

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

DIEGO DIZ FERREIRA

**Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no cuidado
em Saúde Mental: A experiência em Unidades Básicas de
Saúde em Florianópolis**

Florianópolis
2016

DIEGO DIZ FERREIRA

Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no cuidado em Saúde Mental: A experiência em Unidades Básicas de Saúde em Florianópolis

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de Políticas, Sistemas, Programas e Serviços em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Florianópolis
2016

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

Ferreira, Diego Diz

Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no
cuidado em Saúde Mental : A experiência em Unidades
Básicas de Saúde em Florianópolis / Diego Diz Ferreira ;
orientador, Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira -
Florianópolis, SC, 2016.

85 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Práticas
Integrativas e Complementares (PICs). 3. Medicina
Tradicional Chinesa (MTC). 4. Unidade Básica de Saúde. 5.
Análise Institucional de Discurso. I. Oliveira, Prof. Dr.
Walter Ferreira de . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial. III. Título.

Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no cuidado em Saúde Mental: A experiência em Unidades Básicas de Saúde em Florianópolis

Diego Diz Ferreira

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de Políticas, Sistemas, Programas e Serviços em Saúde Mental.

Prof^a. Dra. Magda do Canto Zurba
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Prof^a. Dra. Fátima Buchele Assis

Prof^a. Dra. Sandra Noemi Cucurullo De Caponi

Prof. Dr. Fernando Hellmann

Em si mesmos, não há nada de particularmente danoso ou enganoso em relação a mapas simbólicos – eles tem imenso valor prático e são indispensáveis à sociedade civilizada. Entretanto, como Schroedinger assinalou, o problema surge logo que nos esquecemos de que o mapa não é o território ,logo que confundimos nossos símbolos da realidade com a própria realidade.

Ken Wilber

Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no cuidado em Saúde Mental: A experiência em Unidades Básicas de Saúde em Florianópolis.

RESUMO: A Atenção Básica foi identificada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006) como o principal lócus de implantação e difusão dos saberes Tradicionais Terapêuticos no Sistema Único de Saúde. Em 2010 foi criada no município a Comissão Municipal para implantar e regulamentar as práticas e também com as funções de assessoria técnica, educação permanente, estudos, pesquisa e ações intersetoriais. O presente Relatório Técnico Científico visou realizar um diagnóstico analítico institucional de como tais práticas vem sendo utilizadas na atenção básica do município e mais especificamente de como se estabelece a interface entre PICs e as demandas de saúde mental nas Unidades Básicas selecionadas. Para isso foi utilizada a metodologia de estudo de caso (Yin,2001) e a *Análise Institucional de Discurso* (Guirado,1995/2005) instrumentalizando a coleta e interpretação dos resultados. Foram selecionadas duas Unidades Básicas de Saúde, uma pertencente ao distrito sanitário Leste, a UBS Lagoa da Conceição e a segunda do distrito sanitário Sul, UBS Armação. Foram realizadas 15 entrevistas com profissionais atuantes em PICs no município, sendo atores da assistência e gestores. Identificou-se que nas unidades analisadas as PICs vem sendo utilizadas de forma promissora e avançam na consolidação de ser uma modalidade de trabalho realizada não de forma isolada pelos profissionais, mas sim, como uma práxis de cuidado já instituída e incorporada nas unidades básicas de saúde analisadas, configurando *uma cultura institucional em PICs*. A presença das PICs foi percebida na instrumentalização das demandas de saúde mental, principalmente em casos de distúrbios da ansiedade e do humor. Das várias práticas empregadas, as oriundas da Medicina tradicional Chinesa (MTC) apresentam maior permeabilidade entre os profissionais, sendo também, uma das racionalidades mais focalizadas nos cursos de educação permanente. Embora práticas como yoga e fitoterapia estejam presentes foi identificada a auriculoterapia como a principal estratégia em PICs utilizada para as demandas de saúde mental na rede básica, sendo executada por diversos tipos de profissionais da saúde de nível médio e superior. Identificou-se que para as PICs terem sua eficácia potencializada no atendimento as demandas *psi*, sua base epistêmica não deve ser foracluída da atuação prática. Ainda, questões de ordem corporativista e da orientação ideológica no processo de educação permanente em PICs no município devem ser

problematizadas, permitindo que as PICs se apresentem como eficientes dispositivos matriciadores da saúde mental na UBS, constituindo um tipo de discursividade redutora dos processos iatrogênicos tanto do ponto de vista clínico como também no âmbito social e cultural.

Palavras Chaves: Práticas Integrativas e Complementares (PICs), Medicina Tradicional Chinesa (MTC); Saúde Mental; Unidade Básica de Saúde; Análise Institucional de Discurso.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS: A EMERGÊNCIA DO DISCURSO INTEGRATIVO EM FLORIANÓPOLIS.....	13
1.2 O DISCURSO INTEGRATIVO E O DISCURSO BIOMÉDICO: UMA ANÁLISE EPISTEMOLÓGICA E POLÍTICA DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE E SEUS PARADIGMAS.....	16
1.3 O DISCURSO INTEGRATIVO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	25
2. OBJETIVOS	31
2.2 GERAL	31
2.2 ESPECÍFICO:.....	31
3. METODOLOGIA	33
4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	37
5. RESULTADOS	39
5.1 NO QUE SE REFERE AOS CENTROS DE SAÚDE: O DISCURSO INSTITUCIONAL:.....	39
5.2 NO QUE SE REFERE AO PROFISSIONAL EM SUA PRÁXIS DE TRABALHO EM PICS:	40
5.3 NO QUE SE REFERE AS PICS E O ATENDIMENTO AS DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL:	44
5.4 NO QUE SE REFERE A MTC (MEDICINA TRADICIONAL CHINESA) RACIONALIDADE E SUA EXECUÇÃO:	46
5.5 NO QUE SE REFERE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PICS:	46
6. DISCUSSÃO	49
7. SUGESTÕES PARA O APERFEIÇOAMENTO DO TRABALHO EM PICS NO MUNICÍPIO	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	77
ANEXO I.....	78
ANEXO II	79

1. INTRODUÇÃO

1.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS: A EMERGÊNCIA DO DISCURSO INTEGRATIVO EM FLORIANÓPOLIS.

Atendendo a diversas influências de nível internacional e local, os sistemas terapêuticos tradicionais e as práticas de cuidado alternativas ao sistema biomédico passaram a fazer parte da oferta de serviços da rede Pública de Saúde. De forma mais sistematizada, o processo se deu com a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* (Brasil, 2006), garantido ao usuário o direito a um olhar ampliando sobre seu sofrimento. Ao serem integradas as práticas tradicionais de tratamento na Atenção Básica possibilita-se e materializa-se na assistência a pluralidade epistemológica, requisito fundamental para uma ação integral (Pinheiro e Mattos, 2003).

De acordo com a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no SUS* (2006), o campo por elas abrangido contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa. Como identificado na política nacional, esses sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção, de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. (Brasil, 2006).

De acordo com dados oferecidos pela coordenação *da Comissão de Práticas Integrativas e Complementares* do município (CPICs) em entrevista concedida ao pesquisador, várias são as racionalidades que sustentam o trabalho em PICs no município, mas ocupa destaque a Medicina Tradicional Chinesa que por contemplar várias técnicas terapêuticas acaba por influenciar vários tipos de trabalho. O que ocorre também com a medicina Indiana Ayurvédica, que se apresenta como outra racionalidade articuladora dos fundamentos conceituais de práticas que vem ganhando notória popularidade e interesse como o yoga.

Além dessas tradições, existe no município trabalhos com racionalidades ditas mais recentes como é o caso da homeopatia e uso

terapêutico da fitoterapia que está presente em várias racionalidades tanto orientais como ocidentais. O trabalho com outras racionalidades como o termalismo ainda não possui grande desenvolvimento no município. Práticas não contempladas pela Política Nacional como o xamanismo e os trabalhos de benzedadeiras locais são recursos utilizados pela comunidade assistida, embora sejam práticas ainda não estudadas e investigadas pela Comissão do município, que compreende ser necessário o mapeamento e cartografia dos recursos tradicionais utilizados pelas comunidades locais para pensar e problematizar o papel das PICs em diálogo com o território assistido pela UBS.

O desenvolvimento dos recursos tradicionais no município vem de encontro a sistematização e formalização da Política Nacional, que por sua vez, é consequência de um reconhecimento mundial da eficácia desses sistemas médicos, como a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Tradicional Indiana, a Homeopatia, a Fitoterapia, bem como, de diversas experiências bem-sucedidas de aplicação desses recursos na saúde pública de forma associada a outras racionalidades. De acordo com a Política Nacional de PICs (2006), esses recursos tradicionais apresentam grande paralelismo com as políticas de cuidado do SUS e sobretudo, da lógica de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. (Brasil, 2006).

Frente a grande convergência nas propostas de cuidado, a direção da Política Nacional e as portarias municipais que regulamentam as PICs priorizam a inserção desses recursos na atenção primária em saúde, essencialmente na estratégia de saúde da família, fortalecendo o modelo adotado pelo município e proporcionando mais uma ferramenta terapêutica ao profissional de saúde da rede básica.

Em março de 2010, por meio da Portaria *GAB/SSN° 010/2010*, foi nomeada uma Comissão para implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na rede municipal de Saúde de Florianópolis, que por meio da Portaria 047/2010, institucionalizou as Práticas Integrativas e Complementares na rede municipal de saúde, implantando normas gerais para o desenvolvimento das ações na área. Além de regulamentar as PICs, a Portaria também determina que a Comissão de PICs passe a ter caráter permanente com atribuições bem definidas como: assessoria técnica, educação permanente, estudos e pesquisa, ações intersetoriais e outras ações para o desenvolvimento da política (Florianópolis, 2010).

É importante destacar que a política tanto em nível federal como municipal, não cria uma nova forma de intervenção inexistente até então, afinal, essas propostas de cuidado já existiam na rede municipal,

todavia, ocorriam de forma fragmentada, não caracterizando um trabalho em equipe multiprofissional.

Vários profissionais por terem especialidades nas áreas dos saberes integrativos já faziam a sua forma, intervenções e ações pautadas nas bases conceituais desses saberes. O que se tem de novo com a política municipal em PICs é um processo de legitimação e regulamentação, institucionalizando esses saberes tradicionais ao lado das práticas vigentes, ou seja, institucionalizando uma nova discursividade e propondo recursos para a formação permanente em PICs dos profissionais da rede.

De acordo com dados oferecidos pela coordenação da comissão em PICs aos pesquisadores, até o presente momento dessa investigação, das 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, 35 unidades já foram sensibilizadas quanto a Política Nacional de PICs e aos objetivos de trabalho da comissão municipal, sendo que, 47 unidades tiveram algum tipo de registro em PICs desde a formalização da política no município em 2010.

A estratégia de Sensibilização realizada pela CPICs envolve um trabalho de pactuação e planejamento com as unidades das práticas integrativas a serem desenvolvidas. Para participar da sensibilização além do aceite e motivação da unidade, é requerido a participação de todos os funcionários do centro, a fim de caracterizar a pactuação de ações do grupo e não apenas ações individuais, como já ocorriam no município antes da política municipal. Durante a oficina um membro da CPIC é nomeado tutor da unidade de saúde para o apoio no desenvolvimento das ações pactuadas, monitoramento e avaliação, devendo, para isso, realizar visitas sistemáticas às unidades e incentivar os profissionais a registrar as atividades no Sistema de Informações *InfoSaúde*.

O trabalho de implantação das PICs optando por essa fase de sensibilização torna-se fundamental para criar uma “cultura institucional em PICs”, apesar do aceite da gestão do centro ser fundamental, muitas vezes não se torna possível a sustentabilidade cultural, administrativa e política junto a instituição, seus profissionais e a sociedade civil (incluindo o Conselho Municipal de Saúde), a fim de enraizar socialmente e institucionalmente as iniciativas, bem como, torna-las imunes à ciclicidade das mudanças dos governantes.(Santos; Tesser, 2012).

Como toda questão que envolve políticas de saúde o trabalho com PICs não está imune as lutas de poder, os corporativismos e as dificuldades estruturais do sistema em seus vários níveis.

Além dessas questões de ordem pragmática devemos ainda nos questionar como se dá no plano ideológico o encontro de racionalidades que embora tenham como funcionar de forma integrada e complementar, possuem em sua natureza conceitual fundamentos epistêmicos radicalmente distintos.

1.2 O DISCURSO INTEGRATIVO E O DISCURSO BIOMÉDICO: UMA ANÁLISE EPISTEMOLÓGICA E POLÍTICA DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE E SEUS PARADIGMAS

Com a adoção por parte do Sistema Único de Saúde das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), torna-se legítimo o uso das tecnologias tradicionais no cuidado ao usuário. Com isso é possível falarmos da existência de um arcabouço teórico, prático e ideológico, que o nomeamos de *Discurso Integrativo*, entendido principalmente como o conhecimento teórico e filosófico subjacente das PICs, sua raiz epistêmica. Tal conceituação torna-se necessária, haja vista que as práticas utilizadas não são apenas recursos técnicos, mas sim, uma práxis integrativa que traz no bojo de sua atuação fundamentos ideológicos, posturas filosóficas, visões de mundo e de homem.

Várias são as racionalidades ditas alternativas ou complementares as práticas contemporâneas, nos focalizemos a partir de agora principalmente na tradição da medicina Tradicional Chinesa (MTC), tal recorte justifica-se apenas do ponto de vista pedagógico, o que visa-se não é a explanação e caracterização desse sistema, mas sim tomando-o como um exemplo de racionalidade integrativa, realizar a busca de elementos balizadores para nos auxiliar na compreensão de como tais racionalidades dialogam com os discursos ocidentais, principalmente como a discursividade biomédica.

De crescente popularidade nos últimos anos, a Medicina Tradicional Chinesa caracterizada por ser um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China, é entendido como um sistema completo de cuidado. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando a integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. Sua cosmologia orienta-se e organiza-se a partir das leis do Taoísmo, sendo o objetivo desse conhecimento a obtenção de meios para equilibrar a dualidade constitucional. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no

corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento: acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais. (Brasil, 2006).

A MTC inclui ainda práticas corporais (liangong, chi gong, tuina, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (Fitoterapia Tradicional Chinesa), relacionadas à prevenção agravos e de doenças, promoção e recuperação da saúde. (Brasil, 2006).

Os estudos de Luz (1988) em seu rico trabalho sobre as *Racionalidades Médicas* apontam que o emprego desses recursos na Atenção em Saúde seria fundamental, uma vez que: (1) atuaria no reposicionamento do sujeito doente como centro do paradigma médico e não da doença como categoria principal; (2) na re-situação da relação curador-paciente como elemento fundamental da terapêutica; (3) ênfase na busca de meios terapêuticos simples, menos dependentes de tecnologia científica dura, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia nas situações mais gerais e comuns de adoecimento; (4) ênfase na construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente; e (5) afirmação de um saber/prática que tenha como categoria central a saúde e não a doença. (Luz, 1988 ; 2005).

Como bem assinalam Andrade e Campos (2010) as práticas integrativas e complementares no SUS, em meio a um itinerário de crescente legitimação, valorizam recursos e métodos não biomédicos relativos ao processo saúde/doença/cura, enriquecendo as estratégias diagnóstico/terapêuticas e favorecendo o pluralismo médico no Brasil. Desse modo, o atual sistema público de saúde transporta para seu interior outros saberes e racionalidades de base tradicional, que passam a conviver com a lógica e os serviços convencionais da biomedicina.

Dessa forma assinala-se como grande desafio a implantação e execução dessas lógicas de cuidado sem com que sejam subtraídas e engolfadas pela hegemonia da lógica biomédica, tornando-as mais um recurso técnico para se somar ao instrumental do biopoder (Foucault, 1977).

Lee (1994) aponta que a entrada dessas práticas e principalmente da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) no Brasil, deu-se basicamente por dois referenciais: um americano, fundamentado em um *pragmatismo da técnica* que visa desarticular os fundamentos teórico-filosóficos do diagnóstico e da intervenção, culminando em uma leitura neurofisiológica dos fenômenos, e um referencial francês inspirado na

linha de Soulié de Morant, cônsul francês responsável pela tradução da acupuntura para a linguagem “energética”, na Europa dos anos trinta (Nascimento, 1997), e desenvolvida em trabalhos como o de Faubert e Crepon (1990), que não desarticulam a lógica filosófica da prática e da diagnose.

A diferença entre tais propostas torna-se fundamental ao observarmos que a Política de Práticas Integrativas e Complementares do SUS regulamenta a intervenção *tradicional* da Acupuntura, e não apenas suas adaptações que visam à ocidentalização da prática. O fato de serem complementares à outras práticas, não significaria que sua base conceitual deva ser destituída e substituída.

Com a ocidentalização da prática da MTC é cada vez mais comum o emprego do diagnóstico médico padrão, alicerçado na lógica cartesiana biomecânica e o uso da técnica tradicional, seguindo um protocolo médico, principalmente no caso da acupuntura, (Pérez, 2008), desarticulando assim a fundamentação teórica, cosmológica da técnica de sua execução. Isso pode ser facilmente compreendido uma vez que ao adotar a cosmologia desses saberes tradicionais, provoca-se um incomodo na mente do ocidental, haja vista que com eles, se traz à baila uma lógica vitalista que concebe o processo de adoecimento em seu primeiro nível, ou seja, como um desequilíbrio energético, no âmbito do espírito e não da matéria, devendo a correção começar no nível vibracional.

A retirada dos fundamentos energéticos de práticas como a acupuntura, não ocorre apenas no ocidente, com a República Popular da China, já se inicia um processo de aproximar o saber tradicional da lógica ocidental, reduzindo o emprego das explicações cosmológicas, que se encontravam em conflito com as doutrinas do partido comunista, todavia, observa-se que permanece ainda constante na prática clínica dos médicos chineses a lógica de diagnóstico e intervenção fundada na busca da compreensão do desequilíbrio vital e harmonização das forças conflitivas. (Chuen,2000).

O encontro dessas racionalidades tão diferentes em suas lógicas nem sempre se dá de forma integral e promissora, uma das razões disso é o que Menendez (2010) chamou de modelo médico hegemônico. Esta hegemonia apresenta viés corporativista, mercantilista e biologicista, envolvendo uma perspectiva filosófica positivista e práticas de tendência autoritária, controladora e medicalizante (Tesser,2010), que por sua força instituída acaba por reduzir os efeitos promissores e inovadoras de outras estratégias de cuidado.

