UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nathaly Sophia Rocha Phillips David

AUTOAVALIAÇÃO INTEGRATIVA DA GESTÃO DO CUIDADO: SENTIDOS E SIGNIFICADOS DAS PICS EM NÍSIA FLORESTA

NATAL / RN
2016

Nathaly Sophia Rocha Phillips David

AUTOAVALIAÇÃO INTEGRATIVA DA GESTÃO DO CUIDADO: SENTIDOS E SIGNIFICADOS DAS PICS EM NÍSIA FLORESTA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

Orientadora: Profª. Drª. Ana Tania Lopes Sampaio

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde

Natal / RN

2016

Ficha Catalográfica

David, Nathaly Sophia Rocha Phillips.

Autoavaliação integrativa da gestão do cuidado: sentidos e significados das PICS em Nísia Floresta / Nathaly Sophia Rocha Phillips David. - Natal, 2017.

99f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família)-Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/NESC, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientadora: Profª. Dra. Ana Tânia Lopes Sampaio.

1. Práticas Integrativas e Complementares - Dissertação. 2. Atenção Básica - Dissertação. 3. Transdisciplinaridade Dissertação.
I. Sampaio, Ana Tânia Lopes. II. Título.

RN/UF/BSCCS

CDU 614.39(813.2)

Nathaly Sophia Rocha Phillips David

AUTOAVALIAÇÃO INTEGRATIVA DA GESTÃO DO CUIDADO: SENTIDOS E SIGNIFICADOS DAS PICS EM NÍSIA FLORESTA

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Profa.Dra. Ana Tania Lopes Sampaio – UFRN

(Orientadora)

Profa. Dra. Rosana Lucia Alves de Villar – UFRN

(Membro Interno)

À DISTANCIA

Profa. Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa – Fiocruz

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 31 de agosto de 2016.

A minha Orientadora Prof.ª Dra. Ana Tânia pelos ensinamentos diários, pela paciência e dedicação nas orientações e na construção desse conhecimento, principalmente pelo seu entusiasmo e devoção àquilo que acredita;

Gratidão!

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos Pedro Felipe e Pedro Gabriel;

Ao meu Marido Ronaldo;

Aos meus familiares e amigos, em especial ao meu Mestre de vida, o Dr. Edilson Alves de Carvalho;

A Professora Dra. Katia Brandão Cavalcanti, Pelo incentivo e ensinamento, por me fazer acreditar que era possível, por me mostrar a direção e o caminho que deveria trilhar.

A Secretária de Saúde de Nísia Floresta, a Sra. Ângela Braz por ter permitido o estudo e compreendido minhas ausências durante esses dois anos;

Aos meus colegas de Turma do Mestrado pelo compartilhamento e coleguismo durante todo o período do curso;

A professora Dra. Geórgia Sibele, coordenadora do Mestrado pelo seu apoio e amizade;

A professora Rosana Alves pela sua contribuição a pesquisa durante a qualificação;

A amiga Dra. Graça Dantas, pela colaboração e incentivo durante a construção desse estudo;

Aos meus mestres e Guias a quem tantas vezes recorri pedindo orientação e inspiração;

Ao Universo, pela sua força de fazer acontecer o que está determinado pelo desejo.

“Há quem diga que são os sonhos dos homens que sustentam o mundo na sua órbita”.

Carl Gustav Jung

...eu tenho o sonho de nunca para de sonhar!

RESUMO

A reforma sanitária, instituída no Brasil a partir de 1988, traz como um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde - SUS a atenção integral em saúde. Uma das políticas estruturantes para este cuidado integral é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, publicada no Brasil desde 2006, que incorpora como dispositivo a clínica ampliada e traz uma nova proposta de cuidado no âmbito da saúde. O Município de Nísia Floresta encontra-se em processo de implantação da sua Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PMPIC. O presente estudo é uma pesquisa qualitativa do tipo Pesquisa-Ação de cunho analítico etnofenomenológico com abordagem sociopoética, que tem como objetivo descrever e analisar o processo de implantação da PMPIC/Nísia Floresta – RN, à luz dos sentidos e significados apontados pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (grupo pesquisado) e como isso influenciou na gestão do cuidado em saúde. Como estratégia metodológica para coleta dos dados foi organizado pela autora um Ateliê Humanopoiético de Autoavaliação Integrativa-AHAI. Os resultados do estudo apontam para a importante mudança no modelo de atenção no município de Nísia Floresta a partir da implantação da PMPIC. Avanços foram identificados nos aspectos legais e protocolares da gestão do Cuidado no município. O Cuidado integrativo humanescente, introduzido pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município, fortaleceu a transdisciplinaridade e integralidade, a adoção de novas tecnologias que atendem aos pressupostos da PMPIC, da Clinica ampliada e da Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares. Transdisciplinaridade. Atenção básica. Cuidados integrativos. Clínica ampliada.

ABSTRACT

The sanitary reform of the Public Health in Brazil, that was implemented by1988, points out the integrated health care as one of the most important aspect for the Unified Health System (SUS in Portuguese).The Complementary and Integrative Practices in Health (PICS in Portuguese) that is one of the basis of the politics for this integrated care and was published in Brazil by 2006, includes the expanded clinics as a tool and brings a new proposal about the care in health. Nísia Floresta, a county close to the capital of Rio Grande do Norte state (Natal), is implementing its County Policies of Complementary and Integrative Practices (PMPIC). This study is a qualitative research (research-action type) with an ethno-phenomenological analytical nature and with a social-poetic approach, and has the goal to describe and analyze the implementation process of the PMPIC at Nísia Floresta-RN county, based on the opinions and meanings pointed out by the professionals of the Strategy of the Family Health (researched group, ESF in Portuguese) and how this has influenced the management of care in health. As a methodological strategy for the data collection, it was organized by the author a Human-Poetic Atelier of Integrative Self-Assessment (AHAI in Portuguese). The results of the study point out to an important change at the model of attention used in Nísia Floresta County from the implementation of PMPIC. There were also identified advances at the legal and the protocol aspects related to the care management in the County.The Humanescent Integrative Care, introduced by the team of the Family Health Strategy of the county, strengthened the transdisciplinarity and the integrality, the adoption of new technologies that meet the assumptions of the PMPIC, the expanded clinic and the National Policy of Humanization.

Keywords: Complementary and Integrative Practices. Transdisciplinarity. Primary Health Care. Integrative Care. Expanded Clinic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fotos de ações e práticas em PICS, nas comunidades 42
Figura 2 – Prática de Reiki na ESF de Tororomba 44
Figura 3 – Ambiente Humanescente do AHAI 47
Figura 4 – Objetos utilizados como ferramenta para o fluir da subjetividade humana 47
Figura 5 – Momento de Individuação: visualização dos registros dos encontros durante a implantação da PMPICS 49
Figura 6 – Momento de Individuação: Varal lúdico. Encontros com cenas vivenciadas 50
Figura 7 – Momento de encontro e conexão com próprio corpo 50
Figura 8 – Momento de relaxamento 51
Figura 10 – Momento de projeção e construção dos mini-cenários 51
Figura 11 – Mini-cenário – Construção individual - Turmalina Paraíba (LD.) 52
Figura 12 – Construção da Mandala 54
Figura 13 – Mandala das projeções dos sentidos 54
Figura 14 – Registro dos Arquivos existenciais 55
Figura 15 – Dimensão A – Análise sobre implantação das PICs 57
Figura 16 – Dimensão B – Análise em relação ao vínculo do usuário/profissional... 60
Figura 17 – Dimensão C – Análise sobre cuidados integrativos Transdisciplinar 63
Figura 18 – Dimensão D – Análise das potencialidades e fragilidades 65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAH	Ateliê de Autoformação Humanescente
AB	Atenção Básica
AHAI	Ateliê Humanopiético de Autoavaliação Integrativa
APS	Atenção Primária em Saúde
AUA	Ateliê Humanopoiético de Autoavaliação
CAPPIC	Centro de Atenção e Pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares
ESF	Estratégia de saúde da família
GFH	Grupo Focal Humanescente
LVH	Laboratório Vivencial Humanescente
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
MA	Medicina Antroposófica
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAE	Pesquisa Ação Existencial
PEPIC	Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares
PICs	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMPIC	Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização-PNH
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PVH	Pedagogia Vivencial Humanescente
RM	Racionalidades Médicas
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 ABRINDO CAMINHOS INTEGRATIVOS 15
2 O CAMINHAR NOS DIFERENTES CANÁRIOS DO CUIDADO 22
2.1 CUIDADO EM SAÚDE 22
2.2 RACIONALIDADES MÉDICAS: ORIENTAL E OCIDENTAL 24
2.3 GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE 26
2.4 CUIDADO EM PICS: AMPLIANDO CLÍNICA 29
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO CAMINHAR 33
3.1 PERCURSO METODOLÓGICO 33
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA 34
3.3 GRUPOS PESQUISADOR: JOIA RARA 35
3.4 ASPECTOS ÉTICOS 36
3.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA E CONSTRUÇÃO DOS DADOS 36
4 O LAPIDAR DAS PEDRAS ENCONTRADAS NO CAMINHOS 39
4.1 CRIANDO NOVOS CAMINHOS INTEGRATIVOS: MINHAS IMPRESSÕES NO CONTEXTO HISTÓRICO DAS PICS EM NÍSIA FLORESTA 39
4.2 O LUMINESCER DAS PEDRAS NO PROCESSO DE LAPIDAÇÃO: ATELIÊ HUMANOPOÉTICO DE AUTOAVALIAÇÃO INTEGRATIVAS 45
4.2.1 Etapas do ateliê: transitando na epistemologia dos sentidos e significados do AHAI 47
4.2.2 Sentidos e significados das pedras no caminho 56
4.2.2.1 A percepção dos profissionais da AB sobre a implantação das PICS 57
4.2.2.2 Cuidados Integrativos que contribuíram para os novos cenários de prática 63
4.2.2.3 Potencialidades e Fragilidades: Desafios para gestão do cuidado em PICS 65
5 O BRILHO DAS PEDRAS LAPIDADAS 69
REFERÊNCIAS 74
APÊNDICE 82
ANEXOS 84

“O

Amor como cuidado” - Frida Kahlo
Fonte:simag.com

O amor é disposição

Viver sem querer
Ser mais
Viver e só querer
Ser capaz
Capaz de dizer
Estou disposta
Disposta
A perder
Disposta
A vencer
Disposta
A ceder
Disposta
A fazer
Disposta
A querer
O bem para aquela moça
O bem para aquele rapaz
O bem para aquela criança
O bem que multiplica e refaz
O bem para aquele idoso
O bem que fazer o bem faz
O bem de plantar alegria, o amor e a paz.

Glácia Marilac

Fonte: Caminho das hortencias

ABRINDO CAMINHOS INTEGRATIVOS

1 ABRINDO CAMINHOS INTEGRATIVOS

> Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.
>
> Leonardo Boff

Antes da ciência moderna, o processo do cuidar da saúde das pessoas se pautava nos elementos da natureza, nas práticas empíricas. Com o surgimento da ciência, o homem se distanciou da essência humana, separando mente-corpo-espírito. Gondim (2011) diz que a evolução do homem e da sociedade trouxe grandes impactos no processo de cuidar e tratar das pessoas. Os modelos hegemônicos da saúde sempre tiveram, por trás, um paradigma predominante que norteou o processo do cuidar. Historicamente, Gomdim (2011), afirma que a cultura, as crenças e os saberes influenciaram a constituição desses paradigmas.

Na antiguidade, as religiões politeístas, acreditavam que a saúde era dádiva e a doença castigo dos deuses. Nos séculos seguintes, com o surgimento das religiões monoteístas, a dádiva da saúde e o castigo da doença passou a ser vista como responsabilidade de um Deus único. De Hipócrates, passando pela teoria miasmática, o advento da Bacteriologia, evoluindo para o paradigma Newtoniano-Cartesiano, que influenciou e influenciam ainda hoje praticamente todos os campos do conhecimento científico, a concepção de saúde e doença foi determinante para o processo do cuidar. (ROUQUARYOL, 2013).

No Brasil, desde 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS vivenciamos um novo modelo do cuidado em saúde. A implantação do SUS trouxe como diretriz fundamental a Atenção Integral à saúde com prioridade para as ações preventivas (BRASIL, 1988), exigindo assim novos dispositivos que ampliem as práticas de gestão do cuidado. Muitos foram os avanços nas políticas públicas no âmbito da saúde visando atender os princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS. O princípio da Atenção Integral – AI é a base epistemológica, metodológica e ontológica que norteia o novo modelo assistencial. Prescrita no artigo 198 da constituição brasileira (Brasil, 1988), traz subtendida, as Práticas Integrativas/alternativas recomendadas no relatório da 8ª Conferencia Nacional de Saúde.

A AI envolve uma concepção ampliada de atenção em saúde que não se limite a assistência à doença, mas que promove, protege, recupera e reabilita a saúde. Assim, são reconhecidas práticas que consideram a multidimensionalidade do ser, o trabalho multiprofissional, os diferentes fazeres e saberes. (BRASIL, 1990).

> A reforma sanitária vivida desde 1988 no Brasil, foi fruto de alguns marcos ideológicos prévios. Desde 1978, a Organização Mundial de saúde (OMS), definiu a importância da construção de uma política de atenção de "Saúde para Todos", dentre as estratégias apresentadas para o alcance deste objetivo, destacam-se as práticas chamadas de Medicinas Populares ou Tradicionais nos sistemas nacionais de saúde. (BRASIL, 2011).
>
> Estas práticas envolvem abordagens que objetivam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças 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. Outro aspecto compartilhado por estas práticas é a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2011).

As conquistas da Atenção primária no mundo e no Brasil representaram mudanças e reforços na implantação das PICs nos modelos de atenção vigentes. A OMS tem se mostrado a mais importante aliada para a consolidação das praticas integrativas como novas possibilidades do cuidar em saúde, ela procura incentivar, desde 2002, a utilização das mesmas, nos seus países membros, argumentando o baixo custo e elevada efetividade, eficácia, qualidade, uso racional e acesso, disponibilizando ainda, orientações pelas quais as práticas da Medicina Tradicional Chinesa, acupuntura, devem ser utilizadas por seus países membros. (BRASIL, 2011).

Andrade (2006) apresenta um mapeamento dos conceitos e dos sentidos que estes trazem ao enunciarem tais práticas. A pluralidade das manifestações, seu aspecto transdisciplinar, transcultural e multireferencial tornam, segundo o autor, difícil a denominação conceitual destas práticas.

A sanitarista e pesquisadora, Madel Luz (2004, p.32 - 34), tem dado grandes contribuições aos estudos que envolvem os aspectos conceituais das PICs no campo da atenção médica no Brasil. A autora desenvolveu a concepção de “Racionalidades Médicas-RM”, como um sistema explicativo capaz de analisar e distinguir os diversos sistemas de compreensão e intervenção sobre a saúde humana. Para ela, as RM se caracterizam como:

> Um conjunto de características capazes de constituir um sistema de cura. Morfologia do homem, dinâmica vital, sistema de diagnose, sistema terapêutico e doutrina médica, embasados em uma cosmologia, implícita ou explícita, são as categorias utilizadas pela autora que permitem comparar a medicina ocidental moderna e a milenar medicina tradicional chinesa. (LUZ 2004).

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se junto com o movimento em defesa da Reforma Sanitária da década de 80, principalmente, após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras. (BRASIL, 2010).

Apesar das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICs, já fazerem parte do Relatório da 8ª Conferencia Nacional de Saúde, de 1986, somente em 2006 foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que tem como um dos seus objetivos, Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. (BRASIL, 2006, p. 24).

No Rio Grande do Norte, as PICs ganham visibilidade e operacionalidade em junho de 2011, quando publicada a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares - PEPIC/RN (RN, 2011, p. 4) que dentre suas diretrizes, destaca a,

> Incorporação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS do RN, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanescente e integral em saúde.

Diante deste cenário desafiador, em 2011, como colaboradora da gestão do município de Nísia Floresta, situado no agreste potiguar e ciente da importância destas práticas no contexto do SUS, estimulamos a gestão a assumir o processo de implantação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares - PMPIC, contribuindo desde a elaboração da portaria até a viabilização das práticas possíveis aos usuários do SUS. No decorrer do mesmo ano, surgiu à oportunidade de assumir um cargo de gestão na coordenação da atenção básica do município, o que nos possibilitou contribuir para modificar aquela realidade do modelo

biologicista, curativista praticada nas Unidades Básicas da rede municipal de saúde. Com o apoio e incentivo da coordenação estadual de PICS, deu-se inicio ao processo de implantação da política.

Após a publicação da PMPICS de Nísia Floresta, embora a Política Estadual já estivesse em vigência no estado, ainda era frágil a oferta de qualificações da mão de obra humana bem como o planejamento de ações que viabilizassem a efetivação dessa política nos municípios. Ainda não havia articulação entre as regionais de saúde e os municípios que fortalecesse a implantação da mesma. Dentro desse cenário, vislumbramos a possibilidade de realizar oficinas temáticas que abordassem algumas práticas possíveis de serem desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da família - ESF, visando atitudes transdisciplinares no desenvolvimento da clínica ampliada no contexto da Atenção Básica do município e dar visibilidade a algumas práticas já desenvolvidas por alguns profissionais, com a perspectiva de um olhar ampliado.

Cumprindo a agenda proposta pela PMPICS, no que consta na diretriz II, (NÍSIA FLORESTA, 2012) que trata de implantar e apoiar projetos de educação permanente que visem à efetivação da política no município, a gestão contratou uma profissional pós-graduada em acupuntura para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF e capacitou 15 profissionais da ESF em Reiki, o que favoreceu a implantação dessas terapias, na rotina das equipes.

Com o intuito de fortalecer as ações da política no município buscamos mapear os profissionais que tinham conhecimento e práticas realizadas na área de PICS. Conseguimos identificar alguns profissionais que já desempenhavam ações e práticas como a Shantala, vivências lúdicas e práticas corporais, em consonância com a proposta de clínica ampliada e cuidados integrativos.

A prática transdisciplinar da clínica ampliada na Atenção Básica - AB do município de Nísia Floresta passou a ser o sonho em construção. Além do desafio de se investir na qualificação dos profissionais, se fez necessário apresentar essas novas práticas aos usuários do serviço e, para isso, planejamos um seminário aberto em PICS para os trabalhadores e a população.

