care in Blumenau – State of Santa Catarina, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2703.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2017.

ZEZOS, P.; NGUYEN, G. C. Use of Complementary and Alternative Medicine in Inflammatory Bowel Disease Around the World. **Gastroenterol Clin North Am.** v. 46, n. 4, p. 679-88, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29173516>. Acesso em: 03 dez. 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir o ciclo da dissertação, o retorno ao objeto de estudo e aos resultados é primordial para refletir e apontar as contribuições e limitações, as perspectivas de desdobramentos e as recomendações para o ensino, a assistência, a pesquisa e a extensão em enfermagem e saúde.

Trabalhar na linha das PIC e da promoção da saúde despertou encantos e desafios. Os encantos vieram pela possibilidade de pensar junto aos profissionais da APS outras maneiras de produzir saúde, a partir dos modos de ser e viver num contínuo processo de ação-reflexão-ação sobre a realidade de cada equipe e território. E os desafios se manifestaram em virtude do modelo de atenção vigente na APS, que vive um paradoxo, de um lado a proposta de ser saúde da família e enxergar integralmente as demandas de cuidado, por outro lado, as ações realizadas expressam-se na maioria das vezes de forma individual e fragmentada.

O objetivo proposto foi alcançado, desencadeando uma renovação de conhecimentos e estratégias de enfrentamento no campo das PIC como ação de promoção da saúde na APS. As PIC foram desveladas como um novo modelo de atenção à saúde, de bases substancialmente holísticas, empoderadoras e com potencial para transformação dos indivíduos, famílias, comunidades, profissionais e serviços de saúde, logo, são recursos importantes para o fortalecimento do SUS, principalmente em meio ao atual cenário social, político e econômico em que se encontra o Brasil. Ademais, percebeu-se que os movimentos de militância estão evoluindo e se fortalecendo, evidenciando o papel da universidade, da educação, dos projetos de pesquisa participantes na construção de espaços de diálogo e reflexão sobre o fazer em saúde, porquanto que, o Itinerário de Pesquisa Freireano como método utilizado estimulou a corresponsabilização entre os participantes para atuar na melhoria dos processos de trabalho.

Ressalta-se o diferencial alcançado com a utilização do referido Itinerário, pois ultrapassou o patamar único de coleta de dados para fins científicos, mas contribuiu com os serviços e profissionais por meio dos Círculos de Cultura. Esta metodologia permitiu momentos de pausas no trabalho, para o encontro entre os membros da equipe, para refletir sobre as ações, as potências, os limites, a inserção das PIC e da promoção da saúde na APS, além disso possibilitou respirar, raciocinar e analisar a realidade em outra perspectiva. Ratifica-se ainda, que o vínculo

pesquisador-pesquisados é uma das principais ferramentas para a consolidação da proposta metodológica Freireana.

Assim, recomenda-se a realização de pesquisas participantes, que promovam o diálogo e a reflexão, de modo a aproximar a universidade das instituições de saúde, edificando espaços de trocas horizontais, com o objetivo comum de possibilitar melhores condições de vida e saúde aos indivíduos e famílias usuários do SUS.

Aponta-se como limitações o curto período de tempo, pois foram três meses de imersão na investigação temática, todavia, sabe-se que quanto maior o tempo de contato, maior o vínculo e conseqüentemente mais intensas as discussões e os desvelamentos em torno do objeto de estudo.

Acredita-se que a investigação trouxe contribuições para a enfermagem, para a saúde e para o SUS, a medida que provocou mudanças e transformações por meio dos diálogos dos Círculos de Cultura, desde questões mais subjetivas e conceituais, até questões práticas da organização do processo de trabalho, (re)pensando a forma de acolhimento à demanda espontânea e à demanda programática, retomando os princípios do SUS.

Por fim, espera-se que a vivência discutida neste estudo promova uma ampliação de olhares sobre o ensino e a assistência em saúde, despertando outras ações no campo das PIC e da promoção saúde, de modo a resgatar formas de viver mais saudáveis, com consciência e empoderamento. Porquanto que, é imprescindível investir na formação, na educação dos futuros profissionais, para que possam agir diferenciadamente, ultrapassando as barreiras impostas pelo modelo biomédico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Saúde e Sociedade**. v. 5, n. 1, p. 3-53, 1996.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2015.