Com isso, devemos perguntar: podem as PICs, como por exemplo, a Medicina Tradicional Chinesa, terem preservadas suas potencialidades mesmo quando geridas em um espaço de hegemonia bio-médica?

Como nos indica Luz (1988) o encontro de racionalidades distintas coexiste, às vezes de maneira conflituosa, às vezes de maneira pacífica e mais ou menos integrada, freqüentemente de modo híbrido ou sincrético, tanto em termos teóricos como empíricos, isto é, justapondo ou integrando numa “*colagem prática*”.

O fato dessa “*colagem prática*” ser confundida com integralidade, é o que pontuamos como algo necessário de ser observado, como indica Tessser (2010), a potencialidade integral pode ser reduzida e neutralizada se compreendida como uma miscelânea terapêutica, ocasionando problemas em nível clínico e também no âmbito da cultura, *iatrogenias da técnica* e *iatrogenias sociais e culturais*. (Illich,1975).

As PICs como qualquer pratica em saúde também, estão sujeitas a tais níveis de iatrogenias e regulação pelo mercado, todavia, é mister destacar que as forças políticas sustentadoras das práticas biomédicas e das práticas tradicionais integrativas são dispares. Com o desenvolvimento das tecnologia médicas altamente complexas, do empreendedorismo farmacêutico de medicalização social e de uma visão biomecânica do ser doente, se estabelece uma tendência crescente da lógica biomédica em destituir o sujeito de suas potencialidades curativas. Ainda que esses processos não possam ser imputados apenas à ação médica, as formas de interpretação e ação biomédicas tendem a reforçar, por exemplo, a medicalização social e a tendência de reduzir os adoecimentos a problemas da “máquina humana” que a tecnologia químico-cirúrgica irá resolver (Tesser, 2008, 2009).

Como bem identifica Camargo (1993) a medicina científica moderna, a partir do nascimento da clínica descrito por Foucault (1980) até os dias atuais, desenvolveu progressivamente entre seus praticantes e pesquisadores um imaginário nitidamente mecanicista e analítico, em que o todo é dado pela soma das partes e impera uma noção de causalidade linear, apesar das mudanças ocorrida na física nas últimas décadas, a lógica biomédica resiste em se desidentificar dessa posição. Tesser (1999), seguindo o raciocínio de Illich (1975), argumenta ser a biomedicina indispensável e necessária e, simultaneamente, inadequada e perigosa, uma vez que sua prática social, relativamente homogênea, é fortemente iatrogenica em nível cultural, com um efeito difuso e nocivo

diminui o potencial cultural das pessoas para lidar autonomamente com situações de sofrimento, enfermidade, dor e morte.

A hipótese de Luz, (1988) é a de que existem problemas epistemológicos no saber/prática da lógica biomédica que geram o que podemos chamar de uma *crise de harmonia clínica* (Tesser e Luz 2002). Essa crise é expressa em diversos dilemas como principalmente na falta de comunicação e confiança entre terapeuta e doentes.

Tal mal-estar contemporâneo e essa *crise de harmonia clínica* é fruto de várias crises que se foram processando na lógica médica. Luz (1988) identifica uma tripla cisão responsável por esse mal estar: (1) a cisão entre ciência das doenças e arte de curar (episteme), desenvolvida no pensamento médico ao longo dos últimos três séculos; (2) a cisão na prática médica de combate às doenças (práxis) entre diagnose e terapêutica, desenvolvida sobretudo a partir do fim do século XIX; finalmente, (3) a cisão no agir clínico (Techne) da unidade relacional terapêutica médico-paciente, através do progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente, pela interposição das tecnologias "frias", a partir da segunda metade do século XX.

Para a autora essa tripla cisão constitui uma das explicações sócio-antropológicas plausíveis para a grande procura de outras racionalidades médicas e suas interfaces, nos últimos 30 anos, no mundo ocidental, configurando o florescimento do que se denominou, em termos do *establisment* médico, de "terapêuticas alternativas". Sendo essas a explicitação do profundo mal-estar que atinge atualmente esse *establisment*, sob a designação de "crise da medicina", ou, mais recentemente, de "crise de paradigma da medicina". (Luz, 1988).

Com isso questionemos, poderiam as práticas integrativas serem agentes revigorantes dessa *crise de harmonia clínica na medicina*? Seriam as PICs capazes de atuarem de forma autônoma não sendo engolfadas pelas lógicas hegemônicas?

Tais questionamentos nos trazem à baila a discussão sobre uma das modalidades e escolas de acupuntura, a chamada "*Acupuntura Médica*", bem como o interesse do Conselho Federal de medicina via Ato médico em restringir a prática desse recurso da MTC aos profissionais médicos. Ao situarmos nossa discussão no campo das forças discursivas e entender o discurso como agente político e ato de poder (Foucault, 1996), devemos não apenas estar atentos aos choques epistêmicos entre as racionalidades tradicionais e biomédica, mas também desvelar como se dá tal processo no âmbito dos proselitismos e corporativismos que as práticas de saúde suscitam.

No início dos anos 1970 o Conselho Federal de Medicina rejeitou oficialmente a acupuntura e a reflexologia como atividades médicas. O Conselho de Medicina de São Paulo censurou publicamente o exercício médico de praticar acupuntura, indicando sanções aos profissionais que desatcassem a norma. A prática era considerada *charlatanismo* e *curandeirismo*. Embora em outros países a acupuntura estivesse sendo reconhecida e procurada como uma nova ferramenta de trabalho por vários profissionais, entre eles os médicos, no Brasil não acontecia o mesmo. (Rocha, 2015).

Já na década de 1980 começou um movimento de organização da acupuntura dentro dos trabalhos dos médicos e isso desencadeou a formação da Associação Médica Paulista de Acupuntura, que defendia a prática da acupuntura restrita a médicos. Tal movimento inicia-se após outras entidades de classe como os fisioterapeutas e biomédicos terem reconhecido o exercício da acupuntura como especialidade. (Rocha, 2015).

Em pesquisa realizada por Rocha (2015), o Ato Médico é considerado, pela maioria dos colaboradores da rede pública, como inconstitucional e um retrocesso em relação às diretrizes e os princípios estabelecidos na Constituição de 1988 para o Sistema Único de Saúde. Numa perspectiva geral, o Ato Médico, tal como formulado a priori, compromete o modelo de atenção à saúde que vem sendo preconizado pelo SUS, baseado no atendimento universal, igualitário e integral, por equipes multiprofissionais.

Como destaca Korin (2016) evidencia-se na atualidade duas modalidades de discurso: (1) *o campo discursivo da Acupuntura Médica* que entende como acupuntura a atividade médica e exclusiva do profissional médico. Academicamente tal perspectiva da ênfase para a explicação dos mecanismos neurofisiológicos da terapêutica, defendem a exclusividade médica da prática como sinônimo de segurança e eficácia do recurso. Paralelo a este grupo identifica-se um outro campo discursivo o da *Acupuntura Multiprofissional* (2) que considera a racionalidade médica chinesa possuidora de um aparato teórico conceitual próprio, independente da racionalidade médica, possuindo anamneses, diagnósticos e prescrições terapêuticas completamente distintas da medicina biomédica e por isso entende que seu campo de atuação é diferente e não deve ser prática exclusiva e privativa de nenhum profissional especificamente. Fazem parte desse grupo, classes de profissionais da enfermagem, fisioterapeutas, médicos (discordantes como o posicionamento de sua classe), psicólogos, biomédicos, terapeutas orientais e naturólogos.

A partir do ano 2000 inicia-se um período de judiacialização das práticas profissionais da acupuntura, tal judicialização revelou-se como uma tática recorrente pelas autarquias médicas, adotadas principalmente afim de monopolizar a prática pela classe médica. Em contrapartida, os dispositivos judiciais foram acionados pelos não médicos, afim de assegurar e garantir o exercício da acupuntura multiprofissional. Observou-se, nas decisões judiciais referentes a restrição à prática da acupuntura ausência de consenso jurisprudencial, bem como, um distanciamento ou desconexão com as normas e diretrizes das Medicinas Tradicionais e da política do SUS de garantia ao acesso democrático e universal da acupuntura com enfoque em sua prática multiprofissional e sua permeabilidade na Atenção Básica (Korin, 2016).

Paralelo a questão política corporativista que existe em torno da prática, não menos importante é discutirmos no que se diferencia a chamada *Acupuntura Médica*, e a *Acupuntura Tradicional*, uma vez que possuem concepções distintas do processo interventivo. Todavia algumas ressalvas devem ser feitas: O termo *Acupuntura Médica* é utilizado pois muitos dos defensores do grupo discursivo que militam pela exclusividade da acupuntura como prática médica são os próprios utilizadores dessa terminologia em suas produções, visando operar uma diferenciação entre a acupuntura tradicional, executada pelo grupo multiprofissional de uma acupuntura de especialidade médica, vide trabalhos de Carneiro, (2000); Cirilo, (2006); Dumitrescu, (1996); e Mong, (2005).

Outro ponto a ser elucidado é que existem dentro da classe médica autores que defendem o uso tradicional da técnica evidenciando ser fundamental o uso dos recursos tradicionais de diagnóstico e anamnese, não devendo serem descartados pelos médicos em sua prática de trabalho, importante expoente são Ross(1995), Yamamura (2001), Maciocia(2006, 2007).

Embora existam nuances entre os autores e defensores da acupuntura médica, de forma geral, identifica-se que opera em tal proposta uma compreensão que teorias como o conhecimento das substâncias vitais como, *Qi, Xue, Jin Ye e Jing*, do funcionamento energético, assim como a grande teoria que suporta todas as outras, a do Yin e Yang, são constructos desnecessários, tratam-se de modelos explicativos que podem ser preteridos sem prejuízo da prática, sendo tarefa fundamental desse viés explicativo a busca pelos mecanismo de ação da intervenção. Tal cisão na prática médica de combate às doenças entre diagnose e terapêutica, que segundo Luz (1988) é amplamente desenvolvida a partir do fim do século XIX, constituindo um dos pilares

da desarmonia clínica da prática médica, pode ser facilmente perceptível nessa operação simbólica.

Nessa modalidade usa-se a acupuntura perante um diagnóstico médico padrão, epistemologicamente baseado na racionalidade médica ocidental, não empregando os fundamentos de anamnese e diagnóstico da racionalidade que sustenta a intervenção. Neste tipo de técnica por abandonar o modelo explicativo cosmológico e da dinâmica vital e morfologia da Tradição, a teoria dos meridianos e dos órgãos internos, bem como, os exames de pulsologia e inspeção de língua passam também a serem “desnecessários”. Emprega-se o diagnóstico da lógica biomédica e utiliza-se para instrumentalizar a intervenção um manual com protocolos que orientam os médicos sobre os pontos a serem trabalhados. (Perez, 2008).

Seria a Acupuntura Médica, edificada nesses fundamentos, um exemplo do que Luz (1988) nomeia de miscelânea e “colagem prática”, na qual os fundamentos cosmológicos, dinâmica vital e morfologia da prática mãe são esquecidos e negligenciados? É mais importante que responder a isso seria: os fatores elucidados pela autora como causadores da desarmonia clínica das práticas médicas hegemônicas poderia ser transposto para o trabalho com as PICs?

O diagnóstico na MTC, assim como em qualquer sistema médico, é um pré-requisito para a determinação do tratamento e visa compreender como o paciente se insere dentro do seu contexto de vida e de que maneira interage com os fatores que o cercam. Esta abordagem é a aplicação prática da filosofia chinesa que vê o ser humano (microcosmo) em constante interação com o mundo (macrocosmo). O padrão de resposta de cada indivíduo, em dado momento, é categorizado em síndromes. A partir desse diagnóstico, é definido o plano de tratamento. É notável a diferença filosófica da medicina científica ocidental e a MTC, diferença essa que sobressai no quesito do diagnóstico. O diagnóstico na MTC e, portanto, na acupuntura, é mais sutil, pois envolve, além da avaliação física, uma profunda investigação do estado emocional e da vida da pessoa em seus múltiplos contextos, (Rocha, 2008).

Dessa forma cabe perguntarmos, poderia a Acupuntura ser empregada tendo sua base teórico filosófica substituída pelo diagnóstico biomédico? Seria viável a realização de um diagnóstico em uma racionalidade ocidental e a execução prática da técnica em uma racionalidade oriental? Seria isso complementaridade e integralidade?

Não apenas a MTC, mas grande parte das chamadas Medicinas Alternativas e Complementares, conforme diversos estudos apontam

(Luz, 1988 e Andrade e Costa, 2010), seguem um paradigma distinto do modelo materialista mecanicista. Em linhas gerais, essas abordagens da saúde e da doença, da diagnose, dos tratamentos terapêuticos e das doutrinas que lhes dão suporte concebem o ser humano como ser integral, não identificando barreiras entre mente, corpo e espírito, ao contrário do que faz a medicina convencional. Elas sinalizam para uma visão da saúde entendida como bem-estar amplo, que envolve uma interação complexa de fatores físicos, sociais, mentais, emocionais e espirituais. Nessa perspectiva, o organismo humano é compreendido como um campo de energia (e não um conjunto de partes como assume o modelo biomédico). Esse paradigma é denominado bioenergético, privilegiando a "visão do todo", para a qual se enfatiza a integração dos cuidados (Andrade e Costa, 2006).

Exemplo dessa integração é concepção da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) da doença. Nessa cosmovisão não se segmenta os problemas de saúde, seja como entidades físicas ou psicológicas. Um dos aspectos mais esclarecidos da Medicina Chinesa é que ela nunca criou um dualismo mente/corpo. Para um praticante da MTC, um acontecimento ou experiência emocional é simplesmente mais uma informação de diagnóstico, não diferente ou menos importante do que um sintoma ou sinal físico, e o trabalho interventivo deverá focar nos dois. Planos de tratamento usando a MTC tipicamente incluem certas tendências ou experiências emocionais como parte de todo o padrão de desarmonia a ser tratado. Na MTC tudo e qualquer sinal e sintoma é apenas entendido ou interpretado em relação a todos os outros, em uma análise altamente densa e complexa para o olhar ocidental. Assim não se necessita e nem se pode separar uma pessoa em fragmentos, tratando um sintoma ou parte dele à custa de outros. Cada parte só é relevante em relação ao todo da paisagem pessoal de cada paciente. Além disso, qualquer mudança ou até mesmo um sinal ou sintoma pode mudar o padrão inteiro, e, portanto, todo o plano de tratamento. (Marié, 1996).

O tratamento personalizado diminui a possibilidade de o paciente sofrer efeitos colaterais desnecessários. Suas técnicas de diagnóstico permitem ver com grande precisão cada indivíduo bem especificamente e, portanto, criar planos de tratamento que sejam igualmente precisos, ao tempo que permite aos pacientes uma chance para entenderem seus processos de doença, e, portanto, a chance de participarem ativamente no processo de cura. (Marié, 1996).

Tanto o diagnóstico biomédico quanto o diagnóstico da MTC tem cada um sua própria lógica, razão e seu ponto de vista coerente. Cada um é auto-suficiente e lógico de acordo com seus próprios

critérios. Cada um é uma descrição de algum aspecto da realidade e cada um tem um uso diferente. Nenhum aspecto invalida o outro, todavia, quando se busca uma integralidade na intervenção visando basear-se nas duas lógicas para realizar a intervenção, algumas dificuldades podem ser percebidas, não apenas em nível clínico, mas também no sentido ético e político que as PICs advogam.

1.3 O DISCURSO INTEGRATIVO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Em levantamento realizado em unidades básicas de saúde no município de Florianópolis Daré (2013) identificou uma tendência da rede municipal de atenção primária em manter não só um discurso, mas práticas ainda fundamentalmente medicalizantes no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, sendo perceptível que muitos dos profissionais que procuravam se afastar de tais posturas acabam isolando-se e sendo neutralizados pelas tradicionais e hegemônicas práticas. Percebe-se assim que mesmo existindo profissionais na Atenção Básica que possuem uma percepção crítica do trabalho em saúde mental acabam sendo inoculados por uma lógica de trabalho já instituída.

Tendo por meta superar as dificuldades em Saúde Mental e implantar uma rede de apoio para os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde adotou o apoio matricial como estratégia oficial para conduzir as ações de saúde mental na atenção básica pois entende que se trata de um indispensável recurso para ESF, reconhecendo a grande demanda de sofrimento psíquico com que as equipes da atenção básica deparam-se, não apenas dos usuário do serviço, mas também de todos os profissionais que trabalham com essa demanda.(Brasil, 2003).

Entende-se por Apoio Matricial um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações (Brasil, 2003; Campos & Domitti, 2007). Várias são as ações que as equipes de apoio matricial podem realizar. Entre elas destaca-se o apoio em saúde mental oferecido às equipes da Estratégia Saúde da família (ESF), nas redes básicas de saúde. O objetivo dessa estratégia é a construção de intervenções pautadas na pluralidade de enfoques, comprometidas com a integralidade das ações, visando desconstruir o exclusivismo e hegemonia da lógica biomédica, configurando assim um espaço de trocas e produção do saber em saúde (Campos & Domitti, 2007).

Esse apoio torna-se fundamental diante da urgente necessidade de se estruturar na Atenção Básica um serviço em saúde mental de qualidade e sobretudo em consonância com os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes doutrinárias do SUS. Como destaca Amarante (2007), a ESF possui em sua lógica uma atenção à saúde mental, uma vez que existe um tratamento continuado que se constitui como o espaço para os pacientes ressignificarem seus sintomas e serem acolhidos.

Todavia, os desafios são grandes, principalmente quando se entende que a inovação, potencialidade e riqueza dessas estratégias podem converter-se em letra morta, mantendo o hiato entre o sonhado modelo de assistência e sua realidade concreta.

Alguns desses desafios são o estabelecimento de relações efetivas entre as equipes de trabalho e a capacitação dos profissionais da atenção básica para realizar uma atuação crítica e efetiva no âmbito da saúde mental. Não se trata de tecer julgamentos prévios, prevendo a incapacidade de tais profissionais em atender a demanda em saúde mental, mas sim, de destacar que o trabalho em saúde mental é sujeito a um perigo eminente, o de reprodução de práticas normativas e não críticas, distanciando-se dos avanços conquistados nas últimas décadas no que tange a um atendimento em saúde mental que prime pela pluralidade e integralidade da ação, colocando o usuário como protagonista de sua vida e não o reduzindo-o a uma doença (Basaglia, 2005 ; Amarante, 2007).