Este seminário aconteceu no segundo semestre de 2013, e teve como tema central de discussão as PICS como ferramenta de promoção da saúde, no SUS. Contamos com a participação dos profissionais da atenção básica, trabalhadores da saúde em geral e a presença de usuários do sistema único de saúde, como forma

de fazer desse espaço, um momento de gestão compartilhada, fortalecendo e valorizando o controle social. Discutimos sobre as várias formas de cuidados, os vários tipos de racionalidades médicas, a importância da promoção da saúde e o autocuidado. Foram apresentadas aos presentes, as políticas Nacional, Estadual e Municipal de PICS, bem como seus objetivos e diretrizes.

Posteriormente, em 2014, ao ingressar no mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família/RENASF/UFRN esse desafio se ampliou, pois além de envolvida com as mudanças das práticas na rede de atenção municipal, um novo cenário se apresentava: o desafio de pesquisar e avaliar a temática.

Passados três anos de publicação da portaria da PMPIC do município de Nísia Floresta, contagiada pelo espírito investigativo de mestranda e encantada com a possibilidade de transformarmos a forma de cuidar das pessoas na AB, decidimos desenvolver a presente pesquisa com objetivo de descrever e analisar como este processo se deu, procurando evidenciar aspectos da gestão do cuidado que foram significativos e que produziram sentidos para os profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Ciente da necessidade de ruptura com o modelo cartesiano, inclusive no âmbito da pesquisa, optmaos por desenvolver uma pesquisa qualitativa do tipo Pesquisa-Ação com abordagem sociopoética. (CAVALCANTI, 2006; GUARTIER, 2005).

Coerente com os propósitos da pesquisa, e considerando a abordagem sociopoética, optamos por organizar, como espaço para construção dos dados, um Ateliê Humanopoiético de Autoavaliação Integrativo (CAVALCANTI, 2006; SAMPAIO 2009), que possibilitou a observação e a percepção analítica dos questionamentos da pesquisa, segundo a percepção do grupo pesquisador.

Além de descrever o processo de implantação das PICS no município de Nísia Floresta pretende-se a ainda analisar e responder as seguintes indagações: *Qual a percepção dos profissionais da AB sobre a implantação da PNPICS? Que influência teve a PMPICS para a gestão do cuidado? Quais cuidados integrativos foram implantados na Rede Municipal de Saúde, após a implantação da política? E quais fragilidades e potencialidades interferiram na efetivação da PMPICS?*

Fonte: Arquivo da autora

O CAMINHAR NOS DIFERENTES CENÁRIOS DO CUIDADO

2 O CAMINHAR NOS DIFERENTES CENÁRIOS DO CUIDADO

2.1 O cuidado em saúde

A forma de cuidar das pessoas variou durante toda a evolução humana. Na antiguidade as pessoas se cuidavam em completa relação de harmonia com a natureza. Com a evolução tecnológica, socioeconômica e cultural, o cuidado na saúde passou a ser cada vez mais fragmentado, coisificado e descontextualizado. (SAMPAIO, 2009).

Com a evolução científica e o paradigma cartesiano newtoniano, surgido na modernidade, sistematizada por Descartes e consolidada por Newton, o homem passou a ser comparado com uma máquina, tudo era separado em partes. No contexto da doença, bastava consertar a parte afetada e a saúde se restabelecia. Esse paradigma também conhecido como da disjunção, fragmentou: corpo, alma e emoções, sujeito e objeto, ser humano e natureza, interioridade e exterioridade, eu e outro e assim sucessivamente. Foi assim que o modelo mecanicista, na saúde, ganhou força, desencadeando o crescimento da indústria farmacêutica, fomentando práticas individuais que não consideravam outras dimensões do cuidado em saúde. Essa fragmentação do cuidado influenciou fortemente o processo de trabalho em saúde, pautado no reducionismo biológico e no culto a doença. (CAPRA, 2000).

Destarte, na contemporaneidade, com a descoberta da física quântica, a evolução das neurociências, os avanços das pesquisas sobre o DNA humano e muitas outras descobertas cientificas, vivenciamos a ruptura desse paradigma da disjunção, emergindo o paradigma da complexidade que holograficamente aponta a conexão entre tudo e com todos. (SAMPAIO, 2009).

Neste sentido, ainda que possamos empiricamente definir o cuidado, epistemologicamente podemos conhecer o que apontam alguns autores, apoiados em diferentes teorias.

Heidegger (1999), considerado o filósofo do cuidado, nos fala que realidades tão fundamentais como o querer e o desejar se encontram enraizadas no cuidado essencial (Ser e Tempo, p. 258). Somente a partir da estrutura do cuidado, elas se exercem como dimensões do humano.

Leonardo Boff (2005, p.28), fala da fenomenologia do cuidado e diz que “o cuidado se torna um fenômeno para a nossa consciência, mostra-se em nossa

experiência e concretiza-se em nossas práticas". Não se trata, em fenomenologia, de pensar e falar sobre o cuidado como um objeto independente de nós, mas de pensar e falar a partir do cuidado como ele se realiza e se desvela em nós mesmos. Ele nos diz ainda que "Nós não temos apenas cuidado. Nós somos cuidado". Isto significa que cuidado possui uma dimensão ontológica, quer dizer, entra na constituição do ser humano.

Segundo Boff (1999):

> O cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda: é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas.

Na visão de Cecílio e Merhy (2002, p 152), o cuidado é um conjunto de decisões quanto ao uso de tecnologias de articulação de profissionais e ambientes em um tempo e um espaço, o mais adequado possível às necessidades do usuário.

Para os autores:

> O cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde. (CECÍLIO; MERHY, 2002, p 152).

Para Pinheiro & Guizardi (2004), a definição do cuidado é indissociável de sua integralidade. "É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social". (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

2.2 Racionalidades médicas: oriental e ocidental

Segundo Luz (2013), o conceito de racionalidades médicas é construído como um tipo ideal weberiano, o qual descreve/interpreta um conjunto de fenômenos observáveis de acordo com um modelo ideal logicamente definido, que é a posteriori comparado com realidades empíricas particulares específicas para estabelecer se estas se enquadram ao conceito ideal-típico.

O tipo ideal é, portanto, um constructo lógico que traz como principal benefício à desnaturalização da superioridade do conhecimento científico ocidental, colocando a medicina ocidental contemporânea em igual patamar de análise com os demais sistemas médicos que coexistem no mundo.

> Racionalidades médicas é, assim, todo o sistema médico complexo construído sobre seis dimensões: uma morfologia humana, uma dinâmica vital, uma doutrina médica (o que é estar doente ou ter saúde), um sistema diagnóstico, uma cosmologia e um sistema terapêutico. (LUZ, 2012, p.234).

Segundo Luz, (2013 p. 235), é possível traçar paralelismos e convergências entre as racionalidades médicas orientais e ocidentais que ajudam nessa compreensão. Na racionalidade oriental:

> Enxergam o ser humano em sua relação com seus pares e seu meio; Buscam a promoção do equilíbrio dinâmico de sua energia vital, que varia de acordo com sentimentos/pensamentos, as relações familiares e sociais e os comportamentos dos indivíduos, estando embasados, por tanto, no chamado paradigma vitalista, que enxerga o corpo como uma totalidade bioenergética. (p. 235).

Já na racionalidade ocidental:

> Possui como cosmologia a mecânica clássica e sua noção cartesiana de universo e corpo humano como máquinas, em que prevalece a proposição de leis de aplicação geral e ignora-se a multicausalidade em benefício de causas lineares (as patologias seriam causadas por um micro-organismo, um vírus ou um defeito genético na "máquina"). Essa racionalidade assume como foco central a diagnose das doenças (dos defeitos da máquina), tendência crescente com os avanços tecnológicos dos últimos 50 anos, deixando a terapêutica para segundo plano: "*trata-se de uma medicina de máquinas para (preservação de) máquinas*". (p. 235).

Luz (2013) conclui assim que "racionalidades médicas é um operador conceitual que permite analisar ou comparar sistemas médicos complexos em perspectiva teórica, analítico-descritiva, ou empírica, seja globalmente, como um todo, seja dimensão a dimensão" (p. 219). Portanto, esse campo de conhecimento permite estudar as relações entre distintos sistemas médicos e suas relações de corpos, saúde, doença e tratamento e a aplicabilidade das práticas integrativas nos serviços públicos de saúde.

Boff (1999, p.155) compartilha do mesmo ponto de vista:

> A racionalidade médica ocidental contemporânea evidencia, através de suas práticas e de seus critérios decisórios, a persistência do modelo tecnicista, no qual o cuidado e atenção integral à pessoa do doente na maior parte das vezes ficam em segundo plano, quando aparecem. O sintoma mais doloroso, já constatado há décadas por sérios analistas e pensadores contemporâneos, é um difuso mal-estar da civilização. Aparece sob o fenômeno do descuido, do descaso e do abandono, numa palavra, da falta de cuidado.

Podemos dizer que, atualmente, este modelo se perpetua na biomedicina, visto que os avanços tecnológicos são utilizados como meios superiormente eficazes para aumentar a acurácia nas investigações sobre doenças, muitas vezes deixando em segundo plano a pessoa doente e se distanciando das concepções mais amplas de saúde.

2.3 Gestão do cuidado em saúde

Segundo Cecílio (2011), a gestão do cuidado em saúde é o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e plena. O autor diz ainda que a gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões e cada uma delas, pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Ele afirma que podemos pensar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Para tanto é bom lembrar, portanto, que há múltiplas conexões entre as várias dimensões, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores.

Para Pinheiro (2002), uma mudança radical no modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário-cidadão como um ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes.

Racionalmente pensados, os modelos assistenciais têm-se mostrado pouco eficientes no cumprimento de seus objetivos e isto tem reforçado ideias de que as práticas podem ser mais eficazes quando postas como potentes ferramentas de

construção do SUS. A Integralidade é definida como um princípio do SUS, que considerando as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços. (SILVA, 2008).

A noção de integralidade surge na Constituição de 1988, “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988 apud Mattos, 2001). Um dos pilares desta noção seria uma visão mais global, mais ampla do indivíduo, que agregasse seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, entre outros. [...] integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa deste paciente. (MATTOS, 2001).

Um dos pilares da atenção básica e do SUS - Sistema Único de Saúde é o princípio da integralidade. Baseia-se, prioritariamente, em ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de agravos. Está pautada na percepção holística do sujeito, considerando o contexto histórico, social, político, familiar, cultural e ambiental em que encontra-se inserido. Atua ao mesmo tempo nos campos individual e coletivo, verificando-se a necessidade de articulação entre equipes multiprofissionais. (HARTZ, 2004). Essas características estão em completa relação de afinidade com as PICS que trazem suas premissas baseadas em um cuidado integral, que veem o ser humano na sua totalidade, que se apoiam na escuta sensível e qualificada que entende a necessidade da **clínica ampliada**, que entende a importância do vínculo terapêutico e que respeita as crenças e a cultura do usuário.

Quando falamos em clínica vêm à tona alguns problemas muito comuns nos serviços de saúde, como a baixa adesão a tratamentos, os pacientes “poliqueixosos” e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos Sujeitos que utilizam os serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença. (CUNHA, 2014).

Comumente, os diagnósticos clínicos tendem a tratar as pessoas com seus problemas de forma igual para todo mundo. Como se todas as pessoas que tivessem um determinado problema, por exemplo, alcoolismo fosse tratado com o mesmo protocolo. (BRASIL, 2007). No entanto, a clínica ampliada nos faz refletir sobre esse fenômeno e nos leva a reflexões que podem influenciar diretamente na

forma de cuidar. Não podemos esquecer a singularidade existencial e as verdades transitórias.

A singularidade existencial faz com que cada pessoa sinta o seu adoecimento de um jeito especifico, é vivencial e histórico, tem haver com a história de vida dele. Isso o faz diferente dos demais alcoolistas. Em relação às verdades transitórias, por outro lado, as verdades da ciência, ganham caráter transitório devido ao avanço tecnológico e a velocidade que se chega a novos conhecimentos. (MERHY, 2008).

Vejamos um exemplo disso: Um paciente que antes mantinha seus padrões de pressão arterial sistêmica 130 x 90 mmhg, era considerado hipertenso, hoje já se sabe que esse parâmetro está ultrapassado, levando-se em considerações o estilo de vida e os hábitos diários, esse padrão passa a ser normal. Se não pararmos para ouvir a história do alcoolista ou do hipertenso, e saber se ele está depressivo, se está trabalhando, se tem família, qual a relação social dele, os hábitos de vida, etc., talvez nunca tenhamos um diagnóstico que resguarde a importância da subjetividade e sua relação com o problema de saúde instalado.

Segundo a Política Nacional de Humanização - PNH (Brasil, 2007), a clínica ampliada perpassa por um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; em assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; em buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSETORIALIDADE; em reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, como em outras racionalidades médicas das quais estão inseridas as PICS.

Dentro de toda essa discussão, surge o MCCP – Método Clinico Centrado na Pessoa. Segundo Lewin (2001) e Tizon (2004) apud Borrell-Carrió (2004), o modelo de atenção clínica centrada na pessoa acontece quando o profissional promove uma relação de cooperação com o paciente. Levam-se em conta as suas expectativas e as suas experiências pessoais e culturais em relação à enfermidade, e também as de sua comunidade.

Para Lopes (2005), algumas atitudes são importantes por parte dos profissionais que permitem ao paciente a livre expressão de suas preocupações mais importantes como:

> Buscar que sejam verbalizadas perguntas concretas; Favorecer e motivar que os pacientes expliquem suas crenças e expectativas sobre a sua enfermidade; Facilitar a expressão emocional do paciente; Proporcionar

> informações ao paciente e esclarecer suas dúvidas; Envolver o paciente na construção do tratamento, buscando entrar em acordo quanto à forma como ele acontecerá. (LOPES, 2005 p.121).

Ou seja, o MCCP foge à tradicional forma de construção da clínica médica, focada exclusivamente no diagnóstico e na conduta, em perguntas direcionadas à identificação da doença e ao posterior esclarecimento acerca do tratamento. Essa abordagem visa a um encontro menos diretivo, permitindo que o paciente tome parte na condução da entrevista e na escolha do tratamento. Nesse modelo prioriza-se a pessoa e não a doença.

Para Stewart et al (2003), [...] “uma atuação centrada na pessoa apresenta resultados positivos comparada aos modelos tradicionais de abordagem, pois diminui a utilização dos serviços de saúde, aumenta sua satisfação, diminui queixas por má-prática, melhora a aderência aos tratamentos, reduz preocupações, melhora a saúde mental, reduz sintomas e melhora a recuperação de problemas recorrentes. (STEWART et al. 2003).

Alguns componentes são propostos pelo método, divididos em etapas. Como refere Moira, (2010):

> Explorar a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente; Entender a pessoa como um todo (pessoa, contexto e ambiente); Elaborar projeto terapêutico comum e manejo dos problemas; Incorporar promoção e prevenção à saúde; Intensificar relação profissional de saúde e usuário; e ser realista. (p.38).

Para garantir a longitudinalidade da atenção em saúde, é importante ampliar a visão e suas práticas que favoreçam o conhecimento das pessoas e seus contextos sociais, objetivando uma atenção de qualidade, dentro dos principio da integralidade, da equidade e da humanização em saúde.

2.4 O cuidado em PICS: ampliando a clínica

A clínica ampliada é um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização. Ela propõe qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o

usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado. (BRASIL, 2004).

Como já discutimos, hoje, com o SUS, a Atenção Básica e o dispositivo da clínica ampliada esta discussão ampliou-se para “racionalidades de práticas em saúde”. Dentre as conquistas e avanços do Sistema Único de Saúde, destaca-se a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares- PNPIC (BRASIL, 2006),

As práticas integrativas devem estar disponíveis como alternativas do cuidado. A humanização do cuidado, que envolve o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções em saúde, que tomem por base o conceito de integralidade.

Não resta dúvida que em 2006, com a implantação da PNPIC, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde vêm gradativamente ocupando espaços no Sistema Único de Saúde (SUS). O processo faz parte da construção de novas racionalidades em saúde, que congrega a prática regular e sistemática de ensino, a prestação de assistência e a pesquisa de natureza científica. De acordo com a PNPIC/SUS são consideradas práticas integrativas, entre outras: Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura, práticas corporais, massoterapia, meditação), Homeopatia, Fitoterapia, Termalismo-crenoterapia, Ayuverda e Medicina Antroposófica. (BRASIL, 2006).

Destarte, depois de 25 anos, ainda convivemos no SUS com a herança do modelo médico assistencial, pautado no paradigma cartesiano, ou seja, o cuidado clinico-individual, centrado na doença. Várias foram às instruções normativas, recomendações, portarias, e políticas que orientam a mudança no modelo de atenção. Não resta dúvida que as PICS representam um contraponto ao modelo cartesiano, biologicista e medicalizante à medida que enfatizam o cuidado integral e a promoção da saúde.

A visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do auto-cuidado têm consolidado as PICs como política transversal do SUS. Ao adotar a organização dos serviços em rede e o território de saúde como espaço organizativo do sistema, o SUS incorpora novas, tecnologias, ou seja, novas formas de gerir e de promover o cuidado em saúde. (BRASIL, 2006),

A implantação de PMPIC como uma política transversal que permeia todo o sistema, tem sido um desafio e uma das responsabilidades da gestão municipal. Varias políticas públicas de saúde no Brasil se somam a este desafio e se complementam mutuamente. Não podemos falar em PICS sem falar na Política Nacional Atenção Básica - PNAB, na Política Nacional de Humanização - PNH, Política Nacional de educação Permanente - PNEP e na Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS.

A PNPICS vem de maneira transversal a essas políticas, formar o escopo de um modelo de atenção que queremos e que sonhamos. Essa transversalidade se fortalece principalmente na dimensão tecnológica do SUS e da atenção básica que ordena o cuidado, se caracterizando como:

> Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012, p.13).

Fonte: Arquivo da autora

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO CAMINHAR

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO CAMINHAR

3.1 O percurso metodológico

Optamos por desenvolver um estudo de natureza qualitativa e intervencionista do tipo Pesquisa-Ação com abordagem sociopoética. É uma pesquisa de natureza qualitativa porque, no processo de indagação e de descoberta da realidade, a reflexão, a subjetividade, a flexibilidade, a interação, a interpretação e a relação entre o pesquisador e o objeto de estudo são fundamentais. A investigação qualitativa é, portanto, considerada um campo interdisciplinar e transdisciplinar que transita entre as ciências físicas e humanas. (GIL, 1999; THIOLENT, 1997; BARBIER 2002; GAULTIER, 2005; OLIVEIRA, 2005).