ALVES, L. H. de S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de Saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n.2, p. 401-408, 2012.

ALVIM, N. A. T.; et al. Práticas integrativas e complementares no cuidado: aplicabilidade e implicações para a enfermagem. In: Seminário nacional de pesquisa em enfermagem. Anais 17º SENPE, 2013, p. 137-152.

ARAÚJO, E. C. A. Integralidade no cuidado pela enfermagem com a utilização da fitoterapia. **Rev enferm UFPE on line**. v. 9, n. 9, 2015. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9145/pdf_8988. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446**, de 11 de novembro de 2014. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. 1986.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Brasília: O Ministério, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Plano nacional de saúde 2004-2007**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687**, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Documento para Discussão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

_____. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.; et al. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Diplomacia da saúde e cooperação sul-sul: as experiências da Unasul saúde e do plano estratégico de cooperação em saúde da comunidade de países de língua portuguesa. **RECIIS: revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**. v. 4, n. 1, p. 106-118, 2010. Disponível em: www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/712. Acesso em: 11 set. 2016.

CARVALHO, R. S. **Saúde coletiva e promoção á saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança [tese]. Campinas (SP): Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas/Unicamp, 2002.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Estabelecimento por Endereçamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=42&VMun=420540&VSubUni=&VComp=. Acesso em: 11 set. 2016.

CRUZ, P. L. B.; SAMPAIO, S. F. O uso de práticas complementares por uma equipe de saúde da família e sua população. **Rev APS**, v. 15, n. 4,

p. 486-495, 2012. Disponível em: <
<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1483/681>>. Acesso em:
26 set. 2015.

CYPRIANO, C. C. **Práticas de promoção da saúde no contexto da atenção primária**. 2016. 148p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

CYPRIANO, C. C.; GELINSKI, C.; FERREIRA, J. M. **A atuação do enfermeiro na implantação da política de promoção da saúde na atenção básica**. 2015. Anais do I Simpósio Internacional de Promoção da Saúde: Diálogo com os determinantes sociais. 2015.

DURAND, M. K. **Promoção da autonomia da mulher na saúde da família**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2012. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/96435/304597.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11 set. 2016.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev Esc Enferm**. v. 47, n. 2, p. 288-295, 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_03.pdf. Acesso em: 10 set. 2016.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Antonovsky's Sense of Coherence Scale and It's relation with quality of life: A systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**. v. 61, n. 11, p. 938-944, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17933950>. Acesso em: 11 set. 2016.

FERNANDEZ-CERVILLA, A. B.; PIRIS-DORADO, A. I.; CABRER-VIVES, M. E.; BARQUERO-GONZALEZ, A. Estado atual do ensino de Terapias Complementares na formação superior de Enfermagem na Espanha. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 679-686, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0679.pdf>. Acesso em: 26 set. 2015.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. **Atenção primária e promoção da saúde**. In: Ministério da Saúde (BR). As cartas da promoção da saúde. Brasília: O Ministério, 2002, p.7-18.

FIORAVANTI, C. **Mandalas**: como usar a energia dos desenhos sagrados. Editora Pensamento, 2017.

FLORIANÓPOLIS (SC). Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Informações em Saúde**. Florianópolis, 2014. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/>. Acesso em: 11 set. 2016.

_____. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 047/2010**. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_03_2011_17.11.15.09e3252eee513041fb6dd3d5e03189f7.pdf>. Acesso em: 26 set. 2015.

_____. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa 004/2010**. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/28_03_2011_17.12.00.60d5ba403d4f2df64b2e41705b0d64ca.PDF>. Acesso em: 06 out. 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Saúde Lagoa da Conceição. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/uls.php?id_uls=49. Acesso em: 10 set. 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 60ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

_____. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 36ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAG, V. L.; DALMOLIN, I. S.; BADKE, M. R.; ANDRADE, A. D. Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n.4, p. 1032-1040, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01032.pdf>. Acesso em: 26 set. 2015.

GADOTTI, M. **Paulo Freire, uma biobibliografia**. São Paulo, Cortez: Instituto Paulo Freire. Brasília, DF: UNESCO, 1996.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 296f. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo - USP, 2006. Disponível em: http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/TESE_IVONETE_TERESINHA_SCHUELTER_BUSS_HEIDEMANN.pdf. Acesso em: 22 set. 2015.