Exemplo concreto desse perigo é a crença de muitos profissionais, inclusive de especialistas em saúde mental, que por apresentarem uma formação profissional muitas vezes como antítese das propostas das reformas Sanitária e Psiquiátrica, vão além da corriqueira medicação, passando para toda uma postura cultural que transforma condições sociais e culturais em patologias. Além dos perigos eminentes de tais manejos, fomenta-se com isso a tutela e as assimetrias de poder que permeiam as relações profissionais e institucionais (Oliveira,2005), dificultando o estabelecimento de práticas democráticas dentro das equipes multidisciplinares e tendo por consequência óbvia a transformação do sujeito em objeto de uma intervenção pautada na classificação e normatização.

Como destaca Onocko Campos e Gama (2008), a exploração do campo da Saúde Mental na Atenção Básica no Brasil é relativamente recente e complexa, sendo incipiente a sistematização de experiências e de novos modelos de intervenção. Com isso lança-se o desafio de oferecer na atenção primária não apenas o compromisso de um cuidado

em saúde mental, mas sobretudo, um cuidado que se pautar na singularidade do sujeito como um ser histórico e desejante, e a execução de um trabalho efetivo que vivifique os importantes avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica, tornando-os presentes em todos os níveis da atenção à saúde mental.

Com a adoção por parte do Sistema Único de Saúde das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), torna-se legítimo o uso das tecnologias tradicionais no cuidado ao usuário em sofrimento psíquico. Com isso é possível falarmos da existência de um arcabouço teórico, prático e ideológico, que o nomeamos de *Discurso Integrativo*, entendido principalmente como o conhecimento teórico filosófico subjacente das PICs, que passa a fazer parte do contexto e da práxis dos profissionais de saúde do sistema.

Poderia esse tipo de discursividade ser empregado como recurso interventivo para instrumentalizar o atendimento as demandas de saúde mental que se apresentam na Atenção Básica? Seria viável pensarmos nessa discursividade como um agente matriciador das práticas de atenção à saúde mental na Unidade Básica de Saúde? E se for possível, que tipo de modelos podem ser delineados?

Seguindo as políticas de saúde vigentes, concebe-se que todo profissional de saúde deve possuir subsídios teóricos práticos para atuarem frente a demandas de saúde mental. A estratégia empregada para instrumentalizar os profissionais não especializados é o matriciamento, no qual profissionais de nível técnico especializado oferecem apoio a demandas que necessitariam de uma intervenção mais aprofundada. Apesar desse recurso apresentar ainda problemas logísticos de execução, como o fato de muitas vezes a equipe NASF se converter em apenas uma equipe especializada, o dispositivo fundamenta-se como um importante recurso técnico e regulatório entre os níveis da assistência, e seu avanço e desenvolvimento é fundamental para um atendimento real do sofrimento psíquico na rede básica.

Ao falarmos da possibilidade e viabilidade de um matriciamento em Saúde Mental operado pelo *Discurso Integrativo*, não se tem evidentemente a pretensão de propor esse como um esquema substitutivo ao modelo vigente de matriciamento, mas sobretudo, compreender esse pressuposto como uma metáfora operacional, como um recurso promissor frente a algumas dificuldades percebidas na rede.

Uma das dificuldades que pontuamos, trata-se de um descompasso entre os níveis de atenção básico e especializado quanto a capacidade de resolutividade da demanda *psi*. Quando a queixa de saúde mental presentifica-se de forma direta ou indireta na Atenção Básica,

duas são as estratégias: ser acolhida e avaliada quanto a possibilidade do tratamento ocorrer no próprio serviço. E aqui cabe a pergunta, se for identificada como uma demanda capaz de ser atendida no nível Básico, quais são as ferramentas que esse nível possui para o tratamento? A grande dificuldade é que muitas vezes essa ferramenta é apenas uma, a medicação, entendida aqui em seu caráter excessivo e indiscriminado, a medicalização do sofrimento psíquico.

O problema que destacamos não são os de casos visivelmente graves de transtornos psíquicos, mas dos considerados “casos leves”, o que não justificaria o encaminhamento ao CAPS, entendido por sua responsabilidade recair-se sobretudo aos casos graves. Observa-se assim que tais “casos leves”, principalmente queixas de ansiedade e depressão passam a ser tratados pela Atenção Básica, o que muitas vezes passa a ser sinônimo de um tratamento via lógica biomédica, tendo por principal e único recurso a medicalização.

Nas unidades investigadas nesse estudo identificou-se outras possibilidades de atuar de forma prática e com resolutividade. Seriam as PICS importantes recursos no cuidado da saúde mental nas unidades básicas? E se, sim, como isso é feito?

Além de oferecer uma outra alternativa a essa estratégia da medicalização, o *Discurso Integrativo*, agenciado pelos profissionais da unidade, operaria um deslocamento do modelo da assistência sintomática dando ênfase as práticas de autocuidado, sendo assim entendidas, como *práticas de cuidado de si* e fundamentalmente de promoção da saúde, estando em grande ressonância e paralelismo como os objetivos da Atenção Básica.

Todavia para que isso se processe alguns desafios devem ser superados, sobretudo, os que tange do encontro entre lógica integral e lógica biomédica, e não menos importante, a compreensão de como se dá o processo de educação permanente em PICS, quando se passa a reconhecer a potencialidade dessas no cuidado do sofrimento psíquico.

No que tange a forma de compreender o sofrimento psíquico tendo por fundamento uma racionalidade tradicional, como por exemplo a MTC, é necessário primeiramente que suspendemos nossos modelos explicativos de causalidade linear de doença. A circularidade entre corpo mental, corpo emocional e físico esta inerente no pensamento e racionalidade chinês, questão que vem sendo somente nas últimas décadas merecedoras de atenção em nossas produções científicas ocidentais.

Para tal racionalidade nas doenças de origem interna, as emoções são de importância fundamental. A sensibilidade emocional é

considerada saudável, e, em larga medida, é condicionada pela sociedade e pelos pais. Segundo a medicina chinesa, as emoções específicas são vistas como extensões ou ressonâncias do Qi (energia vital) de um órgão. A doença começa sob circunstâncias tais como uma expressão emocional bloqueada ou abrupta ou um estímulo emocional intenso ou prolongado (condições que excedem a capacidade do indivíduo de se auto regular). O desequilíbrio devido a emoções sobrevém por meio do efeito destas sobre o fluxo do Qi. (Svoboda, 1995).

Como é identificado no célebre tratado *Clássico Interno* (1989), a dinâmica do Qi no organismo e as emoções estão fortemente vinculados, a raiva seria responsável em fazer o Qi fluir para cima; a alegria excessiva dispersa e desacelera o Qi; a tristeza e o pesar enfraquecem o Qi; o medo faz descer o Qi, o pavor conduz o Qi a desordem, e a preocupação leva o Qi a estagnação. (Exemplos da interferência das emoções no Qi vide *Anexo III*).

Essas mudanças no fluxo do Qi não somente dificultam a circulação de outras substâncias, mas também entram em ressonância com o Qi específico de um órgão segundo a correspondência dos Cinco Elementos. Por exemplo, um estado prolongado de preocupação provoca a estagnação do Qi. Isso afeta diretamente o papel do baço de processar alimentos sólidos e líquidos, provocando assim uma condição sintomática de indigestão, distensão abdominal e dor, podendo também contribuir para a formação de úlceras gastrointestinais. Além disso, segundo o pensamento circular chinês, um prolongado desequilíbrio físico ou funcional dentro de um órgão pode ainda gerar receptividade a determinadas emoções, a estagnação do Qi do fígado, por exemplo, pode conduzir a estados depressivos, à dificuldades de expressar frustrações e, mais tarde, a explosões de raiva (Svoboda, 1995).

O exemplo acima trata-se apenas de um dos muitos raciocínios que podemos destacar na racionalidade chinesa não apenas dos modelos etiológicos das doenças, mas sobretudo, como importante exemplo da circular e dialética relação entre os estados corporais e estados mentais. O estudo das emoções e sentimentos dos sujeitos não é reconhecida apenas como importante por ser uma fundamental dimensão da vida, mas sim, por ser reconhecida como uma estruturante perspectiva e diretrizes para o processo de diagnóstico e escolha das modalidades terapêuticas que serão empregadas na intervenção. Tal constatação nos alerta para o fato de estarmos diante de uma racionalidade que tem por fundamentos raízes a total impossibilidade de excluir o rastreamento da dinâmica psíquica do processo de diagnóstico e intervenção.

Essa compreensão nos sinaliza que apesar de no ocidente já estarmos desenvolvendo modelos conectivos entre mente e corpo pelas mais diversas disciplinas como a psicossomática, psiconeuroimunologia e tantas outras tradições do pensamento contemporâneo que visão recuperar e superar a dicotomia mente-corpo, ainda estamos distantes de oferecer na atenção à saúde recursos técnicos que possibilitem efetivamente na prática de trabalho a integração das esferas mente e corpo, superando a retórica e transformando-se em pragmática e práxis concreta de intervenção.

Percebe-se assim, que para o *Discurso Integrativo* operar como *Ato Instituição*, ou seja, legitimar-se nas relações sociais concretas que se repetem e nessa repetição legitimam-se (Albuquerque,1978), sendo capaz de orientar e potencializar as práticas em saúde mental na UBS, importantes questões de ordem política, social e prática do saber em saúde devem ser observadas e problematizadas.

2. OBJETIVOS

2.2 GERAL

- a) Compreender a natureza do trabalho realizado em Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas.

2.2 ESPECÍFICO:

- b) Identificar e analisar como é empregado o uso das PICs no atendimento as demandas de saúde mental na UBS.
- c) Compreender o processo de educação permanente em PICs no município.

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa enquadra-se na modalidade *Estudo de Caso* (Yin, 2001), fundamentalmente de caráter qualitativo e de campo, tendo por referência teórico metodológica a *Análise Institucional do Discurso* de Guirado (1995 /2009).

Utiliza-se como recursos técnicos a ferramenta de coletas de dados de Entrevista Semi Estruturada e observação simples (assistemática), sendo a *Análise Institucional do Discurso* a principal referência teórica metodológica empregada para embasar a escuta, manejo e síntese dos discursos, bem como, do processo analítico de tratamento dos dados e discussão. Dada a importância da orientação metodológica em uma pesquisa de campo qualitativa, apresenta-se brevemente a seguir os principais fundamentos conceituais do enfoque.

A *Análise Institucional do Discurso* constitui-se e edifica-se em três pilares conceituais: 1-) na concepção de Foucault (1971/1996) de discurso enquanto *Ato- Dispositivo- Instituição* e de *Sociedade Discursiva*, 2-) na escuta psicanalítica e análise do campo transferencial: *a cena enunciativa* e 3-) na Linguística da Análise de Conteúdo Francesa de Maingueneau. A partir de tal proposta, compreende-se que podem a Psicologia e a teoria psicanalítica operarem enquanto uma instituição discursiva analítica de discursos. (Guirado, 1995).

A Análise Institucional do Discurso estabelece-se, sobretudo, como uma organização de ideias que viabiliza uma analítica da subjetividade, na qual o papel desempenhado pelo próprio método passa a ser considerado na produção das verdades que formula, consideração possibilitada por uma análise que, de modo diverso de uma interpretação, interroga os modos de produção do discurso (e das verdades nele estabelecidas) ao invés de apenas sua significação (Viaro e Valore, 2011).

Kupfer (2004), ao investigar o papel da escuta nas instituições, nos diz que toda instituição está estruturada como uma linguagem e que, portanto, está sujeita às leis de funcionamento da linguagem. Estabelece uma conexão entre a escuta de grupos na instituição com a escuta de um paciente em análise, ressaltando que podemos ler os discursos como se lê o discurso de um sujeito em análise. Todavia, deve se destacar que o objetivo não é de *psicanalisar* as pessoas da instituição, mas o de aplicar as regras de funcionamento da linguagem e buscar brechas, espaços, para fazer com que possam emergir falas de sujeitos, que buscam operar rachaduras no que está cristalizado, uma vez que os discursos institucionais tendem a produzir repetições para preservar o igual. Neste

sentido, o psicólogo pode operar como auxiliar de produção de tais emergências, e como identifica Guirado (2009), poderia a Psicologia ser compreendida como uma instituição metodológica no processo de análise de discursos.

No que concerne a essa análise de discurso é fundamental frisar que não se visa uma interpretação dos conteúdos inconscientes dos entrevistados propriamente dito, como já destacado anteriormente, ou mesmo, uma análise psicanalítica do dado em si, mas sim, da *cena discursiva* gerada naquele e por aquele contexto. As falas não são propriedades dos falantes, mas compreendidas como síntese do contexto, tomadas em sua dimensão estratégica e combativa, em sua positividade e coerções ao invés de se focalizar no deciframento de sentidos encobertos. Em toda menção que a palavra discurso for feita, esse é pensando enquanto um ato, um acontecimento e a análise recai-se sobre esse processo e pelo seu modo de produção. (Guirado, 2009).

Dizer que o discurso é ato dispositivo é acentuar seu caráter de dizer, em vez de acentuar o dito, ou seja, é atentar para o que se mostra enquanto se diz: “que tipo de interlocução se cria, que posição se legitima na asserção feita, que posição se atribui ao interlocutor, o jogo de expectativas criado na situação, como se respondem ou se subvertem tais expectativas, e assim por diante” (Guirado, 2000, p. 34). Com uma escuta assim informada [pela análise pragmática], pode-se ficar atento ao modo como aquele que nos fala constrói o discurso. Além disso, pode-se ampliar as possibilidades de reconstrução de sentidos daquilo que é dito. Os disparadores analíticos que vêm da Linguística permitem deter a atenção no modo de construção do discurso, no como se faz a fala, nas recorrências, nas relações entre os termos, nas associações e nas descontinuidades. Permitem uma espécie de mapeamento do terreno ou da tessitura discursiva. (Guirado, 2000).

Analisar pragmaticamente significa, principalmente, considerar o papel do contexto na produção do discurso, tomando toda fala como balizada por regramentos que definem e são definidos pelo modo de produção do discurso, pelas condições de possibilidade situadas em um dado lugar e momento. Desloca-se, pois, o foco analítico perguntando-se como se diz ao invés de o que *significa o dito* (Guirado, 2000).

Estabelecido e balizado os principais fundamentos metodológicos, apresenta-se a seguir os procedimentos e principais recursos utilizados para o processo de coleta de dados, interpretação e sistematização.

Após recebimento de parecer positivo pelo Comitê de Ética em Pesquisa para realização da pesquisa foram contatados os sujeitos

entrevistados. Primeiramente iniciou-se a seleção das Unidades Básicas de Saúde que seriam investigadas, o critério definido é possuir a unidade algum tipo de serviço em PICs. Esse processo de seleção contou com as Informações oficiais oferecidas pela Secretaria de Saúde, via Comissão de Práticas Integrativas e Complementares e pelo contato direto com a coordenação de cada unidade do município. Após identificadas as Unidades que trabalham com as PICs foram selecionadas duas Unidades Básicas para integrar a amostra da pesquisa. Os critérios utilizados para a seleção foram: 1-) Aceite e motivação pela coordenação do Centro e da equipe em participar da pesquisa 2-) Ter a Unidade um trabalho com PICS já desenvolvido, aceito e legitimado pela comunidade assistida; 3-) Ter duas ou mais classes profissionais da equipe desempenhando e/ou interessados em realizar trabalhos com as PICs ; 4-) Utilizar dois ou mais recursos oriundos das PICs para intervenção; 5-) Utilizar recursos oriundos das PICs para intervenção em queixas de sofrimento psíquico; 6-) Serem Unidades de Saúde de distintos distritos sanitários.

A partir dos critérios estabelecidos acima, foi selecionada duas Unidades de Saúde, uma do distrito sanitário leste, o *Centro de Saúde Lagoa da Conceição*, e outra do distrito sanitário Sul, o *Centro de Saúde Armação*. Inicialmente foram contatadas a gestão de cada unidade, que se responsabilizou em mediar o agendamento das entrevistas com os profissionais. Todos os atores envolvidos no processo dessa pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. (Anexo I). Foram realizadas no total 15 entrevistas, sendo: quatro com médicos de família, duas com agentes comunitários de saúde, três com enfermeiros, cinco com técnicos em enfermagem e uma com Educador Físico. Dos entrevistados três são ou foram membros da Comissão de Práticas Integrativas do Município e outros dois profissionais ocupam cargo de gestão nas Unidades de Saúde.

A entrevista semi estruturada visa explorar os seguintes eixos temáticos: a-) PICs e trajetória pessoal / profissional; b-) PICs e Saúde Mental; c-) Recursos técnicos e Racionalidades Médicas utilizadas; d-) Educação Permanente em PICs; e-) Gestão em PICs no município. As perguntas chaves utilizadas nas entrevistas estão delineadas em (*Anexo II*).

Tendo por fundamento metodológico da análise institucional de discurso que a cena discursiva em seu contexto é fundamental para o processo de elucidação e desvelamento dos discursos. O pesquisador a partir do momento em que se encontra na unidade de saúde para realizar as entrevistas, registra em seu diário de campo as observações e

apontamentos que julgar relevantes para a compreensão das falas em seu contexto.

A partir da anuência dos profissionais, a entrevista é gravada e o pesquisador registra em seu diário de campo os principais significantes abordados pelo entrevistado e sua ordenação ao longo do discurso, bem como, impressões do campo transferencial. As anotações do pesquisador ao longo da fala do entrevistado funcionam como indicadores para a análise posterior, operando como disparadores analíticos.

O trabalho de interpretação dos dados aproxima-se de uma analítica pragmática, o sentido produzido advém de uma análise de contexto, tal contexto é compreendido não apenas pela cena enunciativa da entrevista, mas também pelo local institucional que esse sujeito posiciona-se e também pelos contextos discursivos dos pesquisadores. Nesse sentido, compreender o *discurso* como ato e dispositivo que aloca os interlocutores em lugares de enunciação possibilitando que se faça uma análise de cenas e posições discursivas adotadas e atribuídas no ato de se expressar. Objetiva-se atentar-se não apenas ao conteúdo do que é dito (enunciado), mas também ao que se mostra enquanto se diz, o discurso em suas relações de poder, a forma de se dizer, ou seja, o campo da enunciação.

Para melhor capturar o campo da enunciação, as entrevistas foram escutadas pelo pesquisador após as entrevistas terem sido concluídas, objetivando um espaço de escuta reflexiva e analítica dos dados coletados. Os dados provenientes dessa escuta reflexiva foram confrontados com o contexto do pesquisador e da base teórica desenvolvida, sendo alguns trechos das falas utilizados e transcritos no item *Discussão* para exemplificar e ilustrar os dados obtidos.