Diante do contexto de um mestrado profissional onde o cenário da pesquisa é também nosso cenário de trabalho, não poderíamos optar por outro método que não fosse a Pesquisa-Ação. Um tipo de pesquisa que, em oposição ao modelo tradicional, pode ser considerada como proativa e transformadora. O seu nome já diz, uma pesquisa que produz ação, mudança, ou seja, uma maneira de se fazer pesquisa em situações em que também o pesquisador é sujeito da prática cotidiana. Barbier (2002, p.14), afirma:

> A pesquisa-ação obriga o pesquisador de implicar-se. Ele percebe como está implicado pela estrutura social na qual ele está inserido e pelo jogo de desejos e de interesses de outros. Ele também implica os outros por meio do seu olhar e de sua ação singular no mundo. Ele compreende então, que as ciências humanas são, essencialmente, ciências de interações entre sujeito e objeto de pesquisa.

Quanto à abordagem sociopoética, incorporamos por entender que esta possibilita a construção coletiva do conhecimento por parte dos pesquisadores e sujeitos de pesquisa, tendo como pressuposto básico a multidimensionalidade de saberes e sentidos (intelectual, sensível, emocional, intuitivo, teórico, prático, gestual), transformando o ato de pesquisar num acontecimento poiético (do grego *poiesis* = criação), processo vivencial e estético que une ciência, arte e espiritualidade. (GAUTHIER 2012, p.1).

A abordagem sociopoética é considerada inovadora por introduzir a ideia de cuidar em pesquisas científicas, ressaltando as implicações psicoafetivas, histórico-

existenciais, estruturais e profissionais. Destaca-se, ainda, o uso do corpo como fonte de conhecimento, explorando o potencial cognitivo das sensações, emoção e gestualidade. (GAUTHIER 2012, p.1).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário da pesquisa revelou-se no município de Nísia Floresta, uma cidade banhada pelo Oceano Atlântico, ao sul do litoral do Rio Grande do Norte. É conhecida em todo o Brasil pelas suas riquezas naturais compostas por suas lindas praias, pelas suas 27 lagoas, dunas, cachoeira, matas e trilhas que fazem dessa cidade um polo turístico importante na região. As suas terras férteis são simbolizdas por um grandioso Baobá, arvore arbustosa, de tronco largo, originário da África, que encanta os turistas que passam pelo centro da cidade. Nísia Floresta, antiga Papary (“salto de peixe” em tupi/guarani), leva o nome da sua filha mais ilustre (Nísia Floresta Brasileira Augusta, 1810 – 1885), conhecida nacionalmente, foi educadora, escritora e poetisa. É considerada uma pioneira do feminismo no Brasil e foi provavelmente a primeira mulher a romper os limites entre os espaços públicos e privados publicando textos em jornais, na época em que a imprensa nacional ainda engatinhava. (IBGE, 2010).

A cidade de Nísia Floresta tem pouco mais de 25 mil habitantes, localiza-se a 40km da capital Natal, e tem como seus principais meios de subsistência, o turismo, a pesca e a agricultura. O município tem a sua rede de saúde constituída, em sua grande maioria, pela Atenção Primária vinte em Saúde - APS, com 12 (doze) ESF, distribuídas em todo seu território em mais de distritos rurais. Conta com 2 (dois) centros clínicos de especialidades médicas e um laboratório que compõe a rede básica de saúde. Segundo o mapa de regionalização, faz parte da 1ª região de saúde do Estado e faz fronteira com a cidade sede da região, São José de Mipibu, a quem um dia pertenceu. Dos seus mais de 25 mil habitantes, a maioria são homens, e sua pirâmide etária se alarga na faixa dos 10 aos 24 anos. Os problemas de saúde mais comuns na população não são diferentes da maioria no país, sendo as maiores causas de adoecimento, as complicações do sistema cardiovascular, o câncer e as causas externas. (IBGE, 2010).

3.3 Grupos pesquisado: joias raras

O grupo pesquisado constituiu-se por profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica. A escolha foi intencional, segundo os critérios de inclusão, por profissionais que participaram do processo de implantação das PICS, no município desde o ano de 2012 e que aceitaram participar da pesquisa e da vivencia do *Ateliê Humanopoiético de Autoavaliação Integrativa*.

O objetivo do AHAI foi de contribuir na descrição, expressão autopoética de sentidos e significados que serviram de base para análise dos fenômenos desenvolvidos durante o processo de implantação das PICs, como um novo modelo de cuidado integrativo transdisciplinar no município.

O fluir de uma pesquisa de abordagem sociopoética nos inspirou ao uso de uma analogia poética que remete o estudo a um caminho exploratório de descobertas onde pedras são encontradas e lapidadas para promover o luminescer de um cuidado integrativo. Neste sentido, para preservar a identidade e atender as exigências éticas da resolução 466/12, identificamos os participantes do grupo pesquisador com o nome de Pedras Preciosas. Sendo assim os co-pesquisadores passam a ser referidos, durante as citações no texto, como: X. F. (Rubi); T. M. (Quartzo); E. A. (Esmeralda); J. G. (Ametista); F. L. (Granada); e A. S. (Diamante).

3.4 Aspectos éticos

Segundo aos aspectos éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, obedecendo a Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com seres Humanos, principalmente no que diz respeito ao Consentimento Livre Esclarecido.

Antes de iniciar a pesquisa foi esclarecido o objetivo da mesma aos participantes. Sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o referido documento esclarece aos participantes sobre o conteúdo da pesquisa e possibilita a liberdade de escolha de participar ou não do estudo, assim como de desistir em qualquer fase, caso decida participar. Orienta ainda a possibilidade de pedir esclarecimento durante o andamento da pesquisa. Após

leitura e concordância dos termos da pesquisa os participantes assinaram o referido documento. Todos os participantes terão sua identidade mantida em sigilo. Importante destacar que o risco é mínimo, uma vez que as vivências educativas propostas respeitam os limites físicos e emocionais de cada um, não existindo nenhuma intervenção assistencial sobre os sujeitos participantes da pesquisa.

3.5 Instrumentos de pesquisa e construção dos dados

Os dados foram construídos, segundo a perspectiva da abordagem sociopoiética, através de variados instrumentos de pesquisa do tipo: Diário Vivencial Humanescente (SAMPAIO, 2005; CAVALCANTI 2006), Arquivos Existenciais (SAMPAIO, 2009), e Grupo Focal (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002), durante a experiência vivencial do Ateliê humanopoiético de Auto avaliação integrativa - AHAI.

Importante ressaltar que foram coletados registros fotográficos, depoimentos e escritos dos momentos significativos, a partir da observação participante do processo de implantação da PMPIC e registrados no Diário Vivencial Humanescente-DVH, Sampaio, (2005), no período de 2012 até a conclusão do estudo.

O DVH é um tipo de diário de campo da pesquisadora que se adéqua bem para os registros sociopoéticos de momentos vividos durante a implantação, depoimentos de usuários, arquivos de fotos, de material utilizado, das observações e sensações (poemas, músicas, choro, alegria...) identificadas pela pesquisadora durante o estudo. (SAMPAIO, 2005).

Além de vivenciarem momentos de autoavaliação humanopoiética em relação à implantação das PICs no município, acrescentou-se ao final do AHAI, a participação em método coletivo de registro de informações, o Grupo focal. A técnica de **Grupo Focal** é uma opção de estudos qualitativos e, segundo Cruz Neto; Moreira; Sucena: “reside no fato de ela trabalhar com a reflexão expressa através da fala dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema”. (2002, p. 5).

No âmbito da nossa pesquisa, baseada na experiência de Sampaio (2009), ousamos adaptar os Grupos focais tradicionais em Grupos focais humanescentes-GFH, (SAMPAIO, 2009). Para registro das informações, foi usado gravador e

filmadora, após o consentimento dos participantes da pesquisa, como forma de

assegurar a fidedignidade das transcrições das falas para posterior análise.

Fonte: Arquivo da autora

O LAPIDAR DAS PEDRAS ENCONTRADAS NO CAMINHO

4 O LAPIDAR DAS PEDRAS ENCONTRADAS NO CAMINHO

Considerando os aspectos da Pesquisa Ação, optamos por apresentar este estudo em dois momentos significativos de intervenção: No primeiro momento, apresentamos do ponto de vista vivencial da pesquisadora, o que foi experienciado, juntamente com os co-pesquisadores durante o processo de implantação da PMPICS, no município de Nísia Floreta, universo vivencial da pesquisadora. No segundo momento apresentamos como se deu o AHAI, ambiente de pesquisa oportunizado para compreender os sentidos e significados da implantação da PMPICS para o município de Nísia Floresta, segundo a percepção dos participantes da pesquisa.

4.1 Criando novos caminhos integrativos: impressões no contexto histórico das PICS em Nísia Floresta

Neste primeiro momento, como proposta de responder a um dos objetivos deste estudo que é de descrever e analisar o fenômeno da implantação da PMPICS no município iniciaremos este capitulo revelando o DVH, da pesquisadora, que se mistura e transita no universo existencial dos co-pesquisadores dando aporte teórico para a futura análise e construção do conhecimento coletivo, como membro do grupo pesquisador.

Tudo no universo está em movimento. Segundo Albert Einstein, “Não são as respostas que movem o mundo, e sim as perguntas”. Em 2008, quando cheguei ao município de Nísia Floresta, trabalhando como enfermeira da ESF, algumas coisas incomodavam na prática clínica geral de todos os profissionais. O atendimento aos usuários tinham características de fragmentação nas suas práticas, onde cada um trabalha no seu nicho organizativo, de forma individualizada.

A primeira pergunta que surgiu foi: Onde está a integralidade da assistência? Não existia integração da equipe, no fazer das ações de saúde. Iniciando as observações pela a agenda da unidade, a atenção era totalmente fragmentada. Ainda se praticava o modelo de agenda baseado nos programas como: o dia do idoso, o dia do hipertenso, o dia da criança, etc. Esse modelo é considerado ultrapassado, pois vai de encontro ao acolhimento e acessibilidade, e desconsidera a necessidade do usuário que procura o serviço de saúde. As filas de madrugada, o

número de fichas restrito, ausência de agendamento de consultas e acolhimento, e a demanda reprimida, era uma pratica natural na unidade. Existia uma certa insatisfação percebida nas falas e reclamações constantes dos usuários.

Fazendo uma escuta sensível com os usuários, era possível observar que muitos deles não buscavam o serviço em busca de remédios encapsulados e fracionados em caixinhas, prescritos pelos médicos. Eles tinham a necessidade de falar e ser ouvido, e se fosse possível, serem ajudados.

Embora inconscientemente, muitos se angustiavam quando não conseguiam uma consulta, uma receita, ou um remédio, pois acreditavam que todos os seus sofrimentos e desprazeres podiam ser curados por um medicamento. Com aquela observação não foi difícil perceber que o adoecimento das pessoas, ia muito além do sofrimento físico, mas que era causado pelo sofrimento psíquico.

Surge então a segunda pergunta: como vou poder ajudar a essas pessoas se o que elas procuram eu não tenho em caixinhas?

Para compreender esse universo complexo no contexto do adoecimento humano se faz importante ouvir. A escuta sensível, que posteriormente foi chamada de escuta qualificada, tornava-se cada vez mais necessária. Não era preciso muitas intervenções complexas, o simples ato de ouvir fazia a diferença. Parecia meio mágico, mas as pessoas saiam melhores só em poder falar e expressar as suas angustias, saber que alguém compartilha das suas angustias e se interessa por elas.

Embora não tivesse dado conta, mas aquela escuta era uma forma de cuidado. Ouvir, perceber, tentar compreender aquele sofrimento, ler as entrelinhas, compreender aquilo que não é dito em palavras, mas em comportamentos, gestos e movimentos, se fazia cada vez mais necessário. Passavam-se as semanas e a fila da enfermeira ficava maior de que a do médico. Cada escuta, cada história contada cada contexto nos levava crer, mais e mais que o adoecimento psíquico, social e ambiental, antecedia o adoecimento físico.

A partir dessas observações, deu-se inicio então a busca pelo cuidado ampliado em saúde, que atende o ser na sua mais complexa experiência de vida, que considera os seus aspectos espirituais e culturais como parte integrante e fundamental no processo de cura e da busca pelo bem estar. A primeira ferramenta que trabalhamos no serviço foi com a política de humanização (PNH), onde trazia a abordagem do acolhimento e da escuta qualificada, (BRASIL, 2008). Agora orientada pelo dispositivo de uma política como instrumento organizacional, ficava

menos difícil vencer os desafios, quebrar paradigmas e trazer uma nova prática do cuidado em saúde e ampliando essa discussão na equipe.

Em 2009, após o primeiro contato com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS, e observando os objetivos e diretrizes da política, podemos perceber que essa seria mais uma ferramenta que fomentava a discussão sobre a visão ampliada do cuidado em saúde.

Talvez tudo aquilo que buscávamos na prática de uma saúde integral estivesse contemplada nessa politica. No âmbito individual, já havia feitos alguns cursos rápidos no universo holístico e usava os conhecimentos para cura e equilíbrio pessoal. Um universo novo de possibilidades se abria onde poderíamos levar novas práticas de cuidado, não só a população adstrita naquela região, na perspectiva de cuidado ampliado, mas a todas outras comunidades do município.

Em 2010 aceitei o desafio de compor a mesa gestora da saúde do município de Nísia Floresta, como Coordenadora de Atenção Básica. No processo de análise dos resultados e resolutividade das ações de saúde surge a discussão sobre o modelo de atenção e do cuidado. Desafiada com a possibilidade de se quebrar paradigmas e despertar os profissionais e usuários para uma nova forma de cuidado em saúde, propusemos então a PMPICS para o município de Nísia Floresta.

Apesar de ter dez anos de publicação, a PNPICS é muito pouco conhecida. Iniciamos os estudos acerca da PNPICS para subsidiar a construção da PMPICS, procuramos fazer mais cursos, na época foram ofertados alguns cursos pelo Ministério da Saúde por meio da comunidade de práticas, estudamos sobre as práticas exitosas, e os resultados por evidência, até que em 2011, o Estado do RN publicou então a PEPICS. Esse era o fator relevante que faltava para que o projeto das PICS fosse em frente, buscamos o apoio da professora Ana Tania Sampaio, que na época ocupava o cargo de gestão no município de Natal e tinha as PICS como projeto de gestão. Com o seu conhecimento e interesse em ampliar as PICS no Estado, nos orientou quanto ao processo de criação da politica para fortalecer as ações.

Figura 1 - Fotos de ações e práticas em PICS, nas comunidades.

Com base na PNPIC e na PEPIC/RN foi elaborada uma minuta da PMPIC de Nísia Floresta, e enviada para aprovação pela Câmara Municipal dos vereadores, e pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde em agosto de 2012, onde posteriormente foi publicada em setembro do mesmo ano. Vale a pena ressaltar que o município de Nísia Floresta foi o primeiro, do Estado do Rio Grande do Norte, a implantar a PMPICS.

A PMPICS de Nísia Floresta traz as seguintes diretrizes, (NÍSIA FLORESTA, 2012, p.4 - 9):

> DIRETRIZ I: Implantar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares, integrando-as a rede de atenção à saúde, prioritariamente na Atenção Básica.
> DIRETRIZ II: Implantar e apoiar projetos de Educação Permanente em Saúde- EPS, incrementando a capacidade técnica de profissionais consoantes com as Práticas Integrativas e Complementares.
> DIRETRIZ III: Incentivar o uso de plantas medicinais e fitoterapia na SMS-NF, com ênfase na Atenção Básica - AB
> DIRETRIZ IV: Instituir a assistência farmacêutica no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares na SMS/NF
> DIRETRIZ V: Socializar informações sobre Práticas Integrativas e Complementares, adequando-as aos diversos grupos populacionais.
> DIRETRIZ VI: Fortalecer e ampliar a participação popular e o controle social no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares.
> DIRETRIZ VII: Avaliar e monitorar as ações e resultados dos serviços e das Práticas Integrativas e Complementares na SMS/NF.

Cada uma dessas diretrizes têm suas estratégias para o alcance das metas, as quais foram usadas como base para a tomada de decisões. Vencida a primeira fase do desafio, surge então a maior e mais importante meta: implantar essas

práticas, transformando o cuidado em saúde no âmbito da atenção básica. Precisávamos ir além de um cuidado assistencial e para isso precisávamos investir no humano, ou seja, no profissional que desenvolve o cuidado.

Após a publicação da Política iniciamos algumas ações para o processo de implantação das PICS, tomando como ponto de partida as diretrizes I e II, (NÍSIA FLORESTA, 2012, p.6):

> I - Implantar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares, integrando-as a rede de atenção à saúde, prioritariamente na Atenção Básica;
> II - Implantar e apoiar projetos de Educação Permanente em Saúde- EPS, incrementando a capacidade técnica de profissionais consoantes com as Práticas Integrativas e Complementares.

Iniciamos nossas ações ofertando aos profissionais da atenção básica, dentre eles, a maioria enfermeiros, **oficinas de abordagem transdisciplinar**, onde resgatamos os princípios do SUS, a política de humanização, e os objetivos das práticas integrativas.

A primeira oficina teve o intuito de apresentar a PMPICS, suas diretrizes e objetivos, para todos os profissionais da atenção básica. Resgatamos os princípios do SUS, especialmente o da integralidade, discutimos o Projeto Terapêutico Singular – PTS, como ferramenta do cuidado e da clínica ampliada. Também foi construído um plano de ação com metas para o processo de implantação da politica, com foco na educação permanente e nas ações coletivas.

Durante a oficina optamos pela estratégia de construção participativa, com a formação de três grandes grupos, onde cada grupo ficou responsável por elaborar as metas para a primeira fase de implantação da politica. Foi um trabalho construído por várias mãos, embora ainda tímidos, os profissionais envolvidos, se davam conta do desafio e da inovação desse projeto.

Figura 2 - Fotos da oficina de apresentação das PICS

Após o primeiro encontro, cientes dos objetivos traçados, segundo a PMPICS, Aconteceu então a segunda oficina que teve como objetivo capacitar 15 profissionais de atuação na atenção básica (enfermeiros, dentistas, nutricionista, T.O. e psicólogos) em Reiki, nos níveis I e II. Esta capacitação aconteceu em dois encontros de vinte horas. O primeiro aconteceu em um auditório, no centro da cidade. o segundo, optamos por desfrutamos de um lindo lugar, em um espaço ao ar livre, na estancia natural, conhecida como “Casa de Chico”, na região de Pium.