_____. **Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemáticas.** Projeto de Pesquisa, (Edital MCT/CNPq 014/2011 - Jovens Pesquisadores) – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde - NEPEPS. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2011.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P. D.; BOEHS, A. E.; et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.** v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. D. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Santa Catarina:** Florianópolis. IBGE, 2015.

Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420540&search=santa-catarina|florianopolis>. Acesso em: 11 set. 2016.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2050:** revisão 2006. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IUHPE. International Union for Health Promotion and Education.

Declaração de Curitiba. 2016. Disponível em:

http://www.iuhpeconference2016.com/noticias/noticia_int.php?id_noticia=79. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. International Union for Health Promotion and Education. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/index.php/en/>. Acesso em: 10 set. 2016.

JOOS, S.; GLASSEN, K.; MUSSELMANN, B. Herbal Medicine in Primary Healthcare in Germany: The Patient's Perspective. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2012, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/294638>. Acesso em: 02 fev. 2016.

KLEBA, M. E.; VENDRUSCOLO, C.; FONSECA, A. P. D.; METELSKI, F. K. Práticas de reorientação na formação em saúde:

relato de experiência da universidade comunitária da região de Chapecó. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 2, p.408-414, 2012. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11709/pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

KUREBAYASHI, L. F. S. Acupuntura e Enfermagem. In: SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. Enfermagem e as Práticas Complementares em Saúde. São Paulo: Yendis, 2011. p.19-42.

KWON, Y. D., PITTLER, Y. D., ERNST, M. H. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. A systematic review and meta-analysis. *Rheumatology* 2006; 45 (11): 1331-1337.

LABONTE, R. **Centre for health promotion**. Toronto: University of Toronto, 1993.

LEININGER, M. Culture care diversity & universality: a theory of nursing. New York (US): National League for Nursing Press, 1991. 419p.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130133.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

LINDSTRÖM, B.; ERIKSSON, M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. **Health Promotion International**. v. 21, n. 3, 2006. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/3/238.full>. Acesso em: 11 set. 2016.

LOPES, M. S. V.; MACHADO, M. F. A. S.; BARROSO, L. M. M.; et al. Promoção da Saúde na Percepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 1, n. 14, p.60-70, 2013. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/download/3327/2565. Acesso em: 10 set. 2016.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **Revista de Saúde Coletiva**. v. 15, p. 145-176, 2005.

_____. **Medicina e racionalidades médicas**: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM, organizadora. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Editora Hucitec, 2000, p. 181-200.

LUZ, M. T.; BARROS, F. B. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n. 4, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400022. Acesso em: 10 set. 2016.

MACKAY, N.; HANSEN, S.; MCFARLANE, O. Autonomic nervous system changes during Reiki treatment: a preliminary study. **J Altern Complement Med**. v. 10, n. 6, p. 1077-81, 2004.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 6, p. 1767-1775, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1767.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

MAIA, A. R. DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. **A historicidade filosófica do conceito promoção da saúde na perspectiva das conferências internacionais**. 2015. Anais do I Simpósio Internacional de Promoção da Saúde: Diálogo com os determinantes sociais. 2015.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M.; SILVA, M. M. A. D.; et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1683.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública**. Campinas: Papiurus, 1985.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NEVES, R. G.; PINHO, L. B. D.; GONZÁLES, R. I. C.; et al. O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares no contexto da atenção básica. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v. 4, n. 3, p. 2502-09, 2012. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1767/pdf_584. Acesso em: 26 set. 2015.

OLIVEIRA, R. M. J. **Efeitos da prática do reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado.** São Paulo, 2013. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **1ª Conferência internacional sobre promoção da saúde.** Carta de Ottawa. 1986.

_____. Organização Mundial da Saúde. **2ª Conferência internacional sobre promoção da saúde.** Declaração de Adelaide. 1988.

_____. Organização Mundial da Saúde. **3ª Conferência internacional sobre promoção da saúde.** Declaração de Sundsvall. 1991.

_____. Organização Mundial da Saúde. **4ª Conferência internacional sobre promoção da saúde.** Declaração de Jacarta. 1997.

_____. Organização Mundial da Saúde. **5ª Conferência internacional sobre promoção da saúde.** Declaração do México. 2000.

_____. Organização Mundial da Saúde. **6ª Conferência internacional sobre promoção da saúde.** The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 2005.