Os resultados foram organizados em eixos temáticos, seguindo a ordenação dos temas abordados no roteiro de entrevistas, (*Anexo II*). Foram criados cinco eixos temáticos para a sistematização dos resultados, sendo eles: 1-) Centros de Saúde: o discurso institucional; 2-) O profissional e sua práxis de trabalho; 3-)PICs e as demandas em Saúde Mental; 4-) MTC (Medicina Tradicional Chinesa) racionalidade e sua execução; e 5-) Educação Permanente em PICs.

4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Deve-se se destacar que o presente estudo por se fundamentar em uma metodologia de estudo de caso, apresenta alguns limites, sobretudo no que tange a possibilidade de generalizar tal experiência para outras Unidades Básicas. Observa-se que o campo de pesquisa selecionado possui características bem específicas, sobretudo no que diz respeito ao tipo de formação desses profissionais e a motivação particular desses em trabalhar com as PICs.

Observa-se ainda, que outras Unidades que trabalham com as PICs poderiam ter sido selecionadas para fazer parte da amostra, todavia, pela natureza dessa investigação e das limitações no campo de pesquisa, foram selecionadas apenas duas unidade. Destaca-se ainda que as entrevistas foram realizadas com uma pequena amostra de sujeitos, quanto se compara o número de profissionais que se utiliza das PICs em seu trabalho na rede do município.

5. RESULTADOS

As duas Unidades analisadas nesse estudo de caso possuem características em comum, bem como peculiaridades distintas. Para fins de explanação dos resultados encontrados, serão apresentados tendo por referência os dois centros de Saúde em seus aspectos congruentes, sendo os aspectos divergentes, destacados e posteriormente abordados no item *Discussão*.

5.1 NO QUE SE REFERE AOS CENTROS DE SAÚDE: O DISCURSO INSTITUCIONAL:

- a) Identificou-se que em ambos Centros de Saúde o trabalho envolvendo PICs ocorre de forma integrada e harmônica ao contexto das instituições, não sendo atividades isoladas por parte dos profissionais, mas sim, inseridas em uma “cultura de trabalho integrativo” da unidade, recebendo apoio e incentivo por parte da gestão. Em ambos centros de saúde percebe-se que apesar das idiosincrasias de seus atores, evidencia-se a existência de um discurso comum quanto a Integralidade, estando em nítida ressonância com as bases da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006).
- b) A existência de uma cultura institucional em PICs em ambas unidades pode ser identificada em aspectos contextuais além do discurso de seus atores, como por exemplo, a ambiência das unidades. Cestas de plantas medicinais na recepção, mandalas decorando os consultórios e chá servido a comunidade elaborado com as plantas do horto da unidade, indicam uma atmosfera institucional que fala antes de seus atores e mostra-se permeável ao trabalho realizado em PICs pelos profissionais da unidade.
- c) Os hortos de plantas de ambas unidades são compreendidos como um espaço ativo e democrático de aprendizado e troca de informação em saúde, tanto pelos profissionais como pela comunidade.
- d) O clima institucional sugere a grande potencialidade e permeabilidade das PICs constituírem um campo discursivo articulador da integralidade, interdisciplinaridade e humanização do cuidado nas unidades básicas de saúde.

- e) Tendo por referência o plano de implantação de PICs no município, o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares nas unidades investigadas se mostrou consolidado, no que se refere: a fase de sensibilização dos profissionais e da comunidade, na oferta de cursos em educação permanente e na criação do horto nas unidades.
- f) Percebeu-se que apesar das distintas bases epistêmicas entre os saberes tradicionais, representados pelas PICs e o saber biomédico, presente em diferentes formações em saúde, tais discursividades convivem no trabalho prático dos Centros de Saúde de forma relativamente harmônica e complementar.

5.2 NO QUE SE REFERE AO PROFISSIONAL EM SUA PRÁXIS DE TRABALHO EM PICS:

- a) As intervenções em PICs são realizadas de forma clínica/ambulatorial, principalmente por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem; em grupos temáticos e de apoio psicológico, principalmente por técnicos de enfermagem, educadores físicos, psicólogos e agentes comunitários; e de forma comunitária, pelos agentes de saúde e educadores físicos.
- b) Identifica-se que a escolha em trabalhar com PICs dar-se sobretudo por uma história pregressa a prática atual. Com os profissionais das unidades investigadas percebe-se que o trabalho de sensibilização da Comissão foi facilitado, uma vez que, os profissionais já possuíam antes da regulamentação das práticas no município, interesse, motivação e instrução técnica básica. Dessa forma, o trabalho de sensibilização realizado pela comissão, operou principalmente, como um recurso de legitimação e empoderamento de práticas que já eram realizadas, ou idealizadas de serem executadas.
- c) Os principais motivos identificados pelos profissionais em iniciar o trabalho com PICs foram:
 - 1) Descontentamento com as práticas de saúde tradicionais;
 - 2) Curiosidade em descobrir outros sistemas terapêuticos menos invasivos;

- 3) Alto potencial das PICs atuarem no campo da prevenção, promoção da saúde e estados crônicos patológicos;
 - 4) Reconhecimento no âmbito da experiência pessoal da validade e resolutividade desses recursos;
 - 5) Limitação das práticas habituais em oferecer modelos explicativos e resolutivos para algumas demandas presenciadas nas unidades;
 - 6) Possibilidade de oferecer outros recursos de tratamentos e formas diferenciadas de compreender o processo saúde-doença além da ótica biomédica;
 - 7) Vinculação das PICs com uma filosofia pessoal, sendo o emprego dos recursos tradicionais em PICs uma forma de materializar na prática de trabalho, os anseios, desejos e a visão de mundo do profissional;
 - 8) Reconhecimento da existência de uma demanda por parte da comunidade assistida nos centros de saúde por terapêuticas alternativas.
- a) Observou-se que existe por parte dos profissionais uma cosmovisão que sustenta sua prática profissional. Sendo essa, originária de suas experiências particulares, atualizadas e resignificadas no trabalho em equipe. Tal cosmovisão caracteriza-se de forma diferenciada em cada profissional, mas apresenta similaridades nos discursos, como:
- 1) Compreensão do Homem como integrado as forças da natureza;
 - 2) Entendimento da doença como adoecimento além do nível biológico, sendo atribuída a aspectos: sociais, psicológicos e energéticos;
 - 3) Perspectiva de cuidado não centrada nos recursos padrões como a medicação;
 - 4) Sensibilidade quanto a importância do contato humano, empático e engajado ao longo do processo de cuidado.
- b) Identificou-se a vinculação de uma perspectiva filosófica conceitual com a prática em PIC utilizada pelo profissional. Sendo esse arcabouço filosófico um importante agente atribuidor de sentido a prática de cuidado utilizada, bem

como, um regulador e sustentador teórico e ideológico na manutenção e desenvolvimento prático no uso das técnicas.

c) As principais dificuldades encontradas pelos profissionais em sua prática de trabalho com as PICs foram:

- 1- Limitação de tempo para executar a prática pela grande demanda de pacientes e descompasso com o número de profissionais do centro de saúde;
- 2- Dificuldades pessoais e institucionais em dar continuidade ao processo de Educação Permanente em PICs;
- 3- Restrição de algumas categorias profissionais em ingressar nos cursos de capacitação oferecidos pela Comissão de PICs do município;
- 4- Falta de materiais de apoio, como por exemplo, esparadrapo microporado para realização da auriculoterapia;
- 5- Inexistência de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos dispensados na Farmácia da Unidade;
- 6- Impossibilidade de profissionais de nível médio, como por exemplo, técnicos enfermeiros, registrar no sistema *InfoSaúde* a prática integrativa que foi realizada, substituindo-a na relatoria do caso por outra prática convencional;
- 7- Dificuldade em integrar formalmente as PICs no PTS, executando o trabalho de forma transdisciplinar com o NASF;
- 8- Dificuldade em realizar um diagnóstico tradicional em PICs por demandar um tempo maior que o diagnóstico padrão;
- 9- Dificuldade por falta de conhecimento técnico em realizar um diagnóstico tradicional tendo por base os fundamentos conceituais das PICs.

d) As principais conquistas e potencialidades no que concerne o trabalho com as PICS nas Unidades foram identificadas pelos profissionais como:

- 1) Grande aceite e motivação dos usuários com o tratamento;

- 2) Vinculação e sensibilização da comunidade com os recursos das PICs, como por exemplo, o cuidado do horto medicinal do Centro de Saúde pela comunidade;
- 3) Resolutividade e eficiência dos recursos para problemas crônicos de saúde;
- 4) Redução da medicação para a dor;
- 5) Redução da medicação para transtornos mentais, principalmente de ansiedade e depressão;
- 6) Instrumental técnico para atender demandas de sofrimento psíquico;
- 7) Simplicidade e facilidade de aplicação dos recursos oriundos das PICs;
- 8) Baixo custo dos recursos quando comparados a outras estratégias convencionais;
- 9) Aceite e incentivo da gestão da Unidade no trabalho dos profissionais com as PICs e compreensão com o tempo despendido com essas práticas;
- 10) Inclusão na reunião de equipe de um período para educação permanente em PICs, como por exemplo, da Fitoterapia (Centro de Saúde Armação);
- 11) Possibilidade, abrangência e facilidade no emprego das PICs em grupos;
- 12) Utilização efetiva dos recursos para aplicação entre os profissionais do centro de saúde, reduzindo o estresse laboral, como por exemplo, os grupos de yoga e reiki para funcionários da unidade;
- 13) Possibilidade de um mesmo recurso terapêutico poder ser executado e acompanhado por diferentes classes profissionais do centro;
- 14) Nítida percepção da consonância das PICs com as bases ideológicas do SUS;
- 15) Percepção de serem recursos estimuladores da autonomia e co-responsabilização do usuário em seu processo de tratamento;
- 16) Utilização dos fundamentos teóricos das PICs como recurso de indicação e sugestão de leitura para o usuário empregar em sua vida (biblioterapia), como por

exemplo, o aprendizado das emoções e seu equilíbrio pela MTC.

- 17) Técnicas que permitem ao profissional durante o processo de tratamento ser também beneficiado com os recursos empregados, fazendo do processo de tratamento um mútuo desenvolvimento entre usuário e profissional.

5.3 NO QUE SE REFERE AS PICS E O ATENDIMENTO AS DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL:

- a) Profissionais e gestores reconheceram como válido o emprego de recursos oriundos das PICS para instrumentalizar a assistência as demandas de sofrimento psíquico, tanto para subsidiar a escuta qualificada do profissional, como no emprego de técnicas específicas, seja de forma ambulatorial ou em grupos.
- b) Identificou-se grande potencialidade do emprego das PICS, pelos profissionais, nos quadros de sofrimento psíquico, principalmente para os transtornos de humor e de ansiedade.
- c) Em ambas unidades o grupo de apoio psicológico, que opera via matriciamento do NASF, utiliza além das intervenções do campo psicológico, recursos oriundos das PICS como massagens, biblioterapia (indicação de leituras dos fundamentos conceituais das práticas utilizadas), auriculoterapia e técnicas corporais e de respiração, principalmente fundamentadas nas escolas de yoga (Hatha yoga, Iyengar yoga e Yoga Integrativo) e nas práticas chinesas de Chi Kung.
- d) Os três principais recursos mais utilizados para as demandas de saúde mental em PICS foram: auriculoterapia, acupuntura e práticas corporais. Sendo a auriculoterapia a prática mais presente no projeto terapêutico de pacientes com demandas de ordem psíquica, tanto no nível das intervenções clínicas, como no trabalho em grupos.
- e) A intervenção para as demandas de saúde mental em auriculoterapia envolve principalmente o emprego de pontos fixos, uma vez que tal intervenção visa a harmonização. Os seis principais pontos empregados na auriculoterapia dos

transtornos mentais de queixas envolvendo ansiedade e depressão foram:(1) ShenMen,(2) Rim, (3)Fígado, (4) Pulmão, (5) Estomago, e (6) ponto de Ansiedade. Em sintomatologias envolvendo distúrbios do sono é empregado também os pontos de Baço, Neurastenia e ponto ápice da orelha. Em sintomatologias de dependência de substancias é aplicado outro protocolo de pontos em conjunto com os pontos de harmonização.

- f) A fitoterapia apesar de ser utilizada por alguns profissionais nas demandas de saúde mental, ainda é um recurso pouco empregado para as queixas envolvendo saúde mental, quando comparada com as outras terapêuticas citadas. Os recursos mais utilizados em fitoterapia para demandas de saúde mental foi indicação caseira do chá de melissa (*Melissa officinalis*) e erva de São João (*Hypericum perforatum*) para quadros de ansiedade e sintomatologias de depressão.
- g) O emprego da acupuntura como prática de atenção as demandas *psi* foi mais presente entre os profissionais médicos e da auriculoterapia, práticas corporais e fitoterapia entre técnicos enfermeiros, enfermeiros, agentes de saúde e educadores físicos.
- h) O matriciamento em Saúde Mental foi considerado satisfatório no que concerne o atendimento as demandas de saúde mental do usuário, mas ainda insuficiente para aumentar a autonomia e resolutividade dos profissionais da unidade básica frente tais demandas, sobretudo, pelo tempo escasso de educação permanente e pelas reuniões de equipe com os matriciadores se focalizarem na resolução de questões pontuais do usuário com pouco aprofundamento no processo de formação da equipe do centro de saúde.
- i) As PICs foram identificadas como importante recurso para reduzir a medicalização dos transtornos psíquicos pelos profissionais das unidades (assistência e gestão), e pelos membros da comissão municipal em PICs, todavia, não existe por parte do NASF e no protocolo municipal de *Atenção em Saúde Mental* (versão de 2010) uma articulação formal entre PICs e saúde mental, bem como, não existe delineado estratégias de aplicabilidade das PICs para demandas de saúde mental.

5.4 NO QUE SE REFERE A MTC (MEDICINA TRADICIONAL CHINESA) RACIONALIDADE E SUA EXECUÇÃO:

- a) No que se refere as Práticas oriundas da MTC (Medicina Tradicional Chinesa), como a acupuntura e auriculoterapia, percebe-se a inexistência do emprego de recursos diagnósticos e de anamnese desses saberes tradicionais antes da aplicação das técnicas. Observa-se que em tais práticas é realizado o diagnóstico seguindo a lógica biomédica padrão e posteriormente a intervenção em PICs. Dos profissionais entrevistados que utilizam as práticas envolvendo a MTC, apenas dois declararam o uso de recursos de diagnóstico envolvendo a racionalidade médica utilizada, sendo um profissional técnico em enfermagem e outro médico. Todavia, ambos profissionais relatam a dificuldade prática em realizar o diagnóstico, alegando sobretudo, o grande tempo despendido que se necessita para realizar tal diagnóstico.
- b) Todos os profissionais entrevistados, independente da categoria profissional, afirmaram compreender a acupuntura como uma prática integrativa capaz de ser realizada por demais categorias profissionais e não apenas por médicos, sendo uma racionalidade capaz de ser utilizada pelos profissionais da saúde desde que se tenha a formação técnica necessária.
- c) Todos profissionais técnicos enfermeiros entrevistados que trabalham com PICS nas Unidades utilizam a auriculoterapia como recurso terapêutico, todavia, não podem notificar o emprego dessa prática no banco de dados *Info-Saúde* pois esse recurso está no sistema atual destinado apenas para profissionais de nível superior. Dessa forma, identifica-se a possível existência de subnotificação da prática de auriculoterapia na rede municipal.

5.5 NO QUE SE REFERE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PICS:

- a) Desde sua implantação no município até a presente data dessa pesquisa, foram notificados formalmente a realização de 32 cursos de Educação Permanente em PICs, sendo identificados 15 tipos de formação, conforme delineado no quadro abaixo:

Quadro1: Educação Permanente em PICs realizadas no município de Florianópolis de 2010 à 2016.

Curso	Carga Horária	Edições Realizadas	Público Alvo
Acupuntura	80h	4	Médicos da APS e Residentes de MFC.
Auriculoterapia	8h	3	Profissionais de nível superior: enfoque para enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas.
Do- In	8h	2	Profissionais de nível superior, técnicos, e ACS.
Reflexologia	8h	2	Profissionais de nível superior, técnicos, e ACS.
Qi Gong	8h	3	Profissionais de nível Superior, enfoque para fisioterapeutas e educadores físicos..
Yoga	24h	1	Profissionais de nível superior, enfoque para fisioterapeutas e educadores físicos.
Plantas Medicinais	60h	2	Profissionais de nível superior: enfoque para médicos, dentistas, enfermeiros e farmacêuticos..
Oficinas de Plantas medicinais	4h	6	Todos profissionais de saúde das unidades e comunidade.
Nutrição Vegetariana	8h	1	Profissionais de nível superior: enfoque para enfermagem
Alimentação Viva	4h	1	Profissionais de nível superior: enfoque para nutricionistas
Culinária Integrativa	16h	1	Profissionais de nível superior: enfoque para nutricionistas
Agroecologia	20h	1	Profissionais de nível superior técnicos, e ACS
PANCS	6h	1	Profissionais de nível superior ,técnicos, e ACS
Reiki	6h	1	Todos profissionais de saúde das unidades e comunidade.
Introdução a Ayurveda	16h	1	Profissionais de saúde
Auriculoterapia(parceria UFSC/Ministério da Saúde- curso- EAD)	80h	1	Profissionais de nível Superior da rede de atenção básica

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em pesquisa documental e entrevistas realizadas com profissionais e gestores.

- a) Os entrevistados que participaram dos cursos de capacitação ofertados pela Comissão municipal e gestores relatam como pontos positivos dos cursos:
- 1) Possibilidade de realizar de forma gratuita a educação permanente em PICs;
 - 2) Possibilidade de troca e intercâmbio com outros profissionais da rede que utilizam os recursos das PICs;
 - 3) Possibilidade de aplicação dos recursos aprendidos de forma prática no trabalho nas unidades;
 - 4) Complementar informações e se atualizar de novos recursos;
 - 5) Espaço que permite o desenvolvimento pessoal além da aquisição de novos recursos técnicos;
- b) Os entrevistados que participaram dos cursos de capacitação ofertados pela Comissão municipal e gestores relatam como pontos negativos dos cursos e sugestões para o processo de formação:
- 1) Cursos de caráter introdutório e pouca carga horária;
 - 2) Vagas restritas e delimitadas a algumas categorias profissionais, como por exemplo, curso de MTC apenas para médicos;
 - 3) Poucos cursos ofertados para o nível médio, limitando a formação permanente dos técnicos enfermeiros e agentes comunitários de saúde;
 - 4) Não reconhecimento da auriculoterapia como uma prática já realizada pelos técnicos em enfermagem, e postura problemática da gestão em Educação Permanente em excluir esses profissionais das capacitações dessa tecnologia interventiva.