Contamos com o tutoramento de uma Mestra em Reiki, habilitada para tal prática. O Reiki é uma pratica natural de origem japonesa, de imposição de mãos, que harmoniza e reequilibra o corpo através da manipulação de energia vital, Freitag et al, (2014). O Reiki é a prática integrativa mais utilizada no SUS, talvez por ser de fácil aplicação, de baixo custo e boa eficácia. Após a capacitação desses profissionais, os mesmos foram encorajados a inserir a prática do Reiki nas suas rotinas de trabalho, nas ações coletivas e individual. Hoje, essa prática faz parte da rotina dinâmica de 4 (quatro) equipes de saúde e do NASF, que apoia as demais equipes nas atividades individuais e coletivas.

Figura 3 - Fotos da oficina de Reiki I.

No terceiro encontro, realizamos a oficina que teve como objetivo capacitar a equipe multidisciplinar do NASF, em PICS para atuar no apoio as ESF, tanto nas ações diretas individuais com o usuário, como nas atividades coletivas desenvolvidas em grupos de idosos, gestantes, homens, saúde mental, e outros, bem como nas ações voltadas para os trabalhadores.

Figura 4 – Capacitação Multidisciplinar - NASF em PICS.

Neste encontro foram discutidos os fundamentos da medicina tradicional chinesa - MTC, a teoria dos cinco elementos, práticas de meditação, relaxamento e as diversas terapias naturais, muitas já praticadas por alguns profissionais da rede. Todas as práticas discutidas nesse encontro era foco de discussão da busca pelo equilíbrio físico e emocional dos usuários em geral, bem como da busca pelo estreitamento do vinculo afetivo que melhora a relação usuário/profissional, na construção dos projetos terapêuticos. Os participantes dessa oficina foram encorajados a se inscrever no portal da comunidade de práticas do MS, que oferece três cursos EAD, em PICS. Após dois meses, o grupo reuniu-se novamente para avaliar o aprendizado do curso EAD e apresentar as sugestões de aplicabilidade dos conhecimentos construídos. Estes cursos EAD, tem uma base teórica muito rica sobre as PICS e sua orientação como prática no SUS.

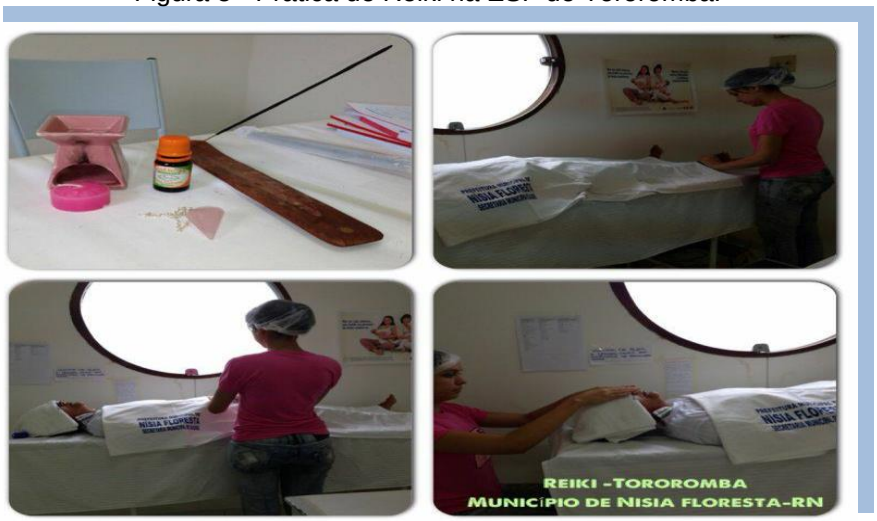
Em 2014, a coordenação de PICS do Estado promoveu um curso de três meses para profissionais da atenção básica onde foram ofertadas 4 (quatro) modalidades de PICS (Liang gong, yoga, meditação, e reflexologia). Na ocasião, mais 04 (quatro) profissionais, duas terapeutas ocupacionais que atuam no NASF e duas enfermeiras da AB.

Era tudo muito novo. Alguns profissionais tinham certa resistência. Uns influenciados por suas crenças religiosas e certo preconceito, negavam uma prática que, em suas características, trabalhava com a manipulação de energia. Outros não queriam sair da sua zona de conforto, trabalhar com algo novo teria que aprofundar conhecimentos e isso certamente demandaria tempo e disposição. Não acreditavam na possibilidade de introduzir “*essas coisas*” (fala de alguns profissionais) na prática cotidiana das UBSs. Por outro lado, muitos profissionais se interessaram pela nova abordagem terapêutica, propondo novas práticas e solicitando capacitações acerca do assunto. Então resolvemos investir nos interessados e esperar que eles contagiassem os que, por hora, não parecem gostar da ideia.

No decorrer do processo, observamos que o papel do NASF foi de extrema importância. Não só no apoio às equipes de saúde da família, mas também aos usuários, divulgando as práticas e vivenciando-as nas ações coletivas e de apoio matricial. Cada vez que os usuários vivenciam as PICS nas suas mais diversas práticas e abordagens, mais elas se identificam e gostam de participar. Isso é percebido através das falas e depoimentos dos usuários em diversas situações. A procura por acupuntura, por exemplo, aumentou substancialmente.

Observamos também que os usuários sempre estão procurando pelas práticas e perguntam: “*Quando vai ter novamente aquele escalda-pés”*? “*E aquela meditação*”? Os resultados em relação ao uso de medicação controlada são maravilhosos. Pessoas que usavam remédios para dormir, hoje já não precisam mais ou reduziram consideravelmente o seu uso. Apresentam melhoras relacionadas a outras queixas como a ansiedade, gastrites, hipertensão, obesidade, dores crônicas e outras. Esses relatos dão conta de como as PICS tem um papel diferenciado no processo do cuidado em saúde.

Figura 5 - Prática de Reiki na ESF de Tororomba.



De alguma forma as PICS foram fazendo parte da rotina das equipes e principalmente do NASF, no desenvolvimento das ações coletivas, como ferramentas de promoção da saúde e reorientação do autocuidado. Hoje as comunidades já conhecem as práticas e relatam a satisfação de experienciá-las. Observamos que o cuidado através das PICS é construído e reconstruído a cada vivência, a cada proposta, a cada grupo ou público alvo, coletivo ou singular. Não existem protocolos rígidos, repetitivos. O que existe é a construção de um projeto terapêutico onde as partes envolvidas estão ancoradas e comprometidas com a saúde e o bem estar.

Após quatro anos do inicio desse processo, o município de Nísia Floresta, hoje, é citado como referência e pioneirismo das PICS, no estado. Muitos gestores de outros municípios procuram a gestão para falar sobre as experiências e como estão atuando hoje, nesse contexto. É importante ressaltar que esse processo é

continuo e desafiador. A institucionalização de novas práticas e a efetivação das políticas de saúde no Brasil constitui um grande desafio para gestão em todos os níveis de atenção. Dessa forma destacamos a importância deste estudo por oportunizar as discussões e reflexões sobre a temática.

O capitulo que segue trata de descrever como foi construído o espaço vivencial da pesquisa, onde o grupo pesquisador pôde experiênciar diversas sensações e emoções que emergem a necessidade na pesquisa Sociopoietica.

4.2 O luminescer das pedras no processo de lapidação: Ateliê Humanopoiético de Autoavaliação Integrativa

Norteados pelos objetivos deste estudo, pretendemos responder dentre eles, quais sentidos e significados tiveram a implantação da PMPICS para os profissionais da AB em Nísia e Floresta e sua influencia na gestão do cuidado em saúde.

No intuito de possibilitar o fluir dos sentimentos e das emoções, dos participantes da pesquisa, optamos por oferecer um ambiente de pesquisa que libertasse-os de quaisquer amarras da convencionalidade de pesquisas rígidas. Inspirado nos Ateliês de Autoformação Humanescente de Sampaio (2009), desenvolvemos então o AHAI – Ateliê Humanopoiético de Autoavaliação Integrativa.

Os partícipes da pesquisa estão influenciados, mas não subjugados, ao processo sócio-cultural. Assim, o processo de atribuição de sentidos e significados advém da relação a ser construída entre o pesquisador e aqueles que são estudados, ou seja, a interpretação implica em intersubjetividade. Neste tipo de pesquisa há valorização do saber do sujeito e das suas emoções. (GONZALES REY, 2005).

O AHAI foi todo preparado à luz dos princípios da Pedagogia Vivencial Humanescente: Ludicidade, criatividade, sensibilidade e reflexividade-vivencial e histórica (CAVALCANTI, 2006; SAMPAIO 2009). Participaram do ateliê, sete profissionais de saúde sendo: Enfermeiras (03), nutricionista (01), Terapeuta ocupacional (02), Fonoaudióloga (01), que atuam na atenção básica, implicados no sistema de saúde no município desde a implantação da PMPICS e/ou que vivenciam a mesma em sua prática diária.

Em suas etapas, cada detalhe de integração dos participantes com o universo e cenário da pesquisa foi registrado através do Diário Vivencial Humanescente -

DVH (SAMPAIO, 2005), como arquivos fotográficos, depoimentos e escritos dos momentos significativos, a partir da observação participante do processo de implantação da PMPIC e durante a realização do mesmo, (SAMPAIO, 2005), que será melhor descrito mais à frente.

O Grupo Focal Humanescente – GFH deu-se ao final, na ultima etapa do AHAI, onde foram abordados acerca dos seguintes questionamentos: *Qual a percepção dos profissionais da AB sobre a implantação da PNPICS? Que influência teve a PMPICS para a gestão do cuidado? Quais cuidados integrativos foram implantados na Rede Municipal de Saúde, após a implantação da política? Quais potencialidades e fragilidades eles apontam para efetivação da PMPICS?*

4.2.1 Etapas do Ateliê: Transitando na epistemologia dos sentidos e significados do AHAI

Enquanto laboratório Vivencial Humanescente de pesquisa, o AHAI foi organizado seguindo as etapas vivenciais humanescente, conforme Sampaio (2009, p. 131-134): Acolhimento humanescente interativo; Momento de individuação; Técnica Projetiva Criativa; Mandala Humanopoiética; Momento de experiencialidade intelectual; Momento de auto-organização/autoavaliação.

1º Momento: Acolhendo e despertando o humanescer

Figura 6 – Ambiente Humanescente do AHAI

Figura 7 – Objetos utilizados como ferramenta para o fluir da subjetividade humana.

O Acolhimento humanescente se apresenta em suas faces com um ambiente acolhedor, que aconchega, despertando sensação de bem-estar e felicidade.

Remete o humano a um estado mental de operação em que a pessoa fica totalmente imersa no que está fazendo, caracterizado por um sentimento de total envolvimento e sucesso no processo da atividade, que Mihaly Csikszentmihalyi chamou de Estado de Fluxo. Mihaly (2009), e Martin Siligman (2014), chamou de *Psicologia Positiva*. Para esse ambiente humanescente, transformamos esse campo em um ambiente energético quântico que possibilita o resgate da subjetividade, da espiritualidade e de conexões significativas. (CAVALCANTI, 2010, p.32).

Utilizamos musicas instrumental em volume confortável, com sons da natureza bem como os aromas de alfazema, que é muito utilizado para ansiedade e depressão, também ajuda nos distúrbios do sono, e capim limão que desperta o afeto e aconchego, também acalma e tranquiliza Corazza (2002). Todos foram usados com o objetivo de proporcionar esse estado de plenitude e relaxamento. De acordo com Straliotto (2001), a música promove estímulos que ativam os circuitos do cérebro, ajudando a afinar a sensibilidade das pessoas, e aumenta a capacidade de se concentrar no fazer, promove o raciocínio lógico-matemático e ativa memória, além de desencadear emoções.

Corazza (2002) afirma em algumas de suas pesquisas, que os aromas advindos de alguns óleos essenciais, extraídos de plantas, influenciam o sistema límbico do cérebro atuando nos processos emocionais e nas sensações sentidas pelos seres humanos e animais. Dessa forma o ambiente acolhedor do AHAI, se mantem propício ao fluir das sensações humanas para trabalhar os sentidos e significados propostos pelo mesmo.

Ao experiênciar o AHAI os participantes da pesquisa se tornaram pequenas joias que guardam imensos valores dentro do seu universo subjetivo e significante onde temos intenção de acessar e perceber.

Ainda sobre o ambiente humanescente, nas falas dos participantes do grupo pesquisado percebemos sentimentos de satisfação em relação ao ambiente, previamente preparado.

> [...] esse ambiente relaxa e envolve. Precisamos disso de vez em quando. Achei que ia ser chato e maçante. (RUBI, X. F.).

> [...] Eu adorei essa vivência, não sei qual é o objetivo desse ambiente, assim, com essa musica e esse cheiro, mas a verdade é que esqueci de tudo lá fora. (DIAMANTE, A. S.).

> [...] Esse ambiente é relaxante e acolhedor! Tem muita beleza e promove um bem estar muito bom. (AMETISTA, J. G).

2º momento: Percebendo e vivenciando um acontecimento histórico

Seguindo as etapas do AHAI, o momento de *individuação,* é uma proposta de resgate de experiências prévias, onde os participantes vivenciam uma experiencialidade histórica que possibilitam os processos autopoiéticos para o sentirpensar, refletidos nos “sete saberes” proposto por Edgar Morin (2005).

Esse momento foi proposto com alguns registros visuais de fotos dos encontros entre profissionais, população e gestão, durante os cursos nas ações coletivas de saúde e nas vivencias desenvolvidas na atenção básicas, durante o processo de implantação da PMPICS, no município. Utilizamos a técnica do Varal lúdico de imagens para expor as fotos, em ordem cronológica. O contato visual com o que foi vivenciado faz emergir os sentimentos e simbolizar os significados necessários para fazê-lo. Conforme apontam os participantes do grupo pesquisado:

> [...] Foi maravilhoso, adorei ver as fotos de quando tudo iniciou. Naquela época não imaginávamos que faríamos tudo tão diferente, e que haveria tanta mudança no processo de cuidar. (ESMERALDA).

> [...] naquela época eu não tinha a dimensão do cuidado que eu tenho hoje! Sei que mudei o meu jeito de trabalhar e cuidar em saúde. (TURMALINA PARAÍBA).

> [...] Olhando para o passado podemos ver como evoluímos, o cuidado hoje tem um significado mais amplo e está fortalecido. (GRANADA).

Moraes (2004), diz que a realidade que emerge é o produto de uma dinâmica estrutural entre o pensar, o sentir, o fazer, o querer, o saber e o sonhar, que se modulam mutuamente no ser concreto. Nesse sentido reviver momentos de construção de uma nova realidade concreta nos faz refletir sobre aquilo que criamos e construímos e avaliar como isso influenciou na pratica cotidiana.

Figura 8 – Momento de Individuação: visualização dos registros dos encontros durante a implantação da PMPICS

Figura 9 – Momento de Individuação: Varal lúdico. Encontros com cenas vivenciadas.

3º momento: Uma viagem pelo corpo, vivenciando o seu próprio “Eu”

Após o *momento de individuação* os participantes foram convidados a vivenciar um encontro com o seu próprio corpo, possibilitando o relaxamento e a entrega. Segundo Gauthier (2012) quando os co-pesquisadores estão em estado de relaxamento ligados ao seu inconsciente, numa perspectiva psicanalítica ou com a consciência mais desperta, segundo a perspectiva budista, os dados estão “produzidos”. Fizemos um trabalho de respiração para fazer fluir a energia vital em nosso corpo e o completo relaxamento, preparação essencial para total imersão no AHAI.

> [...] esse cheiro, essa música, o relaxamento faz muito bem [...] Quando comecei a me tocar, na técnica do autocuidado, vi que não paro para perceber o meu corpo e como estou cansada. (AMESTISTA).

Na fala de Granada é expresso um sentimento de plenitude pela vivência:

> [...] Depois desse mergulho no meu corpo, me sinto tão leve que ficaria aqui o tempo que fosse necessário, desfrutando desse estado de plenitude! (GRANADA).

Figura 10 – Momento de encontro e conexão com próprio corpo

Figura 11 – Momento de relaxamento

4º Momento: Um mergulho no Inconsciente: Compreendendo a subjetividade do ser.

Dando seguimento ao AHAI, Iniciamos então a técnica projetiva que constitui uma das etapas onde cada participante, usando os seus sentidos cognitivos e criativos, construíram mini cenários através da técnica do *sandplay ou jogos de areia,* baseados nos arquétipos de Jung, dentro da psicologia analítica, usados para acessar o consciente e inconsciente, materializando e dando forma ao que é subjetivo.

O Jogo de Areia foi desenvolvido por Dora Kalff, formada no Instituto C. G. Jung em Zurique, na Alemanha por volta de 1956, é um instrumento de acesso ao inconsciente onde as pessoas constroem cenas com miniaturas em uma ou duas caixas com areia e também, utilizam a areia para criar formas variadas ou desenhos. (Scoz, 2008). No Brasil a técnica foi introduzida na psicoterapia por Ruth Amann, e no campo da educação a primeira experiência com psicopedagogia foi desenvolvida por Scoz (SCOZ, 2008).

Figura 12 – Momento de projeção e construção dos mini cenários.

Na área da formação e da pesquisa os primeiros estudos no Brasil foram desenvolvidos pela BACOR – Base de Pesquisa Corporeidade e Educação/UFRN, hoje, ECOTRANS, coordenado pela doutora e pesquisadora Kátia Brandão Cavalcantii (2009), que adaptou as caixas de areia para pequenas tábuas de plásticos e massa de modelar natural, feita com agua, sal, corantes comestíveis, farinha de trigo e óleos essenciais que podem ser utilizados por qualquer pessoa com objetivo de ajudar a dar formas aos mini cenários.

No Jogo de Areia a significação dos cenários é um ato simbólico em que são representados pelas miniaturas e massa de modelar como ferramentas de expressão. Ainda segundo Scoz, (2008), no momento em que os símbolos emergem, podem produzir emoções relacionadas com registros de sentidos que exprimem as diferentes formas de realidade do sujeito e, como alerta González Rey (2003, p. 229):

> No momento em que os símbolos emergem, podem produzir emoções relacionadas com registros de sentidos que exprimem as diferentes formas de realidade do sujeito [...] a dimensão simbólica deixa de ter um caráter externo ao indivíduo e se integra em um registro diferente, o dos sentidos subjetivos e, nesses sentidos, a realidade aparece mais além dos significados que medeiam a relação dela com o sujeito.