_____. Organização Mundial da Saúde. **7ª Conferência internacional sobre promoção da saúde.** Nairobi 2009. 2009.

_____. Organização Mundial da Saúde. **8ª Conferência internacional sobre promoção da saúde.** Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas. 2013.

_____. Organização Mundial da Saúde. **9ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** 2016.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Traditional Medicine Strategy 2014-2023.** OMS, 2014.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia sobre Medicina Tradicional 2002-2005.** Genebra: OMS, 2006.

_____. Organización Mundial de la Salud. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.** Genebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.

OPS. Organização Panamericana de Saúde. **Caribbean charter for health promotion: Port-of-Spain, Trinidad.** Washington: OPS, 1993.

PEREIRA, L. F. **Práticas integrativas e complementares na atenção básica à saúde: na direção da autonomia do usuário**. 2016. Trabalho de Conclusão da Residência (Especialização) – Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

ROBERTSON, A. Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health. **Health Promotion International**. Oxford University Press. v. 13, n. 2, p. 156-166, 1998.

ROCHA, D. G.; ALEXANDRE, V. P.; MARCELO, V. C.; et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4313.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

RODRIGUES, D. M. O.; HELLMANN, F.; SANCHES, M. P. A Naturologia e a Interface com as Racionalidades Médicas. **Cad. acad. Tubarão**, v. 3, n. 1, p. 24-36, 2011. Disponível em: http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Cadernos_Academicos/article/view/668/619#.VhcEPOxViko. Acesso em: 26 set. 2015.

ROOTMAN, I.; PEDERSON, A.; DUPÉRÉ, S.; O'NEILL, M. **Health Promotion in Canada: Critical perspectives on practice**. 3. ed. Toronto: Canadian Schoolars' Press Inc., 2012. 354 p.

ROSA, C.; CÂMARA, S. G.; BÉRIA, J. U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n. 1, p. 311-318, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a33.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

RYAN, C. D. Disponível em: http://ezinearticles.com/expert/Courtney_D_Ryan/1891096. Acesso em: 10 set. 2016.

SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. D. **Enfermagem e as Práticas Complementares em Saúde**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011.

SAMPAIO, L. A.; OLIVEIRA, D. R. D.; KERNTOPF, M. R.; JÚNIOR, F. E. D. B.; MENEZES, I. R. A. D. Percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o uso da fitoterapia. **Rev Min Enferm**. v. 17, n. 1, p. 76-84, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/580>. Acesso em: 10 set. 2016.

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. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 17, n. 11, p. 3011-3023, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

SAUPE, R. Esquema do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire. 1999.

SILVA FILHO, C. C. D.; DRAGO, L. C.; MAESTRI, E.; et al. **Da pirâmide para o círculo**: em busca de práticas educativas participativas em saúde. In: PRADO, M. L. D.; SCHMIDT, K. R. Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p. 141-156.

SILVA, E. D. C. da.; TESSER, C. D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n.11, 2013.

SILVA, K. L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida Cotidiana**. 2009 [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c162ce4bc5b6.pdf. Acesso em: 22 set. 2015.

SPERÂNDIO, A. M.; CARVALHO, F. F. B. D.; NOGUEIRA, J. 10 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde: trajetórias e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**. v.21, n.6, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601681. Acesso em: 10 set. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STATCHENKO, S.; JENICECK, M. **Concept ual differences between prevention and health promotion**: research implications for community health programs. Canadian Journal of Public Health, v. 81, p.53-59, 1990.

SUTHERLAND, R. W.; FULTON, M. J. **Health promotion**. In: SUTHERLAND, R.W.; FULTON, M. J. (Org.). Health Care in Canada. Ottawa: CPHA, 1992.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucas exploradas. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/09.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

TESSER, C. D.; GARCIA, A. V.; ARGENTA, C. E.; VENDRUSCOLO, C. R. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de Equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. **R. Saúde Públ.** v. 3, n. 1, 2010. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/68/111>. Acesso em: 31 mai. 2016.

THIAGO, S. D. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev Saúde Pública**. v. 45, n. 2, p. 249-257, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2243.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

VARGAS, N. R. C. **Os usuários e as terapias complementares no cuidado à saúde em uma Organização Não Governamental**. Dissertação de Mestrado. Pelotas (RS). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: Vasconcelos, E. M, organizador. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2006, p. 13-160.