6. DISCUSSÃO

Como delineado na metodologia desse estudo, foram selecionadas duas Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis para compor o campo de pesquisa, sendo elas a *Unidade Básica de Saúde Lagoa da Conceição* (1) e a *Unidade Básica de Saúde Armação* (2), que serão a partir desse momento referidas pela respectiva numeração.

Seguindo os pressupostos da Análise Institucional de Discurso que compreende ser o discurso um ato dinâmico e de poder que indissociavelmente traz com si ideologias e formas de pensar e agir, o texto passa a ser redigido em primeira pessoa do plural, permitindo assim, com que as impressões e inferências dos dados coletados sejam pensados e problematizados a partir dos campos transferenciais estabelecidos entre os pesquisadores e seu objeto de estudo.

A busca por compreender a relação entre PICS e Saúde Mental na Atenção Básica, partiu da hipótese em pensar as PICS como recursos estratégicos para o cuidado do sofrimento psíquico, e de sua possibilidade em reduzir a medicalização de transtornos mentais de baixa complexidade com resolutividade. Para isso os profissionais envolvidos foram convidados a debater o tema expondo suas posições e formas de trabalhos. Além de elucidar a práxis desses profissionais a escuta e observação permitiu uma compreensão dos discursos além de sua dimensão particular, os abarcando como ato e produto das relações de poder no campo da Saúde.

As categorias Profissionais que fizeram parte desse estudo foram: Enfermagem (nível superior e técnico); Médicos de Família; Agente Comunitário de Saúde e Educador Físico, sendo profissionais que atuam diretamente nas UBS com as PICs, como também aqueles integrantes do nível de gestão do centro e da Comissão de PICs. A polifonia desses atores em suas diferentes formações e lugares políticos ocupados nas relações de poder no campo da saúde oferecem a nós a oportunidade de delinear algumas características do discurso institucional em PICs, pensando nessa tentativa como mais um discurso entre vários outros, e não uma verdade e desvelamento do objeto em si.

Observamos ao longo do processo investigativo que muitos dos profissionais que atuam nas Unidades empregando as PICS em seu trabalho, já possuíam formação anterior ou estudos pessoais informais em PICs. Através do relato pessoal de seu processo formativo é possível identificar que a escolha em empregar recursos oriundos das PICs em seu trabalho deu-se por motivos pessoais e influência de terceiros no ambiente de trabalho. Percebe-se sobretudo que o reconhecimento no

emprego das práticas integrativas é anterior ao seu processo de formalização no município como política pública. Apesar de muitos entrevistados terem frequentado os cursos de capacitação oferecidos pela Comissão de Práticas Integrativas e Complementares do município é notório que a sensibilização em iniciar a prática deu-se anteriormente.

Em grande parte dos profissionais percebe-se uma postura de confiança de que podem esses recursos tradicionais serem significativamente importantes e resolutivos nas demandas de sofrimento psíquico da Atenção Básica, foi consensual nas falas a compreensão que se trata de recursos não apenas paliativos, mas sim, de importante resolutividade.

O saber oriundo das tecnologias chamadas hoje “integrativas e complementares” tem uma história longa, a busca pela cura em tradições tão antigas com recursos utilizados atualmente como vanguarda nos subvertem o próprio conceito de evolução histórica linear e progressiva do conhecimento. Nossa mente ocidental é surpreendida quando nos damos conta que há 2700 A.C a humanidade já tinha tecnologia de forte impacto para tratar inúmeros problemas de saúde, sendo propostas terapêuticas que em momento algum desarticulam o sofrimento psíquico do mal-estar somático.

Dessa forma a pergunta dessa pesquisa se podem as PICs serem empregadas para casos de sofrimento psíquico na UBS, pode parecer um questionamento de resposta previsível, a viabilidade parece óbvia, todavia, ocupemo-nos nesse momento em desvelar como e de que forma tais recursos podem ser potencializados e, não menos importante, como impedir que as potencialidades desses recursos sejam reduzidas e subaproveitadas nas práticas de trabalho cotidianas.

Um dos pontos fundamentais dessas tecnologias tradicionais, sejam elas a Chinesa ou a Indiana, que foram as importantes tradições orientais que influenciaram grande parte de algumas racionalidades medicas tradicionais, possuem como característica o fato de não subtraírem sua base cosmológica, filosófica conceitual do trabalho técnico. Como pontuado na parte teórica desse relatório, partimos como premissa de nossas análises que apenas as Práticas Integrativas e Complementares só atingem sua potencialidade quando são executadas em consonância com seus fundamentos filosóficos, sua cosmologia, morfologia e dinâmica vital, sobretudo, quando se analisa a capacidade dessas de atuarem na instrumentalização das demandas de sofrimento psíquico.

Não se trata aqui de deslegitimar práticas que não coadunam com nossa perspectiva, mas sim, de problematizar um tipo de prática em

saúde que com o passar dos anos vem encontrando um espaço cada vez maior em nossa sociedade, nas políticas de saúde e no saber fazer das classes profissionais da saúde. Tal ressalva torna-se fundamental uma vez que identificamos tanto na exegese literária como no trabalho de campo a compreensão de ser viável e resolutivo o emprego das PICs para as demandas de sofrimento psíquico.

Sabemos que diversos são os motivos que permitiram nas últimas décadas uma maior busca pelas chamadas práticas integrativas, sejam por modificações culturais ou reestruturações internas das práxis curativas contemporâneas. Os resultados obtidos quando a motivação dos profissionais entrevistados em buscarem essas tecnologias se assemelham muito as motivações identificadas na literatura, vide os importantes trabalhos de Tesser e Luz (2002), em grande parte os anseio desses profissionais na busca dessas práticas integrativas dá-se pelo descontentamento com as práticas vigentes, edificadas na lógica biomédica, principalmente na visão de sujeito dessa ideologia de trabalho, vendo o usuário como alguém passivo e a doença como algo a ser combatido de forma externa. O discurso dos atores quando confrontado com esses temas nos ajuda na tessitura desse raciocínio:

Por mais que eu humanize o atendimento o que eu tenho na prática pra fazer? Passar um ansiolítico, um antidepressivo? Não basta fazer a crítica a essa medicalização, esse exagero que existe mesmo(...) temos que ter outros recursos disponíveis para intervir com o mínimo de dano, se as PICS podem ajudar com isso, maravilha! (UBS1).

As falas dos entrevistados ratificam muitas vezes um pessimismo quanto as terapêuticas modernas de compreender a cura como algo integrado e com o mínimo de agressão possível, sendo os recursos integrativos apontados como ferramentas importantes na redução da iatrogênia de muitos tratamentos convencionais, ou seja, a motivação na busca de tais recursos apresenta-se como uma resposta ao que muitos autores chamam de “*crise de harmonia clínica da medicina*”, Tesser e Luz (2002).

A busca por essas novas terapêuticas não pode ser reduzida a questão de modismos culturais, mas apontaria para uma compreensão desses recursos atuarem de forma efetiva e em alguns casos de forma mais resolutive e com um potencial iatrogênico menor quando comparado a algumas outras práticas curativas convencionais. Isso não significa uma apologia ao naturalismo em detrimento aos avanços modernos, e também não se trata de circunscrever as PICs em um território imune às iatrogenias. A prática guiada do profissional em saúde no seu constante processo de educação permanente é a baliza para

ponderar a viabilidade do emprego de um recurso convencional da lógica biomédica ou de uma prática dos saberes tradicionais. A fala abaixo ilustra tal problemática:

Aqui temos uma cultura muito forte da comunidade por PICs, então quando você me pergunta se tem choque entre essas duas lógicas eu digo que até pode ter mas cabe a nós lidarmos com isso (...) temos que ter o cuidado porque se depende de muitos pacientes eles só querem serem tratados com PICs, eu na minha formação tenho que saber quando utilizo uma coisa ou outra, não vou tratar uma sífilis com acupuntura. (UBS2).

Foi recorrente ao longo da imersão no campo de pesquisa a compreensão que os envolvidos com as PICs utilizavam os recursos não de forma alheia a seus fundamentos de raiz. As falas trazem à baila uma compreensão dos entrevistado do ser humano em seus aspecto biopsicossocial, apontando os saberes tradicionais como importante recurso para legitimar na assistência à saúde essa realidade, que muitas vezes acaba ficando apenas no âmbito da retórica, se tornando letra morta quando as práticas vigentes em saúde são analisadas em sua práxis rotineiras nos mais diferentes níveis do sistema.

Não basta sabermos que o paciente é biopsicossocial temos que ter ferramentas de trabalho que atuam em todos esses níveis(...)falam de escuta qualificada para essas queixas da parte mental mas e na prática o que é feito? (UBS 2).

A fala acima nos permite problematizarmos se temos hoje na assistência básica a saúde as ferramentas necessárias para atuarmos nesses três níveis. De forma conceitual podemos dizer que sim, temos importantes recursos legitimadores dessa ideologia de trabalho, sejam eles a legislação orgânica do SUS ou mesmo os dispositivos da ESF, o matriciamento em saúde mental e a rede de assistência psicossocial.

O que nos torna perceptível ao longo da escuta é que muito dos profissionais buscam o trabalho em PICS como um recurso para garantir na prática de trabalho a possibilidade de integrar no seu fazer essa perspectiva integrativa do ser biopsicosocial, sendo a Política de Práticas Integrativas e Complementares no SUS um dispositivo legitimador dessa perspectiva e ,sobretudo, uma pragmática de atuação. A questão do como atuar sobre as demandas mentais foi uma tônica recorrente, e aqui nutrimos como hipótese o fato das PICs estarem oferecendo a esses profissionais em sua angústia do (*o que fazer na prática com as demandas mentais?*) alguns caminhos concretos de atuação paralelos as lógicas convencionais.

Podemos compreender as PICs na atenção Básica como um legitimador dos próprios princípios conceituais da assistência e também como um tipo de estratégia discursiva de contenção e controle de uma ênfase demasiada na discursividade biomédica que tende reduzir as outras dimensões do ser em práticas de cuidado essencialmente biomédicas e centradas na figura do médico como o principal interventor, sendo os outros profissionais apenas agentes preparadores para a realização do “verdadeiro trabalho” do médico.

Se as PICS se apresentam como um tipo de resistência a essa discursividade centrada na lógica biomédica, ocupamo-nos de compreender com os atores a existência de conflitos no encontro dessas racionalidades integrativas e complementares com a lógica ocidental de pensar e agir sobre a doença, dando destaque para as sintomatologias que envolvam o âmbito psíquico.

Foi notório na fala dos atores em ambas unidade de saúde investigadas que as relações entre PICS se dá sobretudo de forma harmônica, com poucos choques e pontos conflitivos com a pratica convencional. Nutrimos como uma das possíveis hipóteses dessa compreensão por parte desses atores de ambas unidades, o fato de estarem em instituições em que se percebe um clima e cultura de trabalho integrativo já instituído, legitimado pela gestão e pela maioria dos profissionais atuantes.

Aqui eu me sinto livre para atuar com as PICS porque sei que não vão me jogar de bicho grilo(...)[risos]a gestão compreende e incentiva meu trabalho, não tem como fazer isso [auriculoterapia], se não entenderem a razão de porquê sementinhas na orelha podem ajudar na depressão, se a gestão não compreende vão me chamar de louca. (UBS2).

E aqui cabe perguntarmos que elementos possuem essas unidades para contribuir na criação desse clima institucional favorável ao trabalho em PICs? Para isso devemos não apenas circunscrever nossa análise na fala propriamente dos profissionais, mas também na compreensão territorial de ambos centros de saúde e não menos importante, em sua história e compreensão do campo transferencial entre pesquisador e instituição.

O Centro de Saúde da Armação e da Lagoa possuem uma história em PICs muito anterior a política nacional e municipal em práticas integrativas e complementares. Podemos afirmar que de certo modo o trabalho de sensibilização realizado pela Comissão em PICs já foi facilitado pela história pregressa dessas instituições, que contavam com profissionais que mesmo de forma isolada conseguiram influenciar o

trabalho institucional, indicando que o protagonismo de atores isolados pode contribuir de forma considerável na criação de climas institucionais favoráveis e permeáveis ao trabalho integrativo.

Em ambas instituições percebemos que personagens catalizadores de mudanças estiveram presentes no histórico das unidades. Falemos de alguns exemplos de atores que embora não estejam mais na instituição foram importantes na construção do que estamos chamando de um clima institucional facilitador.

Ele foi uma das almas que trouxeram de forma efetiva o trabalho com PICS aqui pra unidade , foi o nosso xamã, sua inteligência e magnetismo nos fizeram procurar saber mais sobre a cura com recursos naturais, as ervas, a acupuntura... ele foi e é nosso mestre, nos ensinando um tipo de xamanismo urbano. (UBS1).

Podemos dizer que temos aqui uma tradição com essas práticas que vem de um longo tempo, o trabalho com os chás é muito antigo, havia um projeto que servia chá com grupo de estudos para a comunidade e profissionais, iniciativa de pessoas que não tão mais aqui (...) é algo que vem da comunidade para cá e não o contrário, a unidade foi se moldando de acordo com o entorno. Sabe, aqui no sul somos meio bruxos [risos]. (UBS2).

Além de percebermos que ambas unidades possuíam personagens que foram decisivos para esse processo é notório que o saber desses agentes vem revestido de “atmosfera espiritual” e aqui devemos nos ater não apenas na existência dessas personalidades, mas não menos importante, ao território em que ambas unidades estão inseridas. Apesar da UBS da Lagoa ser considerada como distrito sanitário do Leste podemos compreender que ambas unidades fazem parte do que nós moradores da ilha chamamos de “sul da ilha”. Um lugar que ainda apesar do crescimento desordenado e especulação imobiliária, ainda é visto e permeado no imaginário social como uma região erma, mais natural e preservada, uma das regiões “mais mística” e por consequência seus moradores estariam permeados a tal influência.

Não sei bem o que acontece aqui, muitos profissionais já passaram por essa unidade, alguns já tinha algum trabalho alternativo, esses acabam vindo sempre pra cá e os que ainda não realizavam só de estarem aqui já começam a se envolverem, é mágico, essa atmosfera e busca pelas práticas tradicionais é algo daqui, é das pessoas, mas é do lugar também.(UBS2).

É possível identificar na fala dos atores que muitas vezes o trabalho com PICs potencializa e permite ao ator envolvido realizar um trabalho que esteja em consonância com sua filosofia de vida pessoal. O

tido caráter místico pode ser interpretado como uma compreensão do homem, como possuidor de uma natureza energética além do campo biológico, social e psicológico. As PICs além de funcionarem como práxis legitimadora no trabalho dos agentes de sua compreensão e filosofia de vida, operaria como uma ferramenta articuladora do binômio saber científico e espiritualidade, foi recorrente em algumas falas a percepção de serem as PICS uma ponte entre um ideal científico de prática profissional e uma compreensão pessoal “espiritualizada”.

Somos também espírito não é só esse corpo, isso pode parecer coisa de gente mística mas esses saberes fazem a ponte entre ciência e espiritualidade(...) muito do que era considerado bobagem coisa de místico vemos que a ciência tá mostrando ser válido(...) na verdade são saberes que não se opõem mas se complementam. (UBS 2).

Essa lógica da medicina foi importante permitiu grandes avanços, mas o homem é energia também e essas práticas mostram isso. (UBS 1).

Apesar de existirem diferenças entre as visões filosóficas dos atores no que concerne a sua prática de trabalho em PICs é possível identificar uma forte consonância de tais práticas com a busca em compreender o homem não apenas no âmbito biopsicosocial mas como possuidor de uma “natureza energética”, o que nos levaria a inferir que grande parte dos entrevistados possuem uma visão das PICs próxima a uma perspectiva vitalista da vida humana.

A grande aproximação na perspectiva dos entrevistados de uma filosofia vitalista que pressupõe a existência de um nível vibracional energético além do corpo material, é entendido para autores como Luz (1988/2005) como algo coerente e adequado a racionalidade que sustenta a prática, uma vez que, grande parte dos saberes integrativos pressupõem em seus fundamentos cosmológicos a existência de um campo energético, que constitui e compõe o todo funcional do corpo, sendo o nível energético parte da morfologia de tais racionalidades.

Dessa forma é perceptível que em ambas Unidades as práticas envolvendo PICs estão de alguma forma relacionadas com a base cosmológica e filosófica que sustenta a racionalidade utilizada, a ambiência das unidades, o tipo de motivação em buscar o trabalho em PICs por seus atores, as especificidades do território onde tais unidades se encontram, são elementos que podem ser identificados como subsidiadores de uma prática em PICs que não subtrai o arcabouço filosófico das práticas na atuação rotineira.

Todavia como aponta Luz (1988/2005), uma racionalidade não é composta apenas por sua cosmovisão, mas também por sua morfologia

(anatomia), dinâmica vital (fisiologia), doutrina médica (concepção do que é a doença e de como opera), sistema terapêutico (tratamento) e sistema diagnóstico. Dessa forma analisaremos esses outros elementos a partir da realidade observada e da investigação teórica.

Foi recorrente entre as falas dos entrevistados que atuam com as PICs um reconhecimento da doença não apenas em sua etiologia biológica, o âmbito psíquico e social aparecem compondo o modelo causal, bem como identificados como elementos a serem contemplados no processo de tratamento, sendo o discurso do paciente um importante recurso para guiar a intervenção.

Percebo isso quando afiro a pressão de um paciente, ou quando vejo um idoso debilitado porque está deprimido, acho difícil compreender o adoecimento olhando apenas um nível(...) muitos estão tão ansiosos que são diagnosticados com problemas cardíacos, aí faço a auriculo, converso com ele e no final tiro novamente a pressão e está tudo certo, se nós escutarmos esse paciente vamos ver que muita da medicação pra parte cardíaca e mental poderia ser evitada, não por uma questão de serem nocivas, mas por serem totalmente desnecessária e o diagnóstico inicial errado. (UBS2).

Gosto de trabalhar com as PICs por saber que estou fazendo um trabalho mais completo, uso os pontos coringas da auriculo, são pontos fixos mas ajusto de acordo com a fala dele[paciente], vou intervir baseado no que ele fala. (UBS1).