Figura 13 – Mini-cenário – Construção individual - Turmalina Paraíba (LD.)

Dessa forma, a técnica Sandplay, na abordagem Junguiana, permite o fazer simbólico da psique, se caracterizando em um método psicoterápico que antecede a verbalização, pois as cenas projetadas no cenário da Caixa de areia (adaptado) são encenações plásticas do inconsciente, naquele momento específico. Através da criação com as mãos, as forças psíquicas se tornam visíveis e reconhecíveis, ou seja, o interior e o exterior de algum modo se conectam. Por outro lado, atua como um processo transformador da visão de mundo, levando a uma ampliação da consciência, a partir do confronto com os processos inconscientes (FRANCO, 2003).

5º Momento: Vivenciando a experiencialidade intelectual

O momento seguinte, diz respeito à dissonância cognitiva onde os participantes da pesquisa expuseram as suas emoções, sentimentos e aprendizados a respeito da temática, usando o instrumento projetivo do sandplay, vivenciando a sua experiencialidade intelectiva. Cada participante da pesquisa descreve com palavras, acerca do que foi produzido nos cenários, dando significado à apresentação estética através dos sentidos da PMPICS e sua influencia na gestão do cuidado.

O grupo foi convidado a montar um grande círculo no centro da sala, e a formar uma mandala com os cenários projetivos construídos por cada um. Todos

são orientados a circularem observando a criação dos outros, até cada um chegar ao seu lugar. Após a contemplação de todos os cenários todos são convidados a sentar, formando uma mandala humana, composta pelos pesquisadores e suas produções plásticas. É o momento das expressões do sentido da experiência subjetiva vivida. Cada um dos participantes do AHAI, através de seu cenário, reconhece-se enquanto sujeito cósmico, complexo, habitante da terra, como possuidor de um campo energético que afeta seu lugar e seu planeta (SAMPAIO, 2009).

Figura 14 – Construção da Mandala

Figura 15 – Mandala das projeções dos sentidos

Dentro da proposta metodológica do AHAI, a mandala é uma representação geométrica e dinâmica da relação entre o homem e o cosmo. É a apresentação plástica e visual do retorno à unidade pela delimitação de um espaço sagrado e atualização de um tempo divino. (GAUTHIER, 2012). O Processo Humanopoiético é o reconhecimento pelo pesquisador de suas emoções, de seus sentimentos e afetos, já que o autoconhecimento e conhecimento de sua história, de seu corpo, de suas emoções são indissociáveis do conhecimento de sua realidade e de seu contexto vivencial. (SAMPAIO, 2009. p.133).

6º momento: Compreendendo o conhecimento construído

Segundo Cavalcanti, (2010), O Universo da autopoiese é um espaço em movimento, onde nada é estático, predeterminado, independente do ser criativo, mas gerado em sua corporeidade, no seu processo construtivo de viver/conviver. Espaços de encontros e encantos dos pesquisadores que permite a emergência do novo, o fluir da intuição e da criatividade. São momentos de fluxo para buscar sintonia com o contexto vivenciado. O corpo aqui não é uma entidade monolítica; está composto de partículas, que continuamente se organizam e reorganizam dentro

das relações de velocidade e lentidão. Lowen (1984), pautado nos estudos de Reich, em toda a sua obra fala do prazer de viver e vivenciar.

Durante a vivência do AHAI, os participantes preencheram os Arquivos Existenciais (SAMPAIO, 2009) adaptados para produzir e registrar sentidos e significados.

Figura 16 – Registro dos Arquivos existenciais

Os arquivos existenciais são criados de forma específica para cada Ateliê, a partir de seu objetivo próprio. São formulários onde os participantes preenchem, após o momento de individuação e da vivencia de uma técnica projetiva, suas impressões, emoções e sentimentos vividos, além de ficar registrada a imagem (foto) da sua criação, expressada através da técnica projetiva que comporá a Mandala Humanopoiética. (SAMPAIO, 2009. p.133).

Consideramos o momento da Mandala Humanopoiética propícia para darmos sequencia a técnica do Grupo Focal Humanescente.

Durante a vivencia do GFH pretendeu-se compreender *Qual a percepção dos profissionais da AB sobre a implantação da PMPICS? Que influência ela teve para a gestão do cuidado em saúde? e Quais cuidados integrativos foram implantados na Rede Municipal de Saúde, após a implantação da política?*

As questões de pesquisa foram colocadas, uma a uma, onde cada participante pode se posicionar, frente ao tema, dando sentido ao universo pesquisado. Assim se deu o AHAI, um ambiente criado a partir da beleza, da criatividade, que proporcionou leveza e fluidez ao fazer e sentir da pesquisa.

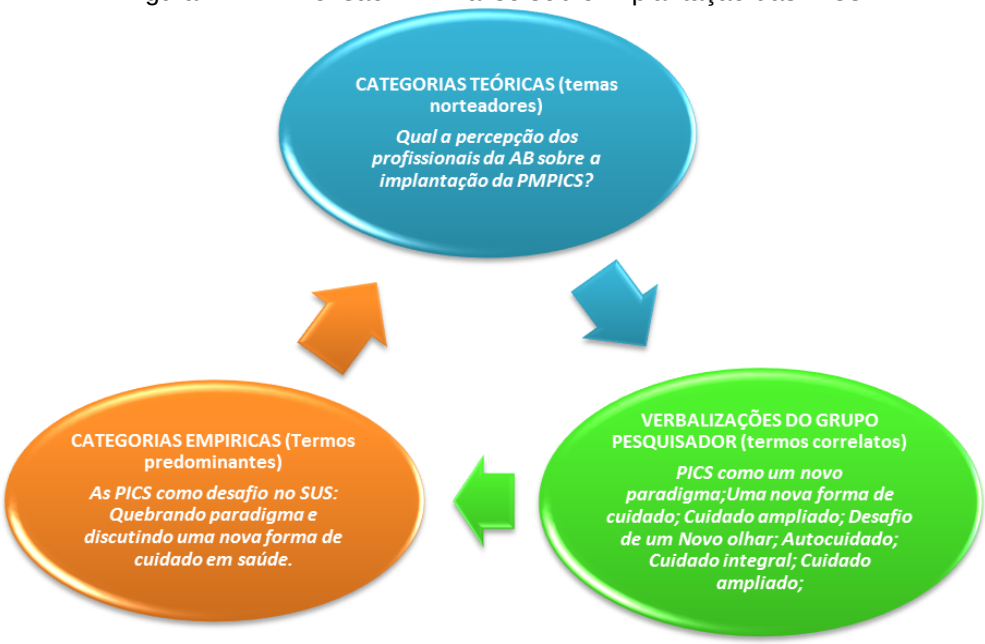
4.2.2 Sentidos e significados das pedras no caminho

O resultado da pesquisa, na abordagem sociopoética, não se dá pela coleta e análise dos dados obtidos por variados métodos e instrumentos, mas sim com a produção desses dados. O conhecimento não está numa prateleira, onde é coletado, mas produzido coletivamente, a partir das subjetividades que acontecem entre pesquisador e co-pesquisador, no universo da pesquisa. Nesse contexto, Gauthier (2012) propõe que diante de uma riqueza de dados produzidos, e não apenas coletados, o pesquisador, estimulado e inspirado pelo espirito investigativo, pode fazer uma análise das estruturas de pensamento invisíveis que estão embutidas nos atos, verbalizações e escritos do grupo pesquisador.

Na busca pela compreensão desse conhecimento empírico optamos por fazer à análise das verbalizações e escritos em categorias que nós vamos chamar de dimensões de análise, considerando todos os dados obtidos, explícitos e implícitos, até que esquecemos totalmente quem foi o autor de quê, Gauthier (2012, p.92), e organizá-los a partir de semelhanças e oposições, entre confluência e divergências, se assim houver. Dentro dessa proposta, após transcrever as falas, compilar os escritos e analisar as produções plásticas produzidas durante o AHAI, sintetizamos as informações e os dados construídos a partir das ideias centrais que traduzem o sentimento e as inquietudes do grupo pesquisador, organizados em quatro grandes eixos estruturantes, sintetizados a partir do conhecimento construído, à luz das perguntas norteadoras, que geraram as Dimensões de analise a seguir.

4.2.2.1 A percepção dos profissionais da AB sobre a implantação das PICS

Figura 17 – Dimensão A - Analise sobre implantação das PICs



As PICS como desafio no SUS: Quebrando paradigma e discutindo uma nova forma de cuidado

A luz das questões norteadoras do AHAI, no que diz respeito a influencia que teve a PMPICS para a gestão do cuidado, segunda a percepção dos profissionais da AB, em suas falas preciosas, as Pedras referem que:

> Acredito que foi um desafio para a gestão trazer uma proposta nova de cuidado e vencer uma prática de clínica centrada na medicalização e no médico. (RUBI, X. F.).

> Com certeza um desafio muito grande, mas uma ousadia maior ainda em trazer um projeto inovador que trata de um novo paradigma em saúde. (ESMERALDA, E. A.).

> Representa um grande desafio e traz UMA PERSPECTIVA MUITO BOA DE UM NOVO OLHAR SOBRE O ADOECIMENTO HUMANO. (TURMALINA PARAÍBA, L. D.).

No grande marco histórico da saúde, a Conferencia de Alma Ata, de 1978, na União Soviética, o diretor geral da Organização Mundial da Saúde – OMS, declarou que:

> A medicina tecnológica e especializante era incapaz de resolver os problemas de saúde de dois terços da Humanidade, fazendo um apelo aos governos de todos os países para o desenvolvimento de formas simplificadas de atenção médica destinadas às populações carentes no mundo inteiro, com o correspondente esforço no campo da formação de recursos humanos, utilizando-se, para isso, os próprios modelos médicos ligados às medicinas tradicionais. “Saúde para todos no ano 2000” foi o lema então lançado. (LUZ, 2011 p.152).

Luz (2005) nos diz ainda que nunca estivemos tão longe de vencer esses desafios, pois hoje já são mais de três quarto da população que necessitam de assistência em saúde, seja no âmbito individual ou coletivo, gerando assim um quadro de crise sanitária internacional. O surgimento de novos modelos em cura e saúde, só surgiu a partir da segunda metade do século XX, desencadeado nos anos 60 e estendido durante a década de 70, sobretudo nos EUA e na Europa. Alguns modelos e sistemas terapêuticos distintos daqueles da nossa racionalidade médica, e mesmo opostos a ela, passaram a ser adotados nas práticas médicas.

Sousa, (2012), afirma que a procura e a expansão pelas PICS, no Brasil, se dá por vários fatores, dentre eles:

> [...] a crise da biomedicina frente à diversidade do adoecimento humano, a hiperdiagnose, a medicalização social e a relação assimétrica entre profissionais e usuários. [...] “Além disso, estes modelos não atendem aos desafios da sociedade, atuais e das próximas décadas, como a violência, o sofrimento difuso ou sintomas não explicados e o rápido envelhecimento, que implicam na preparação de equipes e de profissionais equipados com meios técnicos e práticas capazes de responder às necessidades de saúde da população. (SOUSA, 2012, p.17).

Mendes (2012) sugere que para vencer esses desafios se faz necessária, mudanças no modelo de atenção e encoraja a adoção de novas práticas considerando que a atenção primária tem sido importante como cenário para a efetivação dessas mudanças no SUS. Sousa (2004) considera o acervo teórico utilizado na academia como a fisiologia, a anatomia e a patologia, insuficiente para construir novas ações em saúde. Ela afirma ainda que o profissional de saúde que atua na APS, “se depara com uma realidade pouco discutida durante sua formação, e encontra processos patológicos para os quais ainda não foram produzidos medicamentos”, e propõe que o acervo teórico que pauta a rotina de cuidados precisa ser repensado para que fique centrado no ***doente*** e não na doença, como é na prática.

No tocante ao que se fala das PICS como novo paradigma em saúde, Luz (2005), diz que o surgimento de novos modelos terapêuticos em saúde, incluiu a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos daqueles da nossa racionalidade médica. Ela afirma que:

> Além da importação de antigos sistemas médicos, como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica, a reabilitação das medicinas populares ou folk do país (como as xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas), foi um evento histórico que atingiu não apenas o Brasil, mas o conjunto dos países latino-americanos, principalmente durante a década de 80, basicamente nos grandes centros urbanos. (LUZ, 2005, p.154).

Acredita-se que o grande diferencial das medicinas alternativas está relacionado, em grande parte, da maneira como essas medicinas estabelecem a relação com seus pacientes. A pesquisadora sugere que essa relação poderia servir como um parâmetro de discussão para a medicina institucional na atualidade, colocando-se em pauta a importância do aspecto simbólico em qualquer sistema terapêutico. (LUZ, 2005).

Segundo Ayres (2004), a doença se relaciona com as subjetividades, emoções e a maneira como o indivíduo se relaciona consigo e com o seu meio. Deste modo, as ações de cuidado não visam intervir diretamente na doença, mas em suas causas, atreladas ao estilo de vida e ao contexto histórico e social.

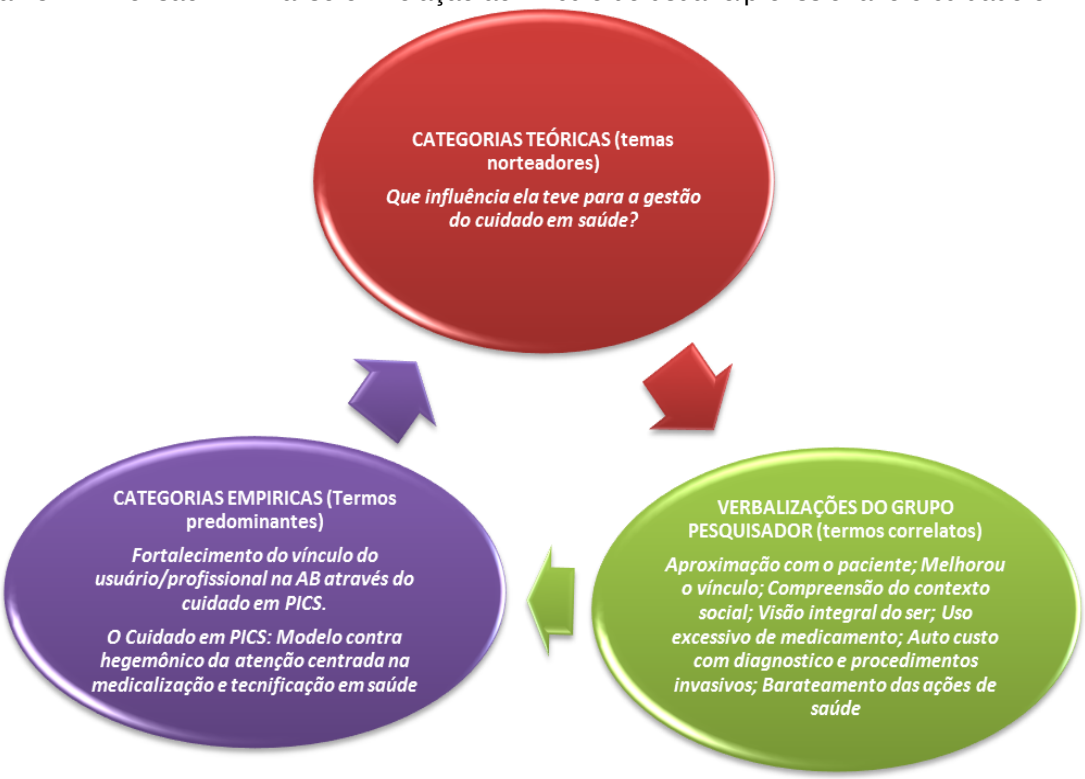
Sousa (2013 p. 66) *apud* OMS, (2002), nos fala que o cuidado desenvolvido pelos profissionais em PICS, considera a reflexividade na relação entre profissional e usuário, e ainda, que cada indivíduo tem uma constituição e circunstâncias sociais próprias, o que determina tratamentos distintos, inclusive em pessoas com o mesmo diagnóstico. Eles têm consciência de que estão lidando com o processo de adoecimento, no qual o valor da experiência subjetiva é tão precioso quanto a avaliação racional, como afirma nossas Pedras preciosas:

> [...] tão importante quanto conhecer a doença, é conhecer a pessoa que tem essa doença e sua relação com o mundo. (DIAMANTE).

> [...] a escuta sensível ao usuário permite perceber a subjetividade do adoecimento e nos dá a possibilidade de lançar mão de outras racionalidades, na condução terapêutica. (TURMALINA PARAÍBA).

Que influencia teve as PICS para a gestão do cuidado em saúde

Figura 18 – Dimensão B - Analise em relação ao vínculo do usuário/profissional e o cuidado em PICS.



Fortalecimento do vínculo do usuário/profissional na AB através do cuidado em PICS

Durante o GFH e no registro do AEH surgiu a relação de vinculo entre o profissional e usuário. “Rubi” (X.F.) e Granada (F. L.) referem que:

> [...] as práticas integrativas fortaleceram o meu vinculo com o usuário e me possibilitaram a tratar dele de forma singular. (RUBI, X.F.).
>
> [...] não tem como não estabelecer vínculo com o usuário quando se desenvolve PICS, é equânime! Só construímos um projeto terapêutico se existir o vínculo, e ele se constrói a cada encontro. (GRANADA, F.L.).

Dentro do contexto colocado pelos pesquisados, Lima (2007) refere que o estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários parece ser uma possibilidade de se construir uma nova prática que busque a melhoria da qualidade da atenção á saúde. Para que se possa assegurar a qualidade do cuidado prestado, é necessário que se tenha em mente a noção de vinculo e, consequentemente, da responsabilização da equipe pelo cuidado integral saúde coletiva e individual.

O vinculo é a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a adesão e continuidade do tratamento, e consequentemente evitando consultas e internações desnecessárias. Essa relação requer a cooperação mútua entre as pessoas da família, da comunidade e os profissionais. Além disso, o vínculo permite uma aproximação mais efetiva entre o paciente e o profissional, de modo a se estabelecer relação de escuta, de diálogo e de respeito. Neste caso, o usuário se sente mais seguro e com a unidade de saúde por perceber-se aceito e próximo dos profissionais que compartilham esforços pelo seu bem-estar. (BRUNELLO et al, 2009).