WHO. World Health Organization. **The Ottawa Charter For Health Promotion**. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>. Acesso em: 10 set. 2016.

WITT, C. M., JENA, S., BRINKHAUS, B., LIECKER, B., WEGSCHEIDER, K., WILLICH, S. N. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee or hip: a randomized, controlled trial with an additional nonrandomized arm. **Arthritis Rheum**. v. 54, n. 11, p. 3485-93, 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Indiara Sartori Dalmolin, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, orientada pela Professora Dra. Ivonete T. S. Buss Heidemann, sou a pesquisadora responsável pelo projeto intitulado: “Práticas integrativas e complementares na atenção primária: caminhos para promover o sistema único de saúde” que constitui um dos requisitos para a conclusão do curso de mestrado. Este projeto de dissertação tem como objetivo compreender a percepção de profissionais da equipe saúde da família quanto à utilização das práticas integrativas e complementares (PIC) como ação de promoção da saúde, na Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis/SC.

Convidamos você a participar desta pesquisa que será realizada em Círculos de Cultura, que serão em número de quatro a serem desenvolvidos no Centro de Saúde onde você está vinculado profissionalmente, durante as reuniões semanais de equipe. Os Círculos serão gravados, filmados e fotografados. Você poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos. Serão abordados nos Círculos de Cultura, assuntos pertinentes as PIC e a promoção da saúde.

Os dados referentes ao estudo são confidenciais, suas informações serão utilizadas unicamente nesta pesquisa e sua identificação não será revelada, para tanto serão utilizados codinomes referentes aos principais conceitos de Paulo Freire. Reafirmamos que nos colocamos disponíveis para quaisquer esclarecimentos em todo o decorrer do estudo. Todos os participantes da pesquisa podem ser considerados beneficiados, uma vez que os resultados obtidos propiciarão uma maior compreensão acerca das PIC como ação de promoção da saúde, por estarem constantemente discutindo/refletindo, junto à pesquisadora, estratégias para promover saúde a partir da utilização das PIC. Por caracterizar-se como uma pesquisa participativa, profissionais de saúde da equipe saúde da família estarão em constante diálogo com as pesquisadoras e poderão discutir quaisquer dúvida relacionada à pesquisa ou outra temática de interesse.

O grau de risco a que os participantes da pesquisa serão expostos pode ser considerado mínimo, pois a participação dos profissionais de saúde nos Círculos de Cultura não oferece risco à sua integridade física, podendo gerar algum desconforto psicológico decorrente das reflexões.

Caso haja sensações e reações emotivas, o sujeito receberá suporte das pesquisadoras envolvidas. Além disso, a pesquisa poderá eventualmente provocar cansaço físico aos participantes durante a realização dos encontros; no entanto, será respeitada a sua necessidade de descanso, alimentação e higiene.

Caso haja algum desconforto garantimos estar a sua disposição para ouvi-lo e interromper o Círculo de Cultura. Você terá direito a retirar seu consentimento de participação nesta pesquisa, sem qualquer ônus bastando para tanto entrar em contato com as pesquisadoras, por meio dos seguintes contatos: Indira Sartori Dalmolin. Endereço: Rua Deputado Antônio Edu Vieira, nº 1620, 305C. Pantanal. Florianópolis. CEP: 88040001. Fone: (48) 99637065. E-mail: indi2007dalmolin@hotmail.com e Dra. Ivonete T. S. Buss Heidemann. Endereço: Campus Universitário Trindade, CEP: 88040-900, Florianópolis/SC, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, sala 511. Fone: (48) 99999263. E-mail: ivoneteheideman@gmail.com; e se necessário, por meio do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo seguinte contato: Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis/SC. Fone: (48) 37216094. E-mail: cep.proresp@contato.ufsc.br. Este projeto atende a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. O termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) será impresso em duas vias assinado e rubricado, ficando uma via em poder do participante.

Informamos que a sua participação não terá nenhum custo e de que igualmente não serão feitos qualquer ressarcimento, exceto se houver danos comprovadamente vinculados ao estudo em questão.

Ao assinar este documento, você aceitará participar do estudo.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido de forma clara e detalhada sobre a presente pesquisa, concordo e aceito livremente participar da mesma.

Assim, eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa. Estou ciente que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Florianópolis, ____ de ____ de 2017.