Dos profissionais entrevistados é grande o número de atores envolvidos com a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), seja através da acupuntura, da auriculoterapia, das técnicas de massagem e práticas corporais. Dessa forma, a categoria dessa racionalidade sistema de diagnose foi investigado a fim de compreender como se dá o processo de diagnóstico utilizando a racionalidade da MTC.

Identificamos quanto ao diagnóstico duas realidades: (1) Não utilização do diagnóstico tradicional e substituição completa pelo diagnóstico biomédico e (2) Utilização parcial do diagnóstico tradicional em combinação com o diagnóstico biomédico. Tal realidade foi percebida em ambas unidades, apesar de algumas diferenças dadas pelas idiossincrasias de cada profissional, pode se afirmar que em ambos campos de estudo percebe-se a existência dessas duas perspectivas no que tange a lógica de diagnóstico.

Grande parte dos entrevistados relatam dificuldade em empregar o diagnóstico tradicional por uma questão de tempo, uma vez que compreendem que o emprego do sistema de diagnóstico tradicional exige além de uma grande experiência por parte do profissional, um

grande tempo a ser despendido, o que seria incompatível com a realidade funcional da assistência.

Uma consulta em homeopatia e MTC é demorada, precisamos pensar sobre isso, é uma questão prática que tem que ser conversada e existe divergência entre os profissionais, alguns dizem que isso não tem como ser feito no sistema pela questão da alta demanda(...) outros defendem que sim, tem como fazer. (UBS1).

Se eu ficar escutando todos e precisa disso para chegar no diagnóstico[tradicional], não vou ter como atender todo mundo. (UBS 2).

Tem a questão do tempo mas tem a parte da técnica, o curso de Acupuntura oferecido apesar de ter medicina chinesa é um curso de acupuntura médica com aplicação dos protocolos, e uso de determinados pontos para casos específicos(...) a questão das síndromes energéticas e a parte dos diagnósticos de pulso, língua não são o foco. (UBS 1).

Apesar dessas dificuldades apontadas no que concerne a realização prática do diagnóstico, os atores mostraram-se consonantes e sensibilizados a uma postura de não descartar e desprezar o raciocínio clínico de diagnose tradicional, reconhecendo sua importância, mas pontuando as dificuldades práticas de executá-lo.

Seguindo a lógica de Luz(1988/2005) em seu extenso trabalho de racionalidades médicas, podemos dizer no que tange a questão do diagnóstico, um exemplo concreto no campo de pesquisa *decolagem de práticas e simbiose entre lógicas distintas*. Seria tal questão uma problemática a ser destacada ou seria apenas uma especificidade que deve ser respeitada e legitimada?

Para abordarmos essa problemática precisamos tecer um raciocínio paralelo. Partindo dos dados discutidos até esse ponto devemos fazer uma digressão no que tange a uma das hipóteses dessa investigação. Como pesquisadores partimos da compreensão que seria possível as PICs serem utilizadas como um importante recurso para subsidiar as demandas de sofrimento psíquico consideradas de baixa complexidade na assistência básica, como sintomatologias de ansiedade e depressão. Tal perspectiva encontrou concordância com os atores ouvidos nessa investigação, identificou-se que as PICs já são empregadas afim de instrumentalizar o atendimento dessas demandas *psi*, e como identificado no item *Resultados*, o principal recurso empregado para esses casos é a auriculoterapia (técnica interventiva baseada na racionalidade da MTC), seguido de outras práticas edificadas

nessa mesma racionalidade e em outras como a racionalidade indiana tradicional.

Muitos dos profissionais apontaram o uso das PICs como importantes agentes capazes de reduzir o excesso de medicação dos casos de sofrimento psíquico, entendidos aqui como medicalização. O Yoga, a fitoterapia, e a acupuntura são identificados como importantes recursos além de outras práticas corporais como as massagens e técnicas físicas e respiratórias oriundas da MTC, mas foi notável e recorrente em nível clínico o uso da auriculoterapia como primeira estratégia utilizada, sendo o recurso mais empregado e mais difundido pelas várias classes de profissionais entrevistados.

Retomemos agora a indagação feita acima no que tange a substituição do diagnóstico tradicional pelo diagnóstico biomédico como estratégia para guiar a intervenção em uma prática fundamentada na MTC. Pensemos sobre esse ponto por uma perspectiva clínica, mas também, sociopolítica, afinal reconhecemos desde o início dessa investigação que se tratam de dimensões inseparáveis.

Observou-se que os médicos tendem a serem os principais executores da acupuntura enquanto os enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes de saúde e educadores físicos realizam a auriculoterapia e as outras técnicas derivadas da MTC como as práticas corporais e as massagens terapêuticas.

Como referendado no roteiro semi estruturado de entrevistas (Anexo II), uma das questões investigadas pedia para o profissional se posicionar quanto a prática de acupuntura ser ou não exclusividade dos médicos. Sobre tal questionamento todos profissionais, afirmaram não compreender a acupuntura como prática exclusiva do profissional médico. A posição abaixo de um dos entrevistados sintetiza e ratifica a compreensão dos atores:

Se o profissional tem a formação técnica necessária, está apto a realizar a atividade, ele pode fazer, mas deve conhecer e provar que sabe e isso serve também para mim que sou médico. (UBSI).

Todavia a realidade percebida nos centros foi de serem apenas os médicos os acupunturistas, muitos profissionais ao serem questionados se tinham interesse em empregar a prática, dizem que sim, mas indicam como um empecilho o fato de não ser ofertado cursos de MTC/acupuntura pela Comissão em PICs do município, sendo todas as edições realizadas até a presente data limitadas ao público médico. A fala de dois profissionais não médicos de unidades distintas, ilustram a questão:

Eu tenho formação, fiz o curso de Medicina Tradicional Chinesa por fora, mas não faço aqui,, sei que pode dar problema, sei lá se dá mesmo [risos], a uns tempos atrás eu até fazia, agora faço nos amigos e aqui na unidade fico mais na auriculo mesmo. (UBS 1).

Querida muito fazer o curso, mas não posso pagar e esse da Comissão é só pros médicos, eu até tiro as agulhas depois quando ele[médico] manda tirar, faço umas coisinhas de leve [risos]. (UBS 2).

Como já balizado na parte teórica desse relatório, posicionamos enquanto pesquisadores, que tal problemática circunscreve-se principalmente no âmbito das políticas de saúde e nas intrincadas lutas corporativistas, mais do que precisamente nas questões de ordem técnica no que tange as habilidades requeridas dos profissionais.

De acordo com dados dos profissionais que ocuparam e ocupam cargos de gestão na Comissão de PICs do município, a postura em oferecer cursos de MTC apenas para médico não se trata de uma normativa da política em PICs, que por sua vez, retifica o caráter multiprofissional e interdisciplinar das PICs, assim como, não se trata de exigência da Secretaria Municipal de Saúde. O fato de ser um curso exclusivo para médicos ocorreria, pois, os responsáveis pelo curso, médicos, assim definiram como requisito. O mesmo curso fundamenta-se em uma perspectiva biomédica, nas diretrizes epistemológicas do que vem sendo chamado de *acupuntura médica*.

Tendo por foco que as práticas em saúde são permeadas por lutas de poder e que muitas vezes essas são percebidas não apenas no choque de lógicas de trabalho distintas, mas também, pela história de lutas das várias corporações profissionais que atuam de forma multiprofissional, retomemos a problemática do diagnóstico delineada acima, pois tais questões estão intimamente relacionadas.

Sabe-se que é salvaguardado ao profissional médico o direito de diagnosticar e prescrever, observamos no campo que o trabalho com MTC se estabelece no emprego do diagnóstico médico, edificado na racionalidade da lógica biomédica, para subsidiar uma prática integrativa, que de forma alguma precisaria do diagnóstico biomédico para orientar a aplicação da terapêutica, uma vez que, possuem todos os elementos teóricos conceituais para se identificar a síndrome a ser tratada, todavia, o emprego da diagnose tradicional não se realiza, não por ser identificada como falha, mas por questões da ordem do tempo e da técnica, ou seja, por entender que é algo muito demorado e incompatível com o fluxo do sistema público de saúde ou por não se ter a formação necessária para conseguir realizar tal diagnóstico. E aqui cabe o questionamento, ao ser dado ao profissional de saúde não médico

os conhecimentos para se realizar um “diagnóstico tradicional” estaria sendo esse recurso de diagnose algo subversivo e contra a hegemonia do *estabilisment* médico? Seriam recursos que legitimariam a prática de diagnóstico e tratamento por profissionais não médicos?

Uma vez que na posse desse instrumental teórico o profissional de saúde não médico teria condições de estabelecer um diagnóstico, não o biomédico, mas mesmo assim um diagnóstico que irá guiar por sua vez a orientação de uma prática terapêutica. Disso cabe questionarmos, até que ponto o não emprego do diagnóstico tradicional dar-se apenas por questões da ordem prática. Estariam as vicissitudes dos poderes orientando e conduzindo para pensarmos ser mais eficiente, admissível e satisfatório não empregar a diagnose tradicional e só apenas a intervenção tradicional descolada de sua anamnese? Não temos a pretensão de responder a esses questionamentos, os trazemos sobretudo, para demarcar que as práticas em PICs e nesse caso específico a MTC não estão alheias as questões políticas e corporativistas. Como vimos, Luz (1988/2005) identifica ser possível racionalidades coexistirem de forma combinada, não se trata de deslegitimar o uso do diagnóstico biomédico para guiar a intervenção, mas é também, se perguntar, porquê o outro é preterido?

Como em várias racionalidades tradicionais, a anamnese em MTC dá importante destaque investigativo aos fatores chamados por nós ocidentais de externos ao adoecimento corporal, sendo exemplos disso, as emoções e o ambiente externo em que o sujeito está inserido. Compreender o padrão típico de resposta emocional em sua relação com a queixa sintomatológica faz parte do raciocínio clínico, para tal racionalidade a separação entre psíquico e somático é arbitrária, a compreensão dessa integralidade faz parte do processo.

A anamnese em MTC já é em si terapêutica, oferece espaço para a fala do sujeito, apesar da MTC utilizar recurso como a inspeção corporal, medição do pulso radial e outras estratégias que dependem do conhecimento do terapeuta, a compreensão de como as emoções estão afetando o corpo e como as funções orgânicas estão afetando o âmbito psíquico é inerente a esse tipo de racionalidade. O diagnóstico é sempre sindrômico, mutável, não é estanque, possibilita assim maior chance de retificação subjetiva, o colocar a doença entre parênteses e fazer emergir o sujeito que sofre, trazendo de forma ativa o usuário para o processo de detecção de seu sofrimento e o co-responsabilizando de forma pragmática para como suas emoções estão afetando sua corporalidade e vice-versa.

Ao posicionarmos de serem as PICs e nesse caso específico, a MTC, capazes de serem recursos viáveis para o atendimento a queixas de sofrimento psíquico, como ansiedade e depressão, não podemos obliterar a importância que tem a lógica do diagnóstico no processo curativo, não apenas pelas questões externas e políticas a prática clínica, mas por reconhecer que a potencialidade curativa se dá pelo conjunto de elementos da racionalidade e não apenas pela “parte final” do procedimento em si, (no caso da acupuntura, por exemplo, a aplicação das agulhas.)

Um instrumental que favorece a possibilidade do sujeito se implicar em seu adoecimento pode ser engolfado por uma lógica de trabalho que o coloque não como agente de sua cura mas como alguém que tem uma depressão e vai na UBS receber um agulhamento, ou seja, um recurso altamente potencializador da autonomia e co responsabilização no processo pode ser facilmente reduzido e minimizado, vindo a somar e sendo mais um dos muitos outros dispositivos que colocam o sujeito em seu lugar passivo, lugar de paciente, sendo a cura vinda de fora e através de um outro.

Nas intervenções em auriculoterapia para demandas principalmente de ordem psíquica é comum entre os profissionais entrevistados o uso dos pontos chaves, como ShenMen, Rim, Fígado, Pulmão, Estômago, e ponto de Ansiedade, trata-se de um protocolo de harmonização, sendo acrescentado outros pontos a partir da fala do usuário, e caso tenha problema com vícios ou insônia são acrescentados outros pontos. Todavia uma questão nos chama a atenção, que pode ser melhor elucidada através da fala de um dos atores entrevistados:

Quando vou colocando as sementes [auriculoterapia] vou conversando com ele, na verdade não é só a técnica, preciso da fala dele para orientar os pontos que vou trabalhar, isso não deixa de ser uma escuta qualificada, eles falam, se queixam e sentem que de alguma forma algo já está sendo feito para esse sofrimento. (UBS 1).

Como já mencionado a auriculoterapia foi uma das principais tecnologias utilizadas pelos profissionais entrevistados como recurso para as demandas de ansiedade e depressão e tendo uma resposta satisfatória por parte dos usuários que voltam a UBS e relatam melhora e demandam a terapia novamente. Foi possível identificar com os profissionais que trabalham com a técnica e como ilustrado na fala acima, que o emprego da auriculoterapia não deve ser feito de forma processual, como a aplicação de um protocolo rígido, a fala do usuário além de fundamental para guiar a técnica, encontra nesse espaço clínico um tempo legítimo para se fazer ouvir e o profissional de saúde ao

acolher essa narrativa estaria executando uma técnica mas também uma escuta qualificada do sofrimento psíquico, uma vez que, reconhece que cada emoção, sentimento e padrão comportamental está relacionado e corresponde a um sistema de órgão e vísceras que por sua vez também influência e é influenciado pelo padrão mental.

Por ser a auriculoterapia um dos recursos mais utilizados para as demandas psi, ocupemo-nos agora de discutir outras questões que tangenciam o emprego da técnica.

No caso da auriculoterapia, questões referentes ao processo de educação permanente novamente vem à baila na fala dos profissionais. Principalmente dos técnicos e de alguns agentes de saúde que utilizam o recurso.

Eu consegui fazer esse curso de aperfeiçoamento em auriculo que é digital [curso online oferecido pela Comissão em parceria com Ministério da Saúde/UFSC]porquê além de técnica de enfermagem que é meu trabalho aqui tenho um outro curso superior em outra área(...)se não tivesse esse curso só como técnica não poderia fazer o curso, tinha como requisito nível superior, e pelo que vejo aqui e em outros lugares um dos profissionais que mais fazem auriculo na rede são os técnicos de enfermagem. (UBS 2).

A fala de outro profissional do nível técnico em enfermagem ilustra essa temática:

Aqui na unidade sou uma das que mais fazem a auriculo, quando é paciente que gosta de conversar e tem queixas da parte mental o povo já sabe que vem primeiro pra mim [risos]...faço a prática tentando seguir a lógica da MTC da influência dos cinco elementos, fiz um curso com um mestre chinês que contribuiu muito, aqui na unidade tenho ensinado quem se interessa também...mas pro sistema [infoSaude] o que eu faço não existe, não tem a opção auriculoterapia para o procedimento que realizei, ai tenho que acabar colocando outra coisa pra fechar a consulta no sistema. (UBS 1).

A impossibilidade do profissional técnico em enfermagem fazer via sistema *InfoSaude* a relatoria da prática utilizada, no caso a auriculoterapia, além de ser algo que deve ser revisto no âmbito da gestão, uma vez que prejudica os índices podendo possivelmente gerar subnotificação dessa prática, opera também, como um recurso deslegitimador, por não reconhecer essa técnica como recurso passível de ser empregado por um técnico em enfermagem.

O nível da gestão dos centros trouxe pontos congruentes no que se refere a pouca ênfase dos cursos de educação permanente para o nível

técnico, não apenas no âmbito das PICs, mas também de forma geral, a fala da gestão de uma das unidades exemplifica isso:

Os aperfeiçoamentos e esses cursos por vezes deixam um pouco de lado esses profissionais [técnicos], quando recebo o convite percebo que a exigência do nível superior limita as pessoas que indicaria para fazer o curso(...) vejo que os técnicos ficam reféns de atividades muito mecânicas, aferir pressão e executar procedimentos básicos, qual o espaço para profissional se expressar mais ativamente em sua prática? Quase não tem, e isso tá se repetindo com as PICs.

Curioso é perceber que a principal atividade utilizada para demandas de sofrimento psíquico, a auriculoterapia, é executada principalmente por técnicos de enfermagem, agentes de saúde e educadores físicos (seja de forma ambulatorial ou nos grupos de apoio psicológico) e se dá por um aprendizado que não passa pelas capacitações ofertadas pelo município, no caso dos profissionais de nível médio. O aprendizado desse recurso por parte dos técnicos de enfermagem e agentes de saúde entrevistados deu-se principalmente por cursos feitos a cargo do próprio profissional e pelas trocas cotidianas com outros profissionais que utilizam a técnica.

No que se refere ainda a auriculoterapia devemos destacar a experiência exitosa da *Unidade de Saúde da Armação* em utilizar o recurso nos grupos terapêuticos de apoio psicológico. O grupo é coordenado por uma psicóloga do NASF e conta como membros da equipe, um técnico de enfermagem, uma agente comunitária e um educador físico.

Nesse grupo além das técnicas grupais utilizadas pela psicóloga os outros profissionais executam suas atividades em PICs como a auriculoterapia, o yoga e demais práticas escolhidas pelo grupo. O caráter multiprofissional combinado com o emprego dessas tecnologias tradicionais em um ambiente grupal tem-se se mostrado um eficiente recurso de intervenção em PICs em articulação com o campo das tecnologias psicológicas, como identificado no discurso dos atores entrevistados e na aderência dos usuários por essa modalidade de intervenção.

Apesar da auriculoterapia poder ser executada de forma clínica, como ocorre em ambas unidades, o trabalho em grupo como o identificado na UBS 2 parece apresentar algumas vantagens sobre o emprego da técnica apenas em caráter ambulatorial. O relato dos profissionais que atuam como essa modalidade interventiva mostrou que através do espaço grupal fica mais fácil incorporar na execução prática das técnicas o campo simbólico e conceitual dos recursos. A filosofia

que sustenta a técnica pode ser melhor aproveitada, seja através de discussões orientadas, leitura de textos e pelo espaço de construção das narrativas individuais, bem como, um espaço grupal acolhedor que se apresenta como uma rede de cuidado, sendo as técnicas oriundas das PICs o meio prático concreto de operar nessa rede.

Embora o emprego das PICs apresente-se como promissor no atendimento as demandas *psi*, de forma ambulatorial ou em grupos, reconhece-se a necessidade de pensar essa interface de forma estratégica e combativa, potencializando os recursos oriundos dessas tecnologias na atenção básica e tornando-os dispositivos eficientes na oferta de um atendimento as demandas mentais verdadeiramente pautado na pluralidade epistemológica e numa perspectiva de trabalho que as dimensões biopsicosociais sejam de fato contempladas em todas as etapas do processo de cuidado.