O usuário deposita confiança na relação com o profissional, esperando que o mesmo atue sobre o seu sofrimento e que o auxilie na resolução dos seus problemas. (GOMES, 2009). Entretanto, essa relação não deve gerar uma dependência do usuário em relação ao profissional, uma vez que o vínculo formado entre eles deve servir para incentivar o cliente para o autocuidado, conferindo-lhe autonomia e ampliando as ações de saúde. (SCHIMITH, 2004).

Dessa forma, fica clara a importância da construção e do fortalecimento do vínculo usuário/profissional, como forma de consolidar as relações na terapêutica transdisciplinar, que tem como objetivo a promoção da saúde e o bem estar.

O Cuidado em PICS: Modelo contra hegemônico da atenção centrada na medicalização e tecnificação em saúde

Sem dúvida nenhuma o avanço tecnológico tem trazidos muitos ganhos para o desenvolvimento humano e das sociedades. Para a saúde não é diferente. É inegável a contribuição que os equipamentos de tecnologias duras de ponta, tem feito para a manutenção e a recuperação da saúde. Mas tem acontecido um fenômeno que tem chamado atenção de pesquisadores no que diz respeito ao uso dessa tecnologia. A chamada *tecnificação da saúde* (TESSER, 2009), tem relação com uma demanda exacerbada por uso de equipamentos tecnológico avançados, procedimentos invasivos e medicações de alto custo, em detrimento da clínica. Isso de alguma forma influencia no modelo de cuidado em saúde, prestado a população nos três níveis de complexidade. Segundo Souza (2009), O custo é muito alto e a

eficácia não tem sido proporcional. "*Dessa forma temos um cuidado pautado prioritariamente na utilização intensiva de exames diagnósticos invasivos, na medicalização dos sintomas, na prática hospitalar e na incorporação profissional centrada nas especialidades médica".* (SOUSA, 2013).

Todo esse investimento em tecnologia poderia ser interessante se conseguíssemos resolver os problemas de saúde da população. Esses dados são inversamente proporcionais, quando se trata das populações de massa. Tem-se hoje uma saúde de altos custos e uma resolutividade muito baixa. As pesquisas mostram que essa tecnologia de ponta não chega às populações carentes, e quando chegam são incipientes. Altos custos com a previdência e com fármacos de longa utilização comprovam essas divergências de dados e alguns autores discutem a medicalização social como um quadro grave que tem provocado o que eles chamam de *crise da biomedicina.* (TESSER, 2006).

Diante desse quadro a mudança do modelo de atenção é fundamental, e a APS tem sido colocada como uma estratégia importante para efetivar esta mudança. Neste sentido, várias ações e programas têm sido implantados no SUS, o que tem provocado mudanças na oferta e utilização dos serviços de saúde (MENDES, 2012).

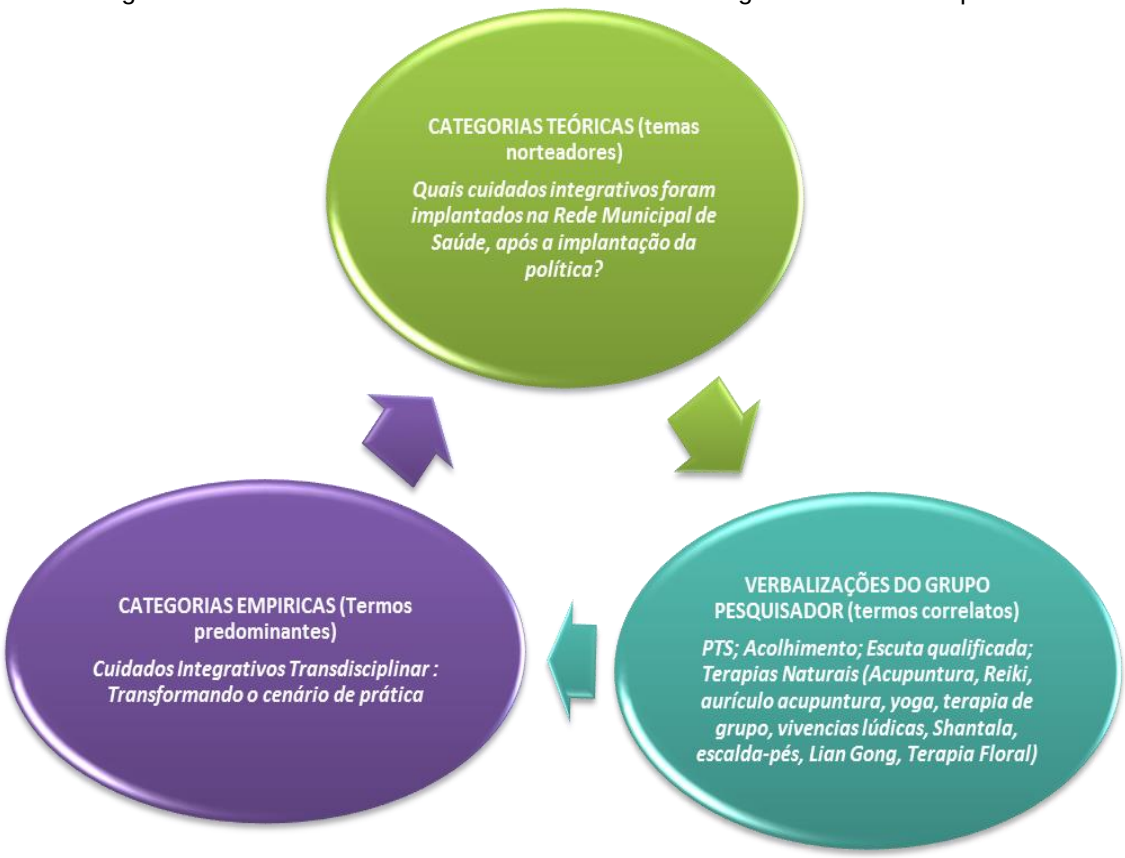
> Apesar de nos seus objetivos, a ESF possuir grande potencial para reorientação do modelo alinhando-se à promoção da saúde e as PICS, no cotidiano, a maioria dos profissionais tem poucas ferramentas para lidar com o sofrimento e com a complexidade dos processos de adoecimento na atenção básica. É exatamente na ponta do sistema, que permite maior aproximação com a comunidade, que o profissional de saúde se depara com uma realidade pouco discutida durante sua formação, encontra processos patológicos para os quais ainda não foram produzidos medicamentos. (SOUSA, 2013, p.18).

Nossas joias preciosas, durante o AHAI, Ametista, Esmeralda e quartzo, referem que:

> [...] as PICS trazem, em sua forma de cuidado, tecnologias leves e eficazes, de baixo custo e que está ao acesso de todos, independente da situação social, embora seja necessário investir mais na qualificação de profissionais para atuarem nesse campo, priorizando as ações na AB. (AMETISTA)
>
> [...] são práticas de métodos simples, naturais de baixo risco e com ótimos resultados mas só é possível se houver qualificação profissional. (ESMERALDA).
>
> [...] é preciso ofertar mais capacitações para podermos ter mais ferramentas de abordagens. (GRANADA).

4.2.2.2 Cuidados integrativos que contribuíram para os novos cenários de prática

Figura 19 – Dimensão C - Análise sobre cuidados integrativos Transdisciplinar



Cuidados Integrativos Transdisciplinares: Transformando o cenário de prática

Com a implantação da PMPICS no município de Nísia Floresta, além das práticas integrativas especificas, foram inseridas nas ações de saúde das equipes e no apoio do NASF, outras ferramentas, dentro do olhar da clínica ampliada de saúde, mas especificamente o PTS – Projeto Terapêutico Singular, o Acolhimento Humanizado e a Escuta Qualificada, tendo suas bases na PNH. (BRASIL, 2007).

A proposta de clínica ampliada foi adotada pela gestão como instrumento para que os trabalhadores possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes, construindo o conhecimento e ampliando as práticas de um Cuidado humanescente. Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanescência aponta para o estabelecimento

de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do sistema e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

Um dos objetivos deste estudo é Identificar quais cuidados integrativos contribuíram para novos cenários de prática da clínica ampliada transdisciplinar no município de Nísia Floresta. Segundo os achados do grupo pesquisador, a partir do conhecimento construído, houve uma significativa mudança no cuidado em saúde por parte dos profissionais que participaram do processo de implantação das PICS.

Algumas práticas, baseadas no principio da MTC – Medicina Tradicional Chinesa, como acupuntura, holopuntura, terapia auricular, meditação, Lian gong e muitas técnicas de relaxamento, foram inseridas pouco a pouco nas ações coletivas e formação de grupos como o de saúde mental, de gestantes, de Hiperdia e outros. Encontros semanais para discutir protocolos e PTS, tanto singular como coletivo, tornou-se parte do cronograma das equipes de ESF, bem como a implantação do acolhimento humanescente e a escuta qualificada feita pela equipe, autoformação humanescente de profissionais para atuarem na clínica ampliada transdisciplinar no município. O Reiki, a Yoga, o Escalda-pés, a Shantala, a Aromaterapia, os Florais e alguns princípios da fitoterapia, são exemplos de práticas integrativas utilizadas como ferramenta de um cuidado transdisciplinar humanescente.

Para Cavalcanti (2008, p. 37), a humanescência é,

> a capacidade dos seres humanos de irradiar energia positiva quando vivem e vivenciam situações e emoções que possibilitam a liberação de um fluxo energético multidirecional e multifocal para si, para os outros e para o entorno". Todos os seres humanos possuem a capacidade de humanescer, porém, a forma de ser e estar no mundo vai determinar a qualidade e quantidade de seu fluxo energético humanescente.

Cuidar de forma humanescente é ver o invisível aos olhos, é ir além do corpo físico, é ter a noção do todo nas partes e as partes no todo. (NELSON, 2013).

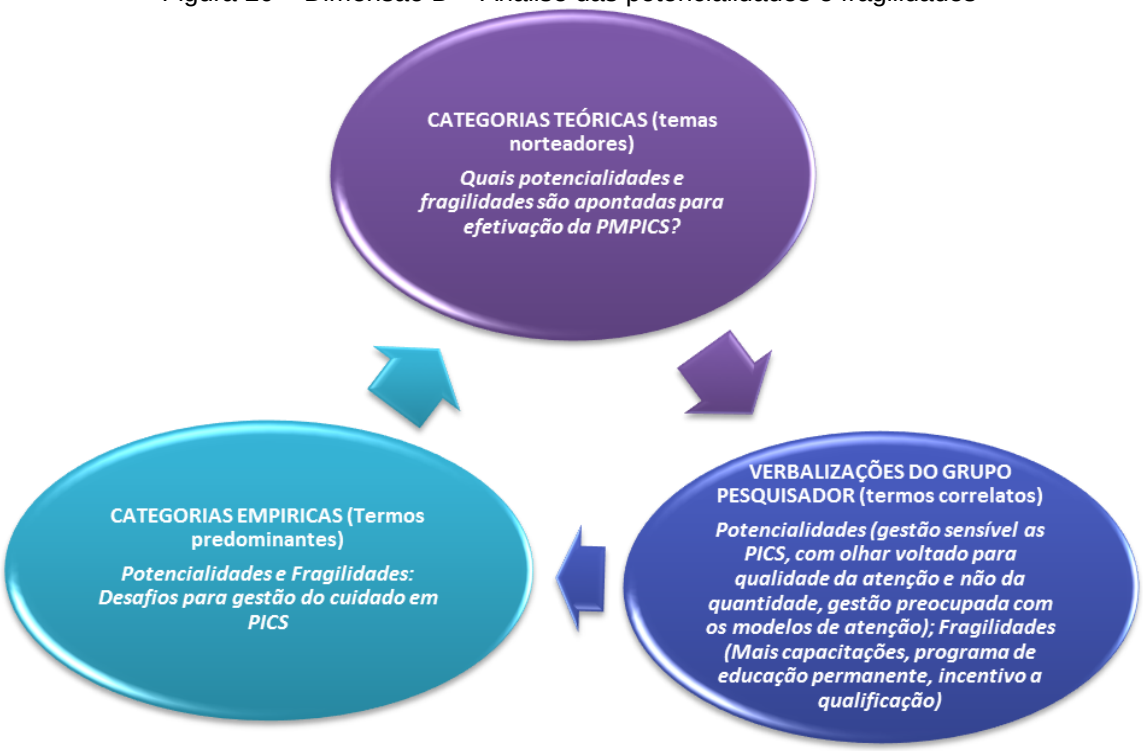
Dentro da perspectiva da humanescência, o cuidado ganha proporções multidimensionais subjetivas, ligada ao ser complexo, cognitivo e existencial e propõe o Cuidado sensível, pautado no espírito humano para a paz, para o amor, para a justiça, para a compaixão e a solidariedade, condições fundamentais para a sobrevivência da humanidade e para que possamos ter uma sociedade

emocionalmente sadia e socialmente justa, engajada e comprometida. (CAVALCANTI, 2009).

Pode-se identificar nos relatos do estudo, que as ações implementadas, buscam substituir cotidianamente, práticas centradas na doença, por práticas centradas nas necessidades humanas, visando um cuidado integral. Para tanto se percebe a necessidade da gestão investir no humano, nos processos de autoformação humanescente que desperte em cada um a possibilidade do florescer da beleza, ou seja, o humano do humano presente dentro de cada um de nós.

4.2.2.3 Potencialidades e Fragilidades: Desafios para gestão do cuidado em PICS

Figura 20 – Dimensão D – Análise das potencialidades e fragilidades



Quando questionados sobre as potencialidades e fragilidades da gestão do cuidado em PICS, o grupo pesquisador aponta de uma forma geral, a necessidade do comprometimento da gestão em ofertar uma atenção de qualidade, pautado em um modelo que valorize ações da clínica ampliada, com enfoque no Ser e na sua multidimensionalidade, ampliando as ações da AB na perspectiva de uma maior resolutividade. Argumentam ainda a necessidade da ousadia na execução de um projeto de atenção inovadora que atue em um campo relativamente novo, que ainda

se enfrenta muitos preconceitos pela comunidade cientifica, mas que tem mostrado sua eficácia nas ações e serviços experienciados no Brasil e em outros países. Fica claro esse sentimento na expressão de Granada, Diamante e Esmeralda, ao afirmarem que:

> [...] as PICS têm sido cada vez mais aceitas pela comunidade e que já se fazem necessárias mais pessoas capacitadas para atuarem nessa área (acupuntura) para dar conta das demandas da população. (GRANADA).

> [...] a gestão precisa investir em mais capacitações em profissionais que se interessam em atuar com as PICS e amplia-las para mais gente. (DIAMANTE).

> [...] Seria interessante haver um programa de incentivo para quem se interessar em se capacitar em PICS, tendo em vista que nem todos os profissionais acreditam ou tem perfil para atuar com essa proposta nova. (ESMERALDA).

Como é possível perceber nas falas das participantes da pesquisa, as PICs ganharam relevância e hoje tem o papel de orientadora e reordenadora das ações e serviços da Atenção Básica, conforme apontou Mendes (2003). Nos depoimentos confirma-se ainda o papel estratégico no SUS de garantir a universalidade do acesso, a cobertura universal e a efetivação da integralidade conforme PAIM *et a*l (2012).

A atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define que a AB abrange um conjunto de ações relacionadas com aspectos coletivos e individuais de uma população, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde dos indivíduos. (BRASIL, 2015).

Santos *et al* (2004), um dos desafios identificados pela autora no âmbito da gestão é a necessidade de desenhar novos arranjos organizacionais para construir modos de produzir saúde com resolubilidade e qualidade na atenção. Além dos problemas políticos de financiamento e de gestão dos recursos financeiros da AB referenciados tão bem por PAIM (2011), no âmbito da pesquisa em Nísia Floresta foi identificado o desafio que diz respeito à questão dos recursos humanos disponíveis para atuar na ESF, considerando que inexistem políticas de contratação de

profissionais, para atender às exigências desse modelo de atenção, que envolve uma diversificada e complexa realidade sanitária.

Foi possível confirmar a afirmação de Savassi (2012), quando refere que muitas ações e esforços devem ser desenvolvidos para se buscar as soluções para melhoria do atendimento nos serviços de saúde. Sugere focar nos aspectos relacionados ao atendimento clínico-assistencial até o reconhecimento e incentivo das experiências exitosas que levam à reorganização da AB. O autor nos diz ainda

> [...] que a busca da qualidade não envolve apenas mudanças nas práticas dos profissionais das equipes. Ela exige, também, a qualificação da gestão, especialmente no nível local, sobretudo no que diz respeito às suas práticas e posturas. (SAVASSI, 2012, p. 52).

No tocante aos aspectos relacionados as PICs na gestão e no modelo de atenção é possível comprovar, no contexto local, as questões apontadas por Pinto, Sousa e Ferla (2014), ao abordarem os seguintes pontos: subfinanciamento da Atenção Básica; necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado; avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão; Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores e a Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica.

Diante de todos esses desafios apontados pelos estudos e reforçados na nossa pesquisa, fica cada vez mais claro qual o principal desafio para efetivação das PICS no município de Nísia Floresta, apesar do financeiro e material ser destaque nos discursos, é necessário investir no humano, qualificar e estimular os profissionais, viabilizar a Pedagogia Vivencial Humanescente (Sampaio e Cavalcanti, 2009), para investir na qualificação dos profissionais da Atenção Básica, baseadas nas suas necessidades e perfil atuações, com objetivo de transformar a forma de cuidar, tornando as ações cada vez mais eficazes e com baixos custos.

AUTOCUIDADO
FÉ

Fonte: Arquivo da autora

O BRILHO DAS PEDRAS LAPIDADAS

5 O BRILHO DAS PEDRAS LAPIDADAS

O caminho da pesquisa e do pesquisador exige disciplina, estudo, mas principalmente a ousadia das descobertas e inovações. A implantação da Política de Práticas Integrativas e Complementares no município de Nísia Floresta tem sido muito desafiadora, tendo em vista a preponderância ainda do paradigma curativista e medicalizante nos serviços de saúde. A gestão municipal queixa-se da não garantia do financiamento de tão importante política que, ainda por cima, enfrenta preconceitos culturais. Sabe-se que o argumento utilizado por grande parte dos gestores é fruto do desconhecimento a respeito da atual legislação do SUS, uma vez que hoje temos como produto do Decreto presidencial Nº 7508/2011 a RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) que inclui as Práticas Integrativas e Complementares no elenco dos procedimentos financiados com recursos da Atenção Básica, além de que, também faz parte da tabela de procedimentos ambulatoriais de média complexidade vários procedimentos de PICs . Associado a estes desafios por desconhecimento, somamos o fato de não existir, no âmbito do SUS, um fator motivador aos olhos da gestão.