Assinatura do participante da pesquisa

Pesquisador Principal Responsável
Dra. Ivonete T. S. Buss Heidemann

Pesquisador Principal Assistencial
Mestranda Indiara Sartori Dalmolin

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: (RE)AFIRMANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Pesquisador: Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61607316.4.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.828.562

Apresentação do Projeto:

Trata-se o presente de projeto de mestrado orientado pela Prof. Dra. Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann pertencente ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulado Práticas integrativas e complementares (PIC) na atenção primária: (re)afirmando a promoção da saúde. O presente estudo problematiza a importância da utilização das PIC como ações de promoção, na busca pela efetivação do conceito ampliado e positivo de saúde, além do fortalecimento da autonomia e empowerment dos usuários do SUS. Assim, o estudo tem como objetivo compreender a percepção de profissionais da equipe saúde da família quanto à utilização das práticas integrativas e complementares como ação de promoção da saúde, na Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis/SC. Dessa maneira trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter participativo, articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire, constituído de quatro momentos dialéticos: investigação temática; codificação; decodificação; e desvelamento crítico. A pesquisa será desenvolvida no município de Florianópolis e os participantes serão os profissionais das equipes Saúde da Família dos dois Centros de Saúde (CS), enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos/auxiliares de enfermagem, técnicos/auxiliares de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que aceitarem participar dos Círculos de Cultura. Com base nos dois CS, que juntos totalizam cinco equipes de Estratégia de Saúde da

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.828.562

Família (ESF), estima-se a participação de 40 sujeitos nesta pesquisa. Será utilizado círculos de cultura que caracteriza-se por um grupo de pessoas com algum interesse comum que se reúnem para refletir sobre seus problemas, situações de vida, compartilhar vivências, construir uma percepção mais profunda da realidade e elaborar coletivamente estratégias concretas de intervenção

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a percepção de profissionais da equipe saúde da família quanto à utilização das práticas integrativas e complementares como ação de promoção da saúde, na Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis/SC

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores apontam que este estudo durante a realização dos encontros de grupo, que seguem a proposta de Círculos de Cultura, existe o risco de ocorrer sensações e reações emotivas, decorrentes da comunicação entre pares, pois existem palavras que proporcionam conflitos vinculados as reações individuais que denotam surpresa, satisfação ou insatisfação não intencionais dos participantes. Além disso, a pesquisa poderá eventualmente provocar cansaço físico aos sujeitos durante a realização dos encontros; no entanto, será respeitada a sua necessidade de descanso, alimentação e higiene. Caso haja algum desconforto os pesquisadores garantem estar à disposição para ouvir o participante e interromper, se necessário, o Círculo de Cultura.

Como benefícios os autores acreditam que esta pesquisa trará contribuições para a área da saúde, para os profissionais da ESF, para os usuários do SUS e para a ciência produtora de conhecimento. Para a saúde, especialmente o lócus da APS espera-se que as PIC sejam compreendidas como estratégia promotora de saúde, sendo incorporadas ao processo de trabalho, como a primeira opção de cuidado. Para os profissionais da ESF espera-se por meio dos Círculos de Cultura, metodologia proposta, momentos de reflexão, discussão e apropriação do referencial das PIC como ações de promoção da saúde. No que se refere aos usuários do SUS acredita-se que a pesquisa possibilite qualificação da atenção, com incorporação das PIC como ações de promoção da saúde. E para a ciência, há o desejo de que essa pesquisa estimule o despertar de novos conhecimentos no campo das PIC, (re)afirmando a promoção da saúde na APS como eixo transversal da atenção, no sentido da busca pela autonomia e empowerment individual, coletivo e social dos indivíduos.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.828.562

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta relevância científica com objetividade, boa fundamentação teórica e clareza metodológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se adequado nas normas previstas na resolução 466/2012 do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_815486.pdf	31/10/2016 20:54:34		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	31/10/2016 20:52:24	Ivonete Teresinha Schüler Buss Heidemann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	31/10/2016 20:49:28	Ivonete Teresinha Schüler Buss Heidemann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO.pdf	31/10/2016 20:49:03	Ivonete Teresinha Schüler Buss Heidemann	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	31/10/2016 19:35:52	Ivonete Teresinha Schüler Buss Heidemann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.828.562

FLORIANOPOLIS, 21 de Novembro de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br