7. SUGESTÕES PARA O APERFEIÇOAMENTO DO TRABALHO EM PICS NO MUNICÍPIO.

O trabalho de compreensão dos discursos dos atores envolvidos com as PICS e o estudo da temática em suas dimensões teórica e políticas, podem nos indicar algumas propostas para orientar o aperfeiçoamento do trabalho em PICS no município, dando aqui destaque para o atendimento das demandas de sofrimento psíquico na UBS:

- 1) Os cursos oferecidos pela CPICs foram identificados como positivos, todavia por ser uma fase inicial de implantação das PICS no município, os cursos em sua maioria possuem caráter introdutório e de pouca carga horária. Sugere-se que seja oferecido aos profissionais que já cursaram os aperfeiçoamentos introdutórios uma sequência progressiva e aprofundamento na temática, dando continuidade as habilidades já desenvolvidas. Tal questão deve ser problematizada pois é comum perceber uma tendência em oferecer cursos pontuais em modalidade de “mosaicos temáticos”. Superada a fase de sensibilização das PICS no município sugere-se que os processos formativos em uma dada racionalidade sejam mais aprofundados e com maior carga horária.
- 2) Um dos curso presenciais oferecido que tem carga horaria maior e conta com um nível de aprofundamento de maior densidade é o de MTC/Acupuntura para médicos. Sugere-se que a Comissão crie estratégias para viabilizar esse curso em um nível multiprofissional, abarcando inicialmente, os profissionais de saúde de nível superior da rede. O posicionamento político por parte da CPIs no que tange ao emprego da Acupuntura para a categoria multiprofissional é necessário não apenas por atender aos princípios orgânicos do sistema, mas também os da política nacional em PICS que não limita a atividade apenas a categoria médica. Dessa forma, sugere-se que nos próximos processos formativos em MTC essa abertura a outros profissionais não médicos seja contemplada.
- 3) Identificou-se que os técnicos em enfermagem e os agentes de saúde são categorias de profissionais pouco aproveitadas no que se refere ao processo de implantação das PICS. Não são

legitimados em sua atuação quando cursos como os de auriculoterapia são restritos a esses grupos, ou quando, não podem relatar no sistema *InfoSaúde* a intervenção realizada (caso dos técnicos de enfermagem no emprego ambulatorial da auriculoterapia). Mesmo sem os cursos oferecidos e a impossibilidade de relatar no sistema essa atividade, esse grupo profissional tem-se mostrado um dos principais atores na execução de um dos recursos mais presentes para as demandas de sofrimento psíquico na UBS, a auriculoterapia. Sugere-se que sejam legitimados por parte da Comissão esse trabalho que já é realizado, oferecendo a esse grupo a possibilidade de aperfeiçoamento e educação permanente.

- 4) Diante da especificidade do trabalho dos agentes comunitários, sugere-se que esse grupo seja focalizado com mais atenção nas estratégias de formação, uma vez que a lógica das PICs está em profunda consonância com os objetivos da atuação desses profissionais. Mais do que aquisição de técnicas e aplicação de protocolos, esse profissional deve ser estimulado em cursos que o capacitem para uma intervenção de cuidado que potencialize os recursos da própria comunidade na prevenção de agravos, utilizando as lógicas preventivas das racionalidades tradicionais como catalizadores no trabalho com a comunidade. Identifica-se assim os Centros Comunitários de Saúde como um importante espaço de diálogo entre as práticas de cuidado tradicional realizadas na e pela comunidade com os recursos tradicionais já integrados na atenção básica, sendo o agente comunitário um importante ator na mediação e cartografia desses recursos.
- 5) Por grande parte das atividades em PICs estarem relacionadas a racionalidade da MTC, sugere-se que os fundamentos cosmológicos, filosóficos, doutrinas médicas, e diagnósticos tradicionais sejam melhor explorados nos cursos oferecidos pela Comissão. Uma vez que a aquisição e aperfeiçoamento dessa base conceitual pode ser empregado como recurso potencializador das intervenções seja no âmbito ambulatorial ou nos grupos, através de uma escuta qualificada e ativa. Compreende-se que grande parte da potencialidade das PICs atuarem no matriciamento da saúde mental se dá não apenas pelos recursos da prática interventiva final, mas não menos importante, pelo arcabouço teórico conceitual subjacente a prática, assim, sugere-se que cursos e oficinas como, por

exemplo, de filosofias orientais e de modalidades e ideias terapêuticas que contemplem lógicas tradicionais de diagnósticos sejam estimulados e ofertados.

- 6) Sugere-se que na próxima edição do Protocolo de Atenção em Saúde Mental (2010) para a rede de Florianópolis, a Política Nacional em PICs seja incorporada de forma mais explícita e contributiva nas recomendações e diretrizes do protocolo, principalmente para as demandas de baixa complexidade, oferecendo estratégias e vias concretas para a redução da medicalização, indicando e sistematizando possibilidades interventivas na interface PICs e saúde mental. Acredita-se ser viável essa articulação pelo grande número de UBS já sensibilizadas com o trabalho em PICS e pelo grande e progressivo aumento dessas práticas no município desde sua regulamentação.
- 7) Seguindo as políticas de saúde vigentes, concebe-se que todo profissional de saúde deve possuir subsídios teóricos e práticos para atuarem frente a demandas de saúde mental. Dessa forma pensar nas PICs como recurso teórico prático para instrumentalizar o trabalho com essas demandas por diferentes classes profissionais, pode apresentar-se como uma possibilidade viável, e para isso, sugere-se a criação de cursos/oficinas por parte da Comissão em parceria com o NASF, e outros atores da rede, que foquem a potente interface PICs e Saúde Mental como um importante eixo temático a ser desenvolvido no processo de educação permanente, co-responsabilizando todos os profissionais da UBS a atuarem de forma efetiva, de acordo com seu nível de instrução, no atendimento as demandas *psi*. As práticas e técnicas respiratórias oriundas das racionalidades tradicionais podem constituir recursos de grande eficiência, baixa iatrogenia e passíveis de serem desenvolvidos por grande parte dos profissionais dos centros de saúde.
- 8) Oferecer estratégias formativas que capacitem e estimulem os profissionais atuarem com as PICS em grupos de usuários e profissionais, por ser um espaço e modalidade de trabalho que possui grande paralelismo com a lógica integral das PICS, sendo um *locus* facilitador para os fundamentos raízes das PICs serem trabalhados e desenvolvidos com os usuários.
- 9) O trabalho em PICS realizado pela Comissão municipal, sobretudo no que concerne ao processo de educação

permanente, pode ser ampliado se contar com a parceria da GEABS, embora interlocuções existam, ainda são incipientes. A Gestão Estadual da Atenção Básica iniciou o trabalho de educação permanente em PICS utilizando o *Telessaúde* como principal recurso pedagógico, através de webconferências, mini cursos e fóruns online de discussão. Esse tipo de formação deve ser estimulado, uma vez que, a modalidade EAD permite a formação do profissional na própria unidade de saúde, reduzindo seu afastamento e deslocamento da unidade para o processo educativo, uma das causas limitadoras para o profissional iniciar sua formação. Além disso, o Telessaúde integra as diferentes experiências exitosas do Estado em PICS, permitindo uma troca de experiências não apenas no nível municipal. A articulação entre os níveis estaduais e municipais é entendida como recurso estratégico para maximizar e potencializar a educação permanente em PICS.

- 10) A Educação Permanente em PICS na própria unidade de saúde é também um recurso fundamental para maximizar o processo de educação permanente, todavia, é mister criar recursos práticos para isso ser possível e viável na atribulada rotina de trabalho das unidades. Sejam através das reuniões de equipe que destinem um tempo para esse processo, ou, em encontros temáticos com a comunidade e profissionais na própria unidade como já ocorre nos centros de saúde investigados nesse estudo.
- 11) Sugere-se que a Comissão em PICS do município torne disponível através de seus veículos de informação, como se dá o processo de ingresso e participação nos trabalhos da comissão municipal, tal medida possibilitaria maior permeabilidade dos profissionais atuantes na assistência em PICS do município na gestão participativa de temas que os interessam, e dizem respeito a sua prática de trabalho, como por exemplo, as ofertas e tipos de cursos que devem ser ampliados e aprimorados, bem como, a oportunidade de se posicionarem em questões de ordem política e institucional, transformando cada vez mais a gestão em PICS num processo ampliado, democrático e integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse projeto identificamos que as PICs, através do *Discurso Integrativo*, por estarem principalmente situadas no nível básico de saúde em termos das políticas nacionais e municipais, podem oferecer um importante corpo teórico prático para orientar as intervenções de casos de sofrimento psíquico considerados leves, trazendo assim, um maior índice de resolutividade dessas queixas, reduzindo a medicalização excessiva ou encaminhamento a um nível especializado. Identificou-se que esse tipo de discursividade tem a potencialidade de operar como um importante agente matriciador da saúde mental dentro da unidade básica de saúde. Para tanto, entende-se que o *Discurso Integrativo*, deve estar balizado em suas fundamentações epistêmicas, comportando-se como um dispositivo matriciador, como um *Discurso-Ato*, um *Dispositivo-Instituição*, apresentando-se como um tipo de discursividade redutora dos processos iatrogênicos tanto do ponto de vista clínico como também no âmbito social e cultural.

Com a ocidentalização da prática da MTC é cada vez mais comum o emprego do diagnóstico médico padrão, alicerçado na lógica cartesiana biomédica e o uso da técnica tradicional, seguindo um protocolo médico principalmente no caso da acupuntura, desarticulando assim a fundamentação teórica, cosmológica da técnica de sua execução. Isso pode ser facilmente compreendido uma vez que ao adotar a cosmologia desses saberes tradicionais, provoca se um incomodo na mente do ocidental, haja vista, que com eles, se traz à baila uma lógica vitalista que concebe o processo de adoecimento em seu primeiro nível, ou seja, como um desequilíbrio energético que se dá do nível vibracional para o material, devendo a correção começar no nível vibracional.

Como sabemos o trabalho em saúde mental é sujeito a um perigo eminente, o de reprodução de práticas normativas e não críticas, distanciando-se dos avanços conquistados nas últimas décadas no que tange a um atendimento em saúde mental que prime pela pluralidade e integralidade da ação, colocando o usuário como protagonista de sua vida e não o reduzindo-o a uma doença. No caso do emprego das PICs o perigo se mantém, se tais práticas foram apropriadas pelas conhecidas lógicas hegemônicas e destituída de seus fundamentos raízes a potencialidade do recurso pode converter-se em reprodução.

Compreendemos que o potencial desmedicalizante, integral, singular e humanizador da PICs e sua capacidade de instrumentalizar o atendimento ao sofrimento psíquico, tem seu valor comprometido em

nível clínico e cultural quando a sua base cosmológica é subtraída. Tem-se uma iatrogenia não apenas clínica, mas também social e cultural, pois destitui as capacidades e potencialidades do dispositivo tradicional de cuidado operar em sua totalidade e integralidade.

O esquecimento da “arte de curar” pelo empreendedorismo da prática médica e todo o mercado que a circunscreve é uma das causas dessa perceptível *desarmonia clínica* da medicina contemporânea, já pontuada por vários autores. Por isso, reiteramos o fundamental papel da educação permanente, em integrar as bases filosóficas desses saberes de forma a oferecer um processo educativo em PICs não apenas marcado pela ênfase do conteúdo e da técnica, mas sobretudo, que valorize a reflexão crítica das práticas em saúde, e para tanto, incorpore o estudo e aprofundamento nas teorias e doutrinas raízes das racionalidades utilizadas, permitindo através das PICs a ampliação da pluralidade epistemológica dentro do sistema de saúde.

A compreensão do fato de não dever as racionalidades orientais tradicionais terem foracluída sua cosmologia da técnica, não se apresenta como uma tentativa de impor a tradição sob a lógica da modernidade, mas sim, sinaliza para o fato de que é na base conceitual que a potencialidade dos recursos das PICs se legitimam, permitindo uma contribuição efetiva para o atendimento ao sofrimento psíquico, sob uma perspectiva crítica e fazendo do processo de prevenção e tratamento um momento de implicação do sujeito em seu sofrimento.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, J. *Metáforas da Desordem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- AMARANTE P.; *Saúde mental e a atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- ANDRADE, J ; COSTA,A. *Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica*. Saúde soc, São Paulo , v. 19, n. 3, Sept. 2010.
- AUTEROCHE, B ; NAVAILH,P. *O diagnóstico na medicina tradicional chinesa*. São Paulo: Andrei, 1992.
- BARROS, J. A. C. *Pensando o Processo Saúde Doença: A que Responde o Modelo Biomédico*. Saúde e Sociedade. v. 11, 2002.
- BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Brasília: Gabinete do Ministro, Seção 1, p.47-50; 2008.
- CAMARGO, K. *Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea*. Série Estudos em Saúde Coletiva 65. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Cad. Saúde Pública, v.23, n.2, fev.p. 399-407, 2007.
- CHENGGU, Y. *Tratamiento de las enfermedades mentales por acupuntura y moxabusion*. Beijing: EdicionesLenguasExtranjeras, 1992.

- CHUEN, L. *O caminho da cura: Chi Kung para energia e saúde*. São Paulo: Manole, 2000.
- DAIAMOND, J. *Seu corpo não mente*. Rio de Janeiro: Record, 1983
- DARÉ, P. K. *Análise das estratégias de cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária da saúde*. 2013. 77f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Centro de ciências da saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.
- DOBLER, G. *Cinesiologia: fundamentos, práticas, esquemas de terapia*. São Paulo: Manoele, 2003.
- FAUBERT, G., & CREPON, P. A. *Cronobiologia Chinesa*. SP:IBrasa, 1990.
- FIGUEIREDO M.D., ONOCKO CAMPOS R.; *Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):129-138, 2.
- FOCAULT, M. *A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- FOCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1980.
- FOCAULT, M *A ordem do Discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- GUIRADO, M. *Psicanálise e Análise de Discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico*. São Paulo: Summus, 1995.
- GUIRADO, M. *A Análise Institucional do Discurso como Analítica da Subjetividade*. IPUSP, São Paulo, 2009.
- GERBER, R. *Medicina Vibracional, uma medicina para o futuro*. São Paulo: Cultrix, 2007.
- GOODHEART, G. J., *You'll be better. The history of Applied Kinesiology*. Geneva: Printing, 1986.
- ILLICH, I. *Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde*. Nova Fronteira, São Paulo, 1975
- KORIN, A. *O processo de regulamentação da Acupuntura no Brasil: um mapeamento dos discursos de atores e entidades protagonistas*. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, 2016.

KUPFER, M. C. O que toca à/a Psicologia Escolar. In: Psicologia escolar; em busca de novos rumos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

LEE, E. W. *Acupuntura Constitucional Universal*. São Paulo :Typus, 1994.

LUZ, M.T. *Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. RJ: Ed. Campus, 1988 (2ª. Edição revista, 2004, São Paulo: HUCITEC).

LUZ, M. T. *A arte de curar e a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

LUZ, M.T. *Racionalidades Médicas e Sistemas de Conhecimento*”. In: II Seminário do Projeto Racionalidades Médicas, IMS/UERJ, 1993, pp. 1-41 mimeo

LUZ, M. T. *Racionalidade Médicas e Terapêuticas Alternativas*. In: Encontro anual da ANPOCS, 1994.

LUZ, M. T. *Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX*. In PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145-176, 2005.

LOWEN, A. *O Corpo em Terapia*. São Paulo ,Summus, 1977.

LOWEN, A., LOWEN, L. *Exercícios de Bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante*. 8a ed. São Paulo: Agora, 1985.

MACIOCIA, G. *Diagnóstico na Medicina Chinesa: Um Guia geral*. São Paulo: Roca, 2006.

_____ *Fundamentos da Medicina Chinesa*. 2.ed. São Paulo: Roca, 2007.

_____ *A Prática da Medicina Chinesa*. São Paulo: Roca, 1996.

MARIÉ, E. *Compendio de medicina chinesa: fundamentos, teoria y práctica*. Madrid: Edaf, 1998.

MENENDEZ, E.L. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2010.

NEI CHING. *O Livro de Ouro da Medicina Chinesa*. Ed: Domínio Público, 1989.

OLIVEIRA, G. N. *Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede*. In: CAMPOS, C. W. S; GUERRERO, A. V. P. (orgs.) *Manual de práticas de atenção básica, saúde ampliada e compartilhada*. p. 273-282. São Paulo: editora Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, W.F. *Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção da saúde*. In: Saúde em Debate, rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 38-48, jan./dez, 2008.

OLIVEIRA, W.F. *A construção cultural da saúde e o espaço da medicina Tradicional*. In: 2 Simpósio Internacional de Disciplinas Etnobotânicas, La Paz, 2003.

OMURA, Y. *Acupuncture&Electro-TherapeuticsResearch*. In: Cognizant Communication Corporation, Volume 12, Number 1, , pp. 53-70(18), 1987.

ONOCKO CAMPOS R.; GAMA, C. *Saúde mental na Atenção Básica*. In: CAMPOS, C. W. S; GUERRERO, A. V. P. (orgs.) *Manual de práticas de atenção básica, saúde ampliada e compartilhada*. p. 221-246 São Paulo: editora Hucitec, 2008.

PÉREZ, N. *Acupuntura I Fundamentos de Bioenergética*. Barcelona: Ed: Ediciones, 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. *Instrução normativa 001/2010. Secretaria Municipal de Saúde, 2010.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIÁNOPOLIS. *Instrução normativa 004/2010. Secretaria Municipal de Saúde, 2010.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. *Portaria 047/2010. Secretaria Municipal de Saúde, 2010.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. *Protocolo de atenção em saúde mental, Município de Florianópolis. / Secretaria Municipal de Saúde. - Tubarão : Ed. Copiart, 2010.*

ROSS, J. Zang Fu: *Sistemas de Órgãos e Vísceras da Medicina Tradicional Chinesa*. 2. ed. São Paulo: Roca, 1995,

ROCHA, S. A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de desafios e lutas. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):155-164, 2015.

SANTOS; TESSER. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):3011-3024, 2012.

SOUZA, MP. Tratado de auriculoterapia. Brasília: Look; 2001

SVOBODA, R; LADE, A. *Tao e darma, medicina Chinesa e Ayurveda*, São Paulo: Pensamento, 1995.