Chegamos ao final da caminhada de descobertas e buscas, motivada pela epistemologia de um cuidado diferenciado que supera o foco na doença, na *Tecnificação* e *Medicalização,* distante das necessidades humanas.

. As reflexões e os conhecimentos que construímos acerca das práticas integrativas e complementares permitiram a elucidação de algumas indagações que apontam a prática da clínica ampliada transdisciplinar como proposta de um cuidado verdadeiramente humanescente.

Em nossas observações, tendo em vista o tempo que estamos vivenciando esse processo, temos a convicção que as PICS modificaram o modelo de atenção vivenciado pelos profissionais na atenção básica, no município de Nísia Floresta.

É sabido que existe um laço muito forte entre as PICS, a promoção da saúde e a política de humanização, mas é sabido também que um dos maiores desafios é a institucionalização dessas práticas em nossos serviços de saúde, tanto pela própria cultura de práticas, arraigadas no modelo cartesiano endurecido, quanto pelo contexto organizacional e institucional falido.

Foi possível identificar os reflexos do distanciamento da academia, os profissionais que saem para o mercado de trabalho ainda têm um olhar muito

voltado para as tecnologias densas, centrado na diagnose e nos fármacos industriais. Os resultados deste estudo mostram que precisamos levar as PICS para os currículos acadêmicos, inserir nas discussões sobre as políticas de promoção da saúde e humanização. Os serviços não dão conta de qualificar os trabalhadores em todas as suas necessidades para atuar na atenção básica. É importante discutir novos currículos acadêmicos, que se adeque a necessidade da prática para o cuidado integral.

Os resultados da implantação da PMPIC no município de Nísia Floresta já refletem na Rede de Serviços do município, uma importante parceria ensino/serviço tem se concretizado e rendido frutos operacioanais. O município conseguiu firmar convênio com as duas maiores Universidades formadoras de medicina da região, e hoje Nísia Floresta recebe os estudantes de medicina, desde o primeiro período, bem como os residentes em medicina de família e comunidade. Essa parceria tem se consolidado e gerado avanços consideráveis. Muitos estudantes estão tendo seu primeiro contato com as PICS quando chegam ao município e muitos levam como discussão para sala de aula, as experiências vividas.

Partindo da análise fenomenológica a respeito do significado da implantação da PMPICS e a percepção para os profissionais da AB sobre a mesma, bem como, a influência que ela teve para a gestão do cuidado praticado, podemos verificar que os pesquisados, nossas Pedras preciosas, mergulhadas no seu consciente/inconsciente, através da experiência vivencial do AHAI, expressaram em suas falas, gestos e registros e escritos, que a gestão foi ousada em ter uma atitude desafiadora de propor algo inovador, transcultural, centrado em uma atuação diferenciada que convida o profissional a refletir sobre as suas práticas cotidianas, reorientado a tomada de decisões.

Referem ainda que as PICS como uma ferramenta ordenadora de um cuidado humanescente pautada numa prática de escuta qualificada e sensível que observa, compreende e valoriza a subjetividade humana, nos processos de adoecimento. Compreendem que esse cuidado estreita os laços do usuário/profissional, melhorando as relações e aumentando a eficácia dos projetos terapêuticos.

Diante da grande crise social e mercadológica da produção de serviços, onde grandes investimentos são feitos nas áreas de tecnologias duras, os profissionais da Estratégia Saúde da Família pesquisados, entendem a grande importância de uma prática de baixo custo que atende os usuários em suas necessidades básicas, no

seu território e com eficiência, sem requerer da gestão grandes investimento em tecnologias avançadas e de baixo acesso devido a burocratização do SUS.

No tocante aos cuidados integrativos praticados, após a implantação da PMPICS, os sujeitos da pesquisa reconhecem o quanto são importantes no desenvolvimento da clínica ampliada transdisciplinar, e compreendem a necessidade de ampliar cada vez mais esses cuidados nas ações de saúde desenvolvidas no município, na perspectiva de garantir um cuidado integral.

Do ponto de vista de gestão, foi unânime, nas falas dos profissionais que atuam no município e que fazem parte do grupo da pesquisa, a compreensão de que há necessidade de maiores investimentos na AB, não só por parte da esfera Municipal, mas também da esfera Estadual e Federal, por entender que na AB é aonde acontecem os fenômenos determinantes e condicionantes da saúde que favorecem ou não o adoecimento humano, tanto individual como coletivo.

No que diz respeito às fragilidades e potencialidades que favorecem ou dificultam a efetivação das PICS, no município, verificamos que é preciso investir no humano, na mão de obra qualificada, direcionada para atuar na AB através da ESF. Não precisamos de especialistas em fragmentos, precisamos de generalistas, que atuem e saibam trabalhar com as questões de necessidades coletivas, sem prejuízo da atenção singular.

Verificamos a necessidade de qualificar os profissionais baseados na sua necessidade individual, agregando os processos formativos por perfil de atuação na região. Na prática, há critica quanto as qualificações e ações de educação permanente, havendo alegações de que surgem de forma verticalizada, por imposições do sistema, quando deveria ser de forma horizontal e transversal, valorizando as suas potencialidades e discutindo as suas necessidades, frente às ações desenvolvidas, loco regionalmente.

No tocante aos avanços da PMPICS do município de Nísia Floresta, parte integrante de análise deste estudo, no que diz respeito as suas diretrizes, é importante ressaltar que são demandados ainda muitos esforços no sentido de se efetivar e institucionalizar a política no município. No entanto, foram feitos alguns avanços, que descrevemos a seguir, tendo como guia as diretrizes da PMPICS/NF.

No que diz respeito à Diretriz I: “Implantar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares, integrando-as a rede de atenção à saúde, prioritariamente na Atenção Básica”. (NÍSIA FLORESTA, 2012. p. 6), foi constituído

o grupo técnico de implantação e execução da política, ampliando os serviços em Práticas Integrativas e Complementares existentes na rede pública de saúde, viabilizado a implantação dessas práticas nos serviços de saúde e nas comunidades do Município de Nísia Floresta, apoio e fortalecimento das iniciativas das Práticas Integrativas e Complementares em UBS, e na atenção domiciliar de forma a contribuir para melhorar a resolutividade da atenção em todos os níveis. Ainda como desdobramento da diretriz I, foi feito mapeamento dos profissionais do município habilitados para atuar com as Práticas Integrativas, assim como foi estimulado o fortalecimento dessas práticas, ampliando-as nas rotinas das UBSs. Alguns profissionais já praticavam a meditação, a Shantala e muitas atividades lúdicas, os quais foram fortalecidas pela gestão.

Uma das limitações identificadas no estudo diz respeito a não elaboração de um protocolo de Atenção às áreas de Práticas Integrativas e Complementares em UBS.

Em relação a Diretriz II: “Implantar e apoiar projetos de Educação Permanente em Saúde- EPS, incrementando a capacidade técnica de profissionais consoantes com as Práticas Integrativas e Complementares”. (NÍSIA FLORESTA, 2012. p. 6), identificou-se no Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde, metas para Práticas Integrativas Complementares, embora não tenhamos conseguido certificar se houve cumprimento dessas metas considerando que deveria ofertar pelo menos três capacitações por ano, em consonância com as mesmas. Já no que se trata da articulação com a SESAP, só foi possível a realização de uma capacitação, no ano de 2014.

Ao analisar os dados do Relatório de Gestão foi possível identificar a realização de dois encontros com os profissionais da AB, visando à melhoria da qualidade de vida dos profissionais que atuam na SMS/NF, e agora em 2016, foi comemorada a semana nacional do trabalhador desenvolvendo várias práticas integrativas com profissionais da SMS, visando o relaxamento, diminuição do estresse bem como bem estar e qualidade de vida. Observou-se a existência de aprimoramento dos profissionais por meio da participação em eventos, como congressos e seminários, com três trabalhos apresentados em 2013, quatro em 2014, e cinco em 2015. Outro avanço identificado foi à realização de licitação para a compra de materiais e insumos utilizados nas práticas e ações em PICS, como

agulha para acupuntura, moxa, sementes e cristais, pastilhas de silício, óleos essenciais e outros.

Ao analisar os documentos da gestão em relação a PMPIC identificamos dificuldades em relação à aquisição/estruturação/ de espaço físico adequado para Vivências Integrativas Humanescentes. Diante desta dificuldade a gestão optou em utilizar os espaços coletivos nas comunidades como clubes, associações e granjas de lazer. Outro aspecto identificado na pesquisa foi à utilização de recursos naturais já que o município tem em abundancia, como as lagoas e as praias, visando sempre integrar as práticas desenvolvidas com a natureza. No tocante a qualificação especializada, a gestão não conseguiu estabelecer parceria institucional para formar especialistas em Homeopatia, Acupuntura, Terapia Comunitária e outras áreas.

Em relação à diretriz III que trata de “Incentivar o uso de plantas medicinais e fitoterapia no SMS-NF, com ênfase na Atenção Básica – AB”. (NÍSIA FLORESTA, 2012. p. 7), não houve avanço em nenhuma das estratégias, no entanto, foi relatado pela gestão que já entraram em contato com a coordenação do núcleo de pesquisa em fitoterápicos da UFRN para elaboração e execução do projeto da primeira farmácia viva do município. Já está garantido as mudas, o adubo e as sementes, doadas através de uma parceria com o IBAMA.

No tocante a diretriz IV que fala de **“**Instituir a assistência farmacêutica no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares na SMS/NF”**,** (NÍSIA FLORESTA, 2012. p. 8), A gestão relata que nos anos de 2013 e 2014, conseguiram fazer convênio com duas farmácias de manipulação para atender as prescrições de insumos homeopáticos e fitoterápicos bem como os florais de Saint Germain e de Bach, mas devido à falta de prescritores no serviço de saúde, no ultimo ano de 2015 a 2016, isso não foi possível.

A diretriz V trata de **“**Socializar informações sobre Práticas Integrativas e Complementares, adequando-as aos diversos grupos populacionais” (NÍSIA FLORESTA, 2012. p. 8). Sobre esse ponto, nos documentos pesquisados observa-se que o trabalho e as ações são continuas, no primeiro ano 2013-2014, foram produzidos panfletos informativos e intensificou-se a divulgação em redes sociais, e nas ações coletivas nas comunidades e eventos de grande publico. No verão de 2014, foi instalada uma tenda volante nas praias de Pirangi, Búzios, e Tabatinga com oferta de várias práticas integrativas, como yoga, Reiki, escalda-pés e distribuição de panfletos informativos.

Em consonância com os objetivos desse estudo, a diretriz VI, trata de “Avaliar e monitorar as ações e resultados dos serviços e das Práticas Integrativas e Complementares na SMS/NF” (NÍSIA FLORESTA, 2012. p. 8). Este é o primeiro estudo que tem o proposito de avaliar a implantação da PMPICS/NF. Até hoje não foram realizados nenhum estudo de avaliação dos resultados das PICS, na população assistida. No entanto, na análise dos documentos disponibilizados pela gestão, identificamos que em 2015 foi feito um levantamento de pessoas atendidas em PICS para compor o plano anual de saúde e o mesmo apontou um crescimento de mais de 300% em relação ao primeiro ano, o que mostra que as ações foram ampliadas e que são bem aceitas pela comunidade.

Ao concluir os achados da pesquisa, pode-se afirmar os consideráveis avanços vivenciados no município de Nísia Floresta pela implantação da PMPIC/NF. De uma forma geral o município está fazendo a diferença no estado do RN, apesar do muito que ainda tem que avançar os achados da pesquisa já demonstram mudanças na forma de cuidar dos usuários e na metodologia para capacitar os profissionais da rede. Hoje, o município já é referencia para instituições de ensino no RN. Nossos objetivos de estudo foram em sua maioria atendidos, os cuidados humanescentes possibilitam sim a prática de uma clinica ampliada que respeita as diversidades e multidimensionalidades do individuo e da sua família.

Tudo está interligado, a experiência vivenciada como pesquisadora no decorrer desse estudo do tipo PAE de abordagem sociopoética, possibilita-me afirmar que à medida que a gestão se apodera de conhecimentos e coloca em prática esses saberes a população ganha com isso, o paradigma sistêmico e a transdisciplinaridade são comprovadamente bases para uma formação e atenção em saúde integrativa. AS PICs na Atenção Básica possibilitam e fortalecem os princípios organizativos e doutrinários do SUS.

]

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

ANDRADE, J. T. de. **Medicina Alternativa e Complementar**. Experiência, corporeidade e transformação. EDUFBA/EDUECE. Salvador, 2006.

AYRES, José Ricardo C.M. **Cuidado:** trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ/IMS, ABRASCO, 2009.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu. 2004; 8(14): 73-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000100005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov 2015.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc**. [online]. 2004, vol.13, n.3, pp.16-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003>. Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **Physis** [online]. 2007, v.17, n.1, p.43-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 fev. 2016.

BARBIER, René. **A pesquisa – ação.** Brasília: Líber Livro, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARROS, N. F. **A construção da medicina integrativa**: um desafio para o campo da saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

BENSON, Herbet; STARK, Marg. **Medicina Espiritual**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em promoção da saúde. **B. Téc. Senac**: a R. Educ. Prof., Rio de Janeiro, v. 35, n.2, maio/ago. 2009. Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/352/artigo-01.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2016.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Revista Inclusão Social**, 1 (1): 28-35, 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. **Saber cuidar**: ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORRELL-CARRIÓ, F.; EPSTEIN, R. M. Preventing Errors in Clínical Practice: a Call for Self-Awareness. **Annals of family medicine**, v. 2, n. 4, July-Aug. 2004 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15335129>. Acesso em: 21 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. R**elatório da 8º Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016

_____. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2006-2010. **Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica- Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390> . Acesso em: 8 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clínica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. Portaria nº 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/legislacao/0137/PortariaGM_2004_0198.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de nº971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em: 19 nov. 2015.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clínica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em 20 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_práticas_integrativas_complementares.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: da ordem social, título VIII. Brasília: Centro Gráfico, Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde: 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 10 out. 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 23 maio 2016.

BRATMAN, Steve. **Guia Prático da Medicina Alternativa**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm**. [online]. 2010, v.23, n.1, p.131-135. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CAPRA, Fritjot. **A Teia da Vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 16 ed. São Paulo: Cultrix, 2000.

CAVALCANTI, Kátia Brandão. **Pedagogia vivencial humanescente**: para senti pensar os sete saberes da educação. Curitiba: CRV, 2010.

CORAZZA, Sonia. **Aromacologia**: uma ciência de muitos cheiros. São Paulo, Senac, 2002.

COSTA NETO, Pedro Luiz de O. **Estatística**. 2. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2002.

COULON, Alain**. Etnometodologia**. Petropólis: Vozes, 1995.

CRUZ NETO, Oliveira; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto. **Anais.** Minas Gerais: ABEP, 2002. Disponível em: <http://www.moodle.ufba.br/file.php/12824/Texto_Pesquisa_Qualitativa.pdf.>. Acesso em: 04 maio 2015.

DAMASIO, A. **O Erro de Descartes**: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde. **Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ERNST, Edzard. **The Desktop Guide to Complementary and Alternative Medicine**. Londres: Harcourt, 2001.

FRANCO, Aicil. **O jogo de areia**: uma intervenção clínica. São Paulo, 2003. 252f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica. São Paulo. 2003.

FREITAG. Vera Lucia; DALMOLIN Indiara Sartori; BADKE; Marcio Rossato; ANDRADE. Andressa de. BENEFÍCIOS DO REIKI EM POPULAÇÃO IDOSA COM DOR CRÔNICA. Texto contexto - enferm. vol.23 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401032&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 27 de Nov de 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GONSALVES, Paulo E. **Medicinas alternativas**: os tratamentos não convencionais. São Paulo: Ibrasa, 1996.

GONDIM, Roberta. **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

GAUTHIER, J. **O oco do vento**: metodologia da pesquisa sociopoética e estudos transculturais. Curitiba: CRV, 2012.

GASKELL, George; BAUER, Martin W. **Pesquisa qualitativa com texto imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; Contandriopoulos, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, v.20, suppl.2, p.S331-S336. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026>. Acesso em: 20 fev. 2016.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**: parte I**.** 3. ed. Petrópolis: Vozes: 1989.

HEIDEGGER, M. **Sobre o humanismo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

HERZlICH, Claudine. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a11.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic**, **Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06>. Acesso em: 12 mar. 2016.

GONZÁLEZ REY, F.G. **Sujeito e subjetividade**: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Pioneira Thompson, 2003.

JUNG, C. G. **A natureza da psique.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. enferm**. [online]. 2007, v.20, n.1, pp.12-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100003>. Acesso em: 01 dez. 2015.

LOPES JM. **A pessoa como centro do cuidado:** A abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde. Porto Alegre, 2005. 221f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2005. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5873>. Acesso em: 20 nov. 2015.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACEDO, Roberto Sidnei. **Etnopesquisa crítica, etnopesquisa-formação.** Brasília: Liber Livro Editora, 2006. (Serie pesquisa. V. 15).

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, Maria Cecília Minayo (Org.). **Caminhos do pensamento epistemológico e Método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MOIRA, S. T. et al. **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita. Repensar a reforma. Reformar o pensamento.** 16 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2009.

NÍSIA FLORESTA. Secretaria Municipal de Saúde Pública. Portaria Nº 001 de 12 de setembro de 2012. Aprova a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC). **Diário Oficial do Estado**. Nísia Floresta, 02 outubro de 2012.

OLIVEIRA, Maria Marly de**. Como fazer pesquisa qualitativa**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar**. Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: _____. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2001.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. Portaria Nº 274/GS, de 27 de junho de 2011. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do RN. **Diário Oficial do Estado**. Natal, 27 jun. 2011. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/portaria_no_274gs_-sesap_-_pepic_doe_28_de_junho_20111.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

RASO, Jack. **Alternative Healthcare:** a comprehensive guide. Nova York: Prometheus Books, 1994.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SAMPAIO, Ana Tania Lopes. **Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 1º Seminário de Práticas Integrativas e Complementares NESC-UFRN, 2014.