TESSER, C. D. *A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas 1999.*

TESSER, C, D; LUZ, M.. *Racionalidades médicas e integralidade. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, Feb. 2008.*

TESSER, C, D; LUZ, M. *Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo , v. 7, n. 2, 2002.*

TESSER, C.D. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS. São Paulo: Hucitec, 2010*

TESSER, C. D. *Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. In: Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.336-350, 2012.*

TESSER, C. D. *Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 732-42, 2009.*

THIE, J. *Touch of Health*. The Vorss & Company: Marina del Ray, 1979.

VIARO, R. *Modos de subjetivação na formação em psicanálise: uma análise institucional em discurso*. UFPR: Curitiba, 2011.

WILBER, K. *O espectro da consciência*. Ed Cutrix: São Paulo, 2007.

YAMAMURA, Y. *Acupuntura Tradicional: A Arte de Inserir*. 2.ed. São Paulo: Roca, 20

YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no cuidado em Saúde Mental: A experiência em Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Diego Diz Ferreira e Walter Ferreira de Oliveira.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender como as Práticas Integrativas e Complementares podem contribuir para a assistência em Saúde Mental na Unidade Básica de Saúde

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Diego Diz Ferreira antes de iniciar a entrevista. Na sua participação você será questionado sobre o tema do estudo afim de dar sua opinião sobre alguns pontos, não existem respostas certas ou erradas o que desejamos é saber o que você pensa sobre tais questões. Fique à vontade para se expressar, os dados coletados nas entrevistas serão sistematizados sem com que sua identidade seja revelada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. A entrevista não será gravada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar desse estudo. Não existem riscos em participar dessa pesquisa. Você responde apenas as perguntas que desejar responder, em nenhum momento você será forçado a dar qualquer tipo de declaração. Ao participar dessa pesquisa você irá contribuir para pensarmos em melhores estratégias de cuidado do sofrimento psíquico nas Unidades Básicas de Saúde, por isso sua colaboração e disposição é muito importante.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Diego Diz Ferreira (48) 98022509 e poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Santa Catarina, Pró-Reitoria de Pesquisa: R. Desembargador Vitor Lima, nº 222,sala-401Trindade,Florianópolis-(48)3721-6094.

Florianópolis,de.....de

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido. _____

ANEXO II

Roteiro de entrevistas Semi estruturado

Eixo 1 PICs e trajetória pessoal/ profissional

Como as PICs estão presentes em seu trabalho?

Qual seu histórico pessoal em relação a elas? Qual a motivação em trabalhar com esses recursos?

Quais as principais conquistas e dificuldades?

Você percebe que existe um trabalho em conjunto aqui na unidade em relação as PICs? A equipe fala a mesma língua? Existe um discurso comum quanto as PICs?

Como os pacientes recebem esses recursos?

Qual sua relação com a Comissão de PICs do município?

Eixo 2 PICS e Saúde Mental

Você identifica relações entre as PICs e o trabalho em Saúde Mental aqui na unidade?

Já realizou intervenções com PICS vinculada a demandas de saúde mental? Como foi? Quais as dificuldades e potencialidades?

Como construir o PTS a partir do referencial das PICS

Qual a natureza do procedimento eu realiza?

Como se dá o matriciamento em saúde mental na unidade?

Eixo 3: Recursos técnicos e racionalidades Médicas

Como você entende e descreve o processo de intervenção e tratamento em PICs?

Como se dá a relação entre as PICs e a lógica biomédica no sistema de saúde?

Como você faz um diagnóstico baseado nas PICs?

De exemplos de casos atendidos.

Como se dá o intercâmbio entre teoria e técnica?

Quais tipos de procedimento você mais utiliza envolvendo as PICS?

Como se dá essa escolha?

Você consegue aplicar os fundamentos teóricos filosóficos das PICS na atuação prática ou percebe que existem dificuldades ?

Eixo 4: Educação Permanente em PICs

Como você avalia seu processo de educação permanente em PICs?

Quais cursos você fez ou gostaria de fazer? Quais são as suas potencialidades e lacunas nesse sentido de formação?

Você consegue harmonizar de forma satisfatória teoria e técnica em sua atuação?

Como você avalia os cursos oferecidos pelo município?

Como você avalia a tentativa do Conselho de Medicina em restringir a acupuntura como uma atividade exclusiva do médico?

Você faria um curso em acupuntura se fosse oferecido pela Comissão?

Eixo 5: Gestão em Pics (gestores)

Qual a história da Comissão de PICs?

Como se deu sua inserção nela?

Quais foram as principais conquistas desde sua implantação no município? Quais interesses, dificuldades, objetivos?

Como ocorre de forma prática a composição e o funcionamento da comissão?

Quais classes profissionais estão envolvidas na Comissão?

10.3 ANEXO III

Exemplo de Anamnese e pré diagnóstico bioenergético em MTC (Escola de Acupuntura Constitucional)

O exemplo delineado abaixo constitui um dos muitos procedimentos de práticas clínicas de diagnósticos que toma por base a racionalidade mãe (raiz) para guiar a prática interventiva, embora utilize meios e tecnologias contemporâneas em conjunto. Esse modelo foi selecionado como exemplo por atender aos seguintes critérios: (1) ilustra que um diagnóstico tradicional que desvela a síndrome de fundo (desequilíbrio energético constitucional do sujeito) pode ser feito de forma relativamente mais rápida quando compara-se a outras estratégias que demandam um tempo maior de investigação; (2) possibilita ao profissional uma estratégia para fazer um diagnóstico do desequilíbrio energético sem com que precise usar unicamente a técnica da pulsologia, considerada de difícil aprendizado (embora não a substitua); (3) permite uma prática de cuidado não apenas sintomática pois visa o equilíbrio da desordem constitucional(síndrome de fundo); (4) possibilita um diagnóstico em que o sujeito participa de forma ativa, bem como, favorece a esse um aprendizado do efeito das emoções em seu corpo, o sensibilizando para reconhecer que existe no corpo uma sabedoria que reconhece aquilo que seria benéfico e aquilo que teria efeito nocivo no organismo.

Apesar de todas as potencialidades e variações de aplicação que esse recurso possui, a construção de um protocolo só pode acontecer com a participação ativa dos atores do Centros de Saúde que se interessem em inserir recursos de diagnóstico bioenergéticos em suas práticas de trabalho, produzindo um esquema que atenda sobretudo as

necessidades do serviço. Para isso o envolvimento desses com a temática é fundamental e pré-requisito para a busca e construção de um protocolo que contemple a avaliação de aspectos psíquicos e bioenergéticos.

Um dos recursos estratégicos na utilizados na elaboração dessa anamnese é o *RingTest*, baseado no diálogo tônico, e na interpretação de padrões musculares ao serem submetidos a elementos externos como um alimento, ou elementos internos como emoções. O fato de sua centralidade deve-se a algumas razões: (1) É um recurso da ordem do cuidado, da arte de curar; (2) é uma tecnologia leve e não dura, dispensa recursos caros sua aplicação é artesanal e clínica; (3) tanto o momento da aplicação como os efeitos produzidos do teste aproximam terapeuta e paciente; (4) Produz nos sujeitos que vivenciam uma retificação subjetiva de suas posturas e uma implicação em seu sintoma; (5) permite identificar de forma vivencial como as emoções afetam diretamente o corpo; (6) permite a dupla vivenciar os efeitos energéticos no corpo; (7) oferece ao terapeuta os sistemas que constitucionalmente tendem para o desequilíbrio, proporcionando um diagnóstico constitucional da síndrome energética do indivíduo; (8) é um recurso de investigação que rapidamente pode ser aprendido, dispensando uma vasta experiência em diagnóstico diferencial sindrômico em MTC e auxiliando o profissional na difícil execução do teste de pulsologia; (9) propõe aos participantes estratégias de integração com as leis de cura, oferecendo uma lógica e apoio material para uma prática de autocuidado.

Ocupemo-nos agora em detalhar um pouco melhor os fundamentos e princípios técnicos do *Ring Test* aplicado ao diagnóstico das síndromes de fundo. O desenvolvimento dessas posturas técnicas foi retirado e inspirado na metodologia de trabalho do médico coreano Eu Won Lee em seu livro *Acupuntura Constitucional Universal*(1994). Para aprofundamentos nesse recurso, consultar a obra.

No começo da década de 60, George Goodheart, D.C, descobriu os fundamentos da Cinesiologia Aplicada (CA- atualmente alterada para Cinesiologia Especializada,) fundindo os conhecimentos de Cinesiologia, Quiroprática, Medicina Chinesa, Tibetana e Indiana. Conseguiu assim uma das maiores contribuições do século XX para as medicinas Naturais: a descoberta de enigmas e aspirações do corpo através de um teste simples e objetivo, acessível a qualquer pessoa. As aspirações e potencialidades do teste muscular são realmente fantásticas. (Lee, 1994), permitindo uma “escuta do corpo” através da comunicação e interpretação de um diálogo tônico estabelecido entre sujeito e pesquisador (terapeuta).

Lee comenta que desde os primeiros contatos que teve em 1983 com a Cinesiologia Aplicada percebeu logo sua importância e aplicação em Acupuntura, principalmente para resolver um dos maiores problemas em diagnóstico, a pulsologia, um método subjetivo e difícil, porém muito importante para orientar o tratamento pois identifica os sistemas vulneráveis do organismo. Tal percepção vai sendo concretizada e materializada nas produções de D. Larson (1995) na revista “American Journal of Acupuncture” e nos trabalhos que Yoshiaki Omura tem divulgado no Ocidente a partir de 1982 sobre o Ring Test. A primeira descrição do método foi publicada pelo Dr. Omura em 1981. A patente do método foi requerida em 1983, tendo sido concedida em 1991, e em 1993 o resumo da patente foi publicado oficialmente, sendo reconhecido como propriedade intelectual universal e nomeada de BDORT, ou “Bi-Digital ou O-Ring Test”, (Omura, 1987).

A partir desse método desenvolvido torna-se possível avaliar a reação do paciente frente a diversos agentes, identificando por exemplo, quais alimentos são compatíveis ou não para aquele sujeito, todavia o recurso é compatível para testar inúmeros materiais, como por exemplo combinações de ervas (fitoterapia) e os desequilíbrios constitucionais (acupuntura). Pesquisas recentes da Escola de Acupuntura Constitucional descobriu o fato de que existe uma compatibilidade energética entre os vários alimentos e cada biótipo constitucional. A observação clínica mostrava que certos alimentos eram incompatíveis com determinados tipos constitucionais. Grupos de cinesiologistas americanos já utilizavam a resistência muscular como parâmetro para indicar incompatibilidades a drogas, alimentos, emoções nocivas e etc.

Detemo-nos a alguns procedimentos básicos da realização do teste. Pede-se primeiramente ao cliente fazer um anel com os dedos dos polegar e indicador da mão dominante. (Se for destro, mão direita, se for canhoto, mão esquerda). Deve-se instruir o cliente a tirar todos os objetos metálicos dos braços e mãos e assim também deve o terapeuta.

O terapeuta avaliará as forças musculares do sujeito, procurando romper a resistência dos dedos em forma de anel, usando para isso seus dois indicadores e estabelecer um parâmetro de comparação, antes de testar as substâncias.

Feito isto, pede-se ao sujeito que segure algum alimento a uma distância de aproximadamente 30 cm do seu corpo. Novamente testamos a resistência dos dedos em anel. Se o alimento for compatível, notaremos que a força de apreensão do cliente estará igual ou até aumentada. Se houver uma perda da força pelo cliente (a resistência muscular dos dedos é menor) indica que tal substância é incompatível.

O Ring Teste serve como diagnóstico do tipo constitucional. Por exemplo, se um paciente apresenta perda de uma força considerável frente a alimentos como cebola ou gengibre que é exclusivamente incompatível para o tipo II, teremos que considerar este paciente constitucional II, que possuem por sua vez síndromes energéticas constitucionais que devem ser harmonizadas, nesse caso a deficiência se encontra no Rim/ Bexiga e o excesso energético no Coração/ Intestino Delgado.

Num outro exemplo temos a cenoura, que é benéfica somente ao tipo III, indivíduos com excesso de Fígado e Vesícula Biliar e deficiência de Pulmão e Intestino Grosso. Clientes que tem um aumento da força de apreensão nos dedos quando experimentado com estes alimentos é do tipo III. Já pacientes que não toleram o pepino devem ser considerados do tipo IV, biótipo que possui deficiência de energia no Coração e Intestino Delgado e excesso no Rim/ Bexiga. O ovo é prejudicial unicamente ao tipo I, biótipo que possui excesso energético no Pulmão e Intestino Grosso e deficiência em Fígado e vesícula biliar. Tais deficiências e excessos constituem o que chamamos de “síndromes de fundo”, dessa forma antes de iniciar o tratamento sintomático devem ser harmonizadas. O emprego desse raciocínio clínico é o que irá diferenciar o emprego da acupuntura sintomatológica ocidental para a intervenção tradicional que reconhece a existência de uma síndrome de fundo.

Atualmente algumas padronizações foram feitas utilizando apenas sementes dos alimentos e ervas, baseados na alimentação constitucional. Na prática clínica utiliza-se sementes de nabo, cebola, espinafre e couve. Sujeitos que pertencem ao grupo constitucional I perdem a tonicidade muscular ao segurar sementes de nabo, sujeitos do grupo constitucional II perdem a tonicidade muscular ao segurar sementes de cebola, sujeitos do grupo constitucional III perdem tonicidade muscular ao segurar sementes de espinafre e sujeitos do grupo IV perdem a tonicidade muscular segurando sementes de couve. No teste as sementes ficam em um tubo de ensaio e o sujeito testado as segura em sua mão não dominante, enquanto que com sua mão dominante faz um anel com o indicador e polegar que receberá a pressão por parte do terapeuta na tentativa de rompe-lo.

O padrão de tonicidade muscular será perceptivelmente diferente em um dos quatro tubos de sementes testadas, independente da ordem de aplicação, indicando com isso qual grupo constitucional o sujeito pertence. Quando o sujeito está submetido a semente de seu grupo constitucional não conseguirá manter o tônus muscular no anel, que será

rompido mediante uma pequena força, quando se tem por referência os outros tubos testados. Após identificar a semente que reduz a tonicidade muscular(indicativo de uma perda do Qi – energia vital) pode-se ainda comparar com outra semente que permite a manutenção do anel mediante a força, esse comparativo é importante para o sujeito e terapeuta perceber a clara diferença que ocorre na musculatura testada quando compara-se os padrões de força, e para deixar claro ao cliente que não importa a ordem dos tubos testados, o tubo que contem a semente que reduz seu Qi seja testado primeiramente ou no fim do procedimento irá sempre apresentar o mesmo padrão de enfraquecimento muscular.

Alguns detalhes devem ser observados:

A posição padrão deve ser uma postura ereta em pé, dos dois participantes, todavia algumas variações são possíveis, sentados ou em decúbito dorsal.

Para tornar o teste mais perceptível e confiável pode-se fazer antes da aplicação uma estimulação do Vaso Governador, do Vaso Concepção e do ponto R 27.

É importante que se explique ao cliente que não queremos testar toda sua força, queremos apenas saber se o músculo em forma de anel, consegue trancar-se naquela posição (ligado, com energia circulando normalmente), e que não há necessidade de utilizar outros músculos, nem usar todas as forças do corpo para resistir ao toque (endurecido). Ninguém vai rir da sua força. Geralmente quem dá os risos é o próprio cliente ao perceber que quando submetido as sementes de um dado alimento perde instantaneamente toda sua tonicidade muscular.

O paciente deve ser um agente ativo nessa investigação (apesar do nome que ainda o recebe). Ele deve ser conduzido a estar atento as variações dos padrões musculares. Para isso um dos recursos muito proveitosos é mostrar para ele a diferença que ocorre nos padrões musculares quando pensa sobre momentos felizes de grande contentamento, êxtase e quando pensa em momentos desagradáveis de tristeza e angustia. Além desse ser um recurso que oferece padrões de resistência tanto para o terapeuta como para o sujeito participante, possibilita um momento e espaço vivencial para que se perceba o como nossos esquemas mentais afetam diretamente o funcionamento corporal.

Sempre que o cliente for submetido a padrões de pensamento envolvendo sentimentos e emoções de tristeza, angustia, medo e ressentimento sua tonicidade será instantaneamente afetada, não conseguindo manter o anel entre o indicador e o polegar fechados mediante a força exercida pelo terapeuta. Em contrapartida quando é

solicitado para criar telas mentais de alegria, contentamento, de momentos de muita felicidade vividos ou desejados o padrão muscular muda instantaneamente, a tonicidade dos dedos se torna firme e o terapeuta não consegue romper o anel. Recomenda-se fazer esse procedimento antes de iniciar o teste tipológico. Pede-se para o cliente criar essas telas mentais, a ordem não importa, pode ser tanto a tela mental de emoções negativas como a positiva para iniciar. Quando estiver bem envolvido com a emoção selecionada ele avisa ao terapeuta que irá fazer a tensão sobre o anel.

Se o sujeito responder de forma adequada a esse teste dos padrões emocionais tem-se o indicativo que o dialogo tônico pode ser estabelecido. O corpo possui um padrão de estímulos que identifica tudo o que seria bom ou ruim para ele, mediante um pareamento de estímulos passíveis de serem interpretados via tonicidade muscular.

O tipo de biotipo identificado no teste tem várias implicações para o tratamento, produzindo um projeto singular de cuidado que aborda e contempla as dimensões físicas e psíquicas, levando em conta a dimensão constitucional e sintomática levando a produção de um Diagnóstico Energético Ativo. Damos esse nome para marcar e assinar que não se trata apenas de um diagnóstico que orientará a intervenção clinica ele em si já possui efeitos terapêuticos, uma vez que o sujeito percebe que pode consultar seu corpo afim de identificar pensamentos, padrões comportamentais, substancias e alimentos que seriam favoráveis e aqueles que seriam desfavoráveis, trazendo ao cliente um papel ativo na investigação de seu sofrimento.

Não se trata de ensinar o cliente a fazer diagnósticos, mas sim, de sensibiliza-lo para seu papel no processo de tratamento. O diálogo tônico nesse teste possibilita além de realizar o diagnostico constitucional do cliente (identificar seu desequilíbrio energético constitucional) orientando a prática de tratamento, mostra de forma vivencial aos sujeitos participantes da experiência que o corpo possui uma memória e sabe reconhecer aquilo que é benéfico e aquilo que é nocivo, sendo o padrão de tonicidade muscular o parâmetro indicativo.