_____. **Universo encantado do cuidado na autopoiese docente: uma viagem epistemológica transdisciplinar**. Natal, 2009. 235f Tese (Doutorado em Educação)

- Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14286/1/AnaTLS_TESE.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

SANTOS, Iraci dos. Sociopoética. Uma Ponte para o Cuidar / Pesquisar em Enfermagem. **Index de Enfermería** [Index Enferm] (edição digital) 2005; 50. Disponível em: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/p5233.php>. Acesso em: 03 nov. 2015.

SANTOS, Iraci dos et al. **Prática da pesquisa em ciências humanas e sociais**: abordagem sociopoética. São Paulo: Atheneu; 2005.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2015.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCOZ, Beatriz Judith Lima. Subjetividade de professoras/es: sentidos do aprender e do ensinar. **Psicol. educ**. [online]. 2008, n.26, p. 05-27. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752008000100002>. Acesso em: 03 maio 2016.

SILVA, Kênia Lara, SENA, Roseni Rosângela de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm**. USP [online]. 2008, vol.42, n.1, pp.48-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100007>. Acesso em: 27 mar. 2016.

SOUZA, Eduardo F. Alexander Amaral de; LUZ, Madel Therezinha. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **Cienc. Saúde-Manguinhos** [online]. 2009, v.16, n. 2, p.393-405. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702009000200007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 nov. 2015.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, suppl., Rio de Janeiro sept./dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500026> Acesso em: 13 jan. 2016.

SOUSA IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAZ, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad Saúde Públ.** 2012; v.28, n.11. p. 2143-54.

STEWART, Moira. et al. **Patient-centered medicine: transforming the clínical method. Sage Publications**, Inc. California. 1995.

STRALIOTTO, J. **Cérebro & Musica**: segredos desta relação. Blumenau: Odorizzi, 2001.

STRECK, Lênio Luiz. **Hermenêutica Jurídica e(m) crise**: uma exploração hermenêutica da construção do direito. 4. ed. Porto Alegre, RGS: Livraria do Advogado, 2003.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface** (Botucatu), v.10, n. 20, Botucatu, july/dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200006>. Acesso em: 12 abr. 2016.

_____. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.5, São Paulo oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018>. Acesso em: 17 abr. 2016.

_____. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde soc**. [online]. 2012, v.21, n. 2, p.336-350. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-,12902012000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2016.

THIOLLENT, Michel. **Pesquisa-ação nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

TROVÓ, Monica Martins, SILVA, Maria EIúlia Paes da. Terapias alternativas / complementares - a visão do graduando de enfermagem. **Rev Esc Enferm** USP, 2002, 36(1): 75-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a11.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2016.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Natal, ___ de ____ de 2015.

Prezado (a) Senhor (a):

Estamos desenvolvendo a dissertação de mestrado em Saúde da Família intitulada: ATELIÊ HUMANOPOIÉTICO DE AUTOAVALIAÇÃO INTEGRATIVA. O objetivo central deste estudo é descrever e analisar o processo de implantação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no Município de Nísia Floresta-RN, procurando evidenciar processos da gestão que favorecem ou dificultam o envolvimento dos profissionais de saúde em projetos inovadores.

Dessa forma, vimos solicitar a sua colaboração, concedendo uma entrevista realizada através de instrumento contendo questões abertas e fechadas, a ser realizada em local, data e hora a ser estabelecido de acordo com os membros do grupo. Ressaltamos que a sua participação é de grande importância para o nosso estudo, bem como asseguramos que a sua participação não implica em quaisquer gastos ou prejuízos financeiro e pessoal. Se tiver qualquer dúvida sobre o trabalho, antes, durante e após o mesmo, poderá entrar em contato com a pesquisadora, pelo telefone: (84) 99174436/3277-2305 ou pode entrar em contato pelo email: nathalyphillips@hotmail.com.

Informamos ainda, que os resultados da pesquisa serão exclusivamente utilizados para fins científicos, firmando o compromisso de assegurar o anonimato e o sigilo de identidade de todos os participantes. A sua decisão é livre, podendo ser revista a qualquer momento da pesquisa, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos.

Agradecemos a sua atenção, e caso aceite participar, solicito a sua confirmação neste documento.

Atenciosamente,

Nathaly Sophia Rocha Phillips Davis, Rua Ubaia, 132 – Cidade Verde - Nova Parnamirim. Parnamirim/RN.

1.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, após tomar ciência dos critérios e compromissos da pesquisa intitulada ATELIÊ HUMANOPIÉTICO DE AUTOFORMAÇÃO INTEGRATIVA, aceito participar da mesma na condição de entrevistado.

Natal, ____ de _____ de 2015. _____

Entrevistado

significados da PMPIC para profissionais da ESF de Nísia Floresta, a fixar, armazenar e exibir a minha imagem por meio de fotos e vídeos com o fim específico de inseri-la nas informações que serão geradas na pesquisa, aqui citada, e em outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, livros, congressos e jornais.

A presente autorização abrange, exclusivamente, o uso de minha imagem para os fins aqui estabelecidos e deverá sempre preservar o meu anonimato. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser por mim autorizada.

O pesquisadores responsáveis, Nathaly Sophia Rocha Phillips David e Ana Tania Lopes Sampaio, asseguraram-me que os dados serão armazenados em meio digital e físico, sob suas responsabilidades, por 5 anos, e após esse período, serão destruídas.

Asseguraram-me, também, que serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse de minhas imagens.

Natal, _____ de _____de 2015.

_____

Assinatura do participante da pesquisa

_____

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ANEXO A
TERMO DE COMPROMISSO

Declaramos que conhecemos e cumpriremos os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com seres Humanos. Nós nos comprometemos a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para fins previstos no protocolo.

Natal, ____ de _____ de 2015.

_____
Nathaly Sophia Rocha Phillips David
(Mestranda)

_____
Ana Tânia Lopes Sampaio
(Professora Orientadora)

ANEXO B

Portaria Nº 001 DE 12 DE setembro de 2012

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE NÍSIA FLORESTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA AMÉRICO DE OLIVEIRA - CENTRO
CNPJ 08.167.306/0001 – 49

Portaria Nº 001 de 12 de setembro de 2012

Aprova a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) nos serviços de Saúde.

A Prefeitura Municipal de Nísia Floresta, Considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS;

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde;

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso da Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental moderna e que em seu documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso;

Considerando que o Ministério da Saúde entende que as Práticas Integrativas e Complementares compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA;

Considerando que a Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde, inserida na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), sistema médico complexo, que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos, e que a MTC também dispõe de práticas corporais complementares que se constituem em ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças;

Considerando que a Homeopatia é um sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde;

Considerando que a Fitoterapia é um recurso terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas e que tal abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social;

Considerando que o Termalismo Social/Crenoterapia constituem uma abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira

complementar aos demais tratamentos de saúde e que nosso País dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens conFigurauram, assim, prioridade da Prefeitura municipal de Nísia Floresta, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS e, por conseguinte, aumentando o acesso.

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) no Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Esta Política, de caráter Municipal, recomenda a adoção da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares.

Art. 2º Definir que os órgãos e entidades gestores do município, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devam promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANGELA CRISTINA DO NASCIMENTO BRAZ
Secretária Municipal de Saúde

Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares na rede de Atenção a Saúde do Município de Nísia Floresta/RN – PMPIC/NF

1 - INTRODUÇÃO

O Tema das Práticas Integrativas Complementares - PIC na Atenção Primária da Saúde - APS está presente desde a Conferência Mundial de Alma-Ata, em 1978, realizada na URSS, onde a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou que "Saúde para Todos" seria alcançada com a incorporação de práticas da medicina popular ou tradicional nos sistemas nacionais de saúde. No Brasil, a legitimação e

institucionalização das *práticas complementares* tiveram início nos anos de 1980, coerente com o fortalecimento do conceito ampliado de saúde a partir do Movimento Sanitário Brasileiro.

*Esta política, porta*nto, atende às diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, do Plano Municipal de Saúde, do Plano de Diretor de Regionalização, do Plano Plurianual e da Programação Pactuada Integrada do SUS no Município.

1.1 - As Práticas Integrativas Complementares - PIC tem como princípio básico a abordagem de atenção integral à saúde dos indivíduos, pautada no cuidado humanescente. Reserva, na sua prática, um espaço de distinção à relação com o usuário, pois seu exercício estimula a autonomia, a observação de si mesmo e de suas relações com os ambientes físicos, político, cultural e social, possibilitando a elaboração de novas atitudes.

1.2 - Para o município de Nísia Floresta, consideram-se Práticas Integrativas Complementares: Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura; Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo – Crenoterapia; Medicina Antroposófica; Práticas Corporais Transdisciplinares; Vivências Lúdicas Integrativas.

• **Medicina Tradicional Chinesa- MTC:** A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. A MTC se fundamenta numa estrutura teórica sistemática e abrangente, de natureza filosófica. Ela inclui entre seus princípios o estudo da relação de yin/yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares, da teoria dos cinco elementos e do sistema de circulação da energia pelos meridianos do corpo humano. Constituem-se recursos terapêuticos da MTC: acupuntura, auriculoterapia, moxa, ventosa, práticas mentais e corporais, dietoterapia chinesa e uso de plantas medicinais.

• **Homeopatia:** Homeopatia é um sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde; Em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução Nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho

Federal de Farmácia (Resolução Nº 232); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução Nº 622).

• **Plantas Medicinais e Fitoterapia:** A Fitoterapia é uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal". O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origem muito antiga, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

• **Termalismo Social-Crenoterapia:** O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica, atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde. A partir da década de 90 a Medicina Termal passou a dedicar-se à abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde.

• **Medicina Antroposófica-MA**: A abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da MA como instrumentos para ampliação da clínica, tendo obtido reconhecimento de sua prática por meio do Parecer 21/93 do Conselho Federal de Medicina, em 23/11/1993.

• **Práticas Corporais Transdisciplinares-PCT**: Abordagens metodológicas que se utilizam da multirreferencialidade de saberes científicos, sobre o corpo, para produzir movimentos, de forma ativa ou passiva, com objetivo de harmonizar processos energéticos na estrutura corporal e transcorporal do ser humano, agregando valores éticos, estéticos e espirituais.

• **Vivências Lúdicas Integrativas-VLI**: Abordagens metodológicas que propiciam diferentes modos de sentir o fluir das emoções de alegria em contextos

socioculturais específicos do adoecimento humano, buscando corporalizar o princípio de integralidade da vida.

2 - OBJETIVOS

2.1 Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS do Município de Nísia Floresta, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanescente e integral em saúde.

2.2 Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema Municipal de Saúde e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

2.3 Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável das comunidades do município de Nísia Floresta.

2.4 Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

3 - ATRIBUIÇÕES

O Ministério da Saúde (PNPIC, 2006) define as atribuições do Gestor Municipal:

• Elaborar normas técnicas para inserção da PMPIC na rede municipal de saúde.

• Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

• Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

• Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde.

• Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/ implementação da Política.

• Divulgar a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

• Realizar assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos, bem como a vigilância sanitária no tocante a esta Política e suas ações decorrentes na sua jurisdição.

• Apresentar e aprovar proposta de inclusão da PMPIC no Conselho Municipal de Saúde.

• Exercer a vigilância sanitária no tocante a PMPIC e ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.

4 - DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS

DIRETRIZ I

Implantar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares, integrando-as a rede de atenção à saúde, prioritariamente na Atenção Básica.

ESTRATÉGIA I

1. Criar o Programa Municipal de Práticas Integrativas Complementares- PMPIC/NF com uma coordenação técnica que será nomeada por meio da publicação de portaria do Secretário, vinculado a Coordenação de Atenção Básica e de Promoção à Saúde – CAB/SMS-NF e ao Gabinete da Secretária de Saúde do Município de Nísia Floresta

2. Instituir Grupo Técnico das Práticas Integrativas Complementares para implantação e execução da Política Municipal.

3. Fazer pesquisa diagnóstica de profissionais do município habilitados para atuar com as Práticas Integrativas Complementares na Rede Pública do SUS/NF.

4. Otimizar e ampliar os serviços em Práticas Integrativas e Complementares existentes na rede pública de saúde.

• Promover a implantação das Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de saúde e nas comunidades do Município de Nísia Floresta.

• Apoiar e fortalecer as iniciativas das Práticas Integrativas e Complementares em UBS, atendimentos de urgência e emergência, e na atenção domiciliar de forma a contribuir para melhorar a resolutividade da atenção em todos os níveis.

5. Estimular a interlocução entre governo e a sociedade civil visando à implantação de Projetos de Termalismo Social/Crenoterapia, especialmente em localidades que possuem fontes de água mineral com potencial terapêutico.

6. Elaborar um protocolo de Atenção às áreas de Práticas Integrativas e Complementares em UBS.
7. Respeitar e oportunizar as ações de controle social da saúde no âmbito das Práticas Integrativas Complementares no Município de Nísia Floresta

DIRETRIZ II

Implantar e apoiar projetos de Educação Permanente em Saúde- EPS, incrementando a capacidade técnica de profissionais consoantes com as Práticas Integrativas e Complementares.

ESTRATÉGIA II

1. Introduzir no Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde, metas para Práticas Integrativas Complementares no Município de Nísia Floresta.
2. Articular com a SESAP/RN projetos de Educação Permanente em Saúde para os profissionais que atuam na SMS/NF.
3. Aquisição/Estruturação/ de espaço físico adequado para Vivências Integrativas Humanescentes.
4. Promover Ateliês de Autoformação Humana visando à melhoria da Qualidade de Vida dos profissionais que atuam na SMS/NF
5. Fortalecer parceria com Departamento de Saúde Coletiva da UFRN, em particular com o Centro de Atenção e Pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares - CAPPIC para expansão das Práticas Integrativas Complementares na formação em saúde.
6. Estabelecer parcerias institucionais visando formar especialistas em Homeopatia, Acupuntura, Terapia Comunitária e outras áreas com o apoio do Ministério da Saúde e outras entidades formativas.
7. Estimular o aprimoramento profissional por meio da participação em eventos,
tais como: seminários, cursos, congressos, sessões clínicas e similares nas áreas das Práticas Integrativas e Complementares.

DIRETRIZ III

Incentivar o uso de plantas medicinais e fitoterapia no SMS-NF**, com ênfase na Atenção Básica - AB**

ESTRATÉGIA III

1. Mapear as plantas medicinais e seu uso em todo o Município de Nísia Floresta, prioritariamente em áreas rurais.
2. Promover cursos de capacitação para os profissionais de saúde sobre plantas medicinais e fitoterapia em toda a rede municipal de saúde.
3. Organizar coletânea de informações sobre plantas medicinais e fitoterapia para ser aplicado na rede, respeitando especificidades locais em acordo com as regulamentações da Vigilância Sanitária.
4. Incentivar a instituição de farmácias vivas (cultivo de plantas medicinais), inclusive nas Unidades Básicas de Saúde.
5. Estimular o cultivo e uso de plantas medicinais nas Escolas e nos domicílios.
6. Promover articulação da AB-Estratégia de Saúde da Família com as Escolas, no sentido de capacitar e estimular o uso de plantas medicinais à comunidade.
7. Estruturar um Horto para cultivo e distribuição de mudas de plantas medicinais que fazem parte da flora e da cultura do Município de Nísia Floresta.

DIRETRIZ IV

Instituir a assistência farmacêutica no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares na SMS/NF

ESTRATÉGIA IV

1. Definir referência técnica na Gerência Farmacêutica da SMS/NF indicando um farmacêutico especialista, visando operacionalizar a implantação das ações previstas para as Práticas Integrativas e Complementares no Município de Nísia Floresta.
2. Desenvolver ações que ampliem o acesso da população aos medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e plantas medicinais, com garantia de continuidade de abastecimento, em acordo com as regulamentações da Vigilância Sanitária.
3. Estabelecer parcerias com instituições de ensino, secretarias municipais, consórcios intermunicipais para fortalecimento das ações da assistência farmacêutica no âmbito das Práticas Integrativas Complementares.
4. Definir protocolo de normatização visando à atuação de recursos humanos, padronização de materiais, insumos, financiamentos e serviços nas áreas de Práticas Integrativas e Complementares.

DIRETRIZ V

Socializar informações sobre Práticas Integrativas e Complementares, adequando-as aos diversos grupos populacionais.

ESTRATÉGIA V

1. Desenvolver materiais informativos, tais como: cartilhas, cartazes, folders e filmes de caráter educativo para divulgar as Práticas Integrativas e Complementares.
2. Incluir as Práticas Integrativas e Complementares na agenda de comunicação da SMS/NF
3. Promover atividades informativas para profissionais de saúde, usuários e gestores em toda a rede municipal de saúde
4. Incentivar e realizar seminários, fóruns de debates sobre as Práticas Integrativas e Complementares.
5. Montar catálogo dos serviços existentes em Práticas Integrativas e Complementares no Município de Nísia Floresta.

DIRETRIZ VI

Avaliar e monitorar as ações e resultados dos serviços e das Práticas Integrativas e Complementares na SMS/NF

ESTRATÉGIA VI

1. Promover apoio técnico para desenvolvimento e implantação de indicadores qualitativos e quantitativos para as Práticas Integrativas e Complementares nas Salas de Situação do Município de Nísia Floresta
2. Incluir nas salas de situação em saúde do Município de Nísia Floresta os indicadores de desempenho das Práticas Integrativas e Complementares.
3. Estimular e apoiar pesquisas na área de Práticas Integrativas Complementares no Município de Nísia Floresta.
4. Publicar e socializar resultados das pesquisas e estudos realizados no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares.

DIRETRIZ VII

Fortalecer e ampliar a participação popular e o controle social no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares.

ESTRATÉGIA VII

1. Possibilitar o resgate e valorizar o conhecimento tradicional, propiciando a troca de informações entre grupos de usuários, detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, técnicos e trabalhadores em saúde.
2. Estruturar o Centro Municipal de Práticas Populares de Arte, Educação e Saúde.
3. Envolver educadores populares, atores e lideranças sociais, conselhos setoriais e de direitos, gestores e trabalhadores da saúde, movimentos sociais e movimentos populares locais na implantação e implementação desta política na SMS/NF.
4. Apoiar os espaços de diálogo dos Saberes Acadêmico e do Popular, das Práticas Populares Integrativas e Tradicionais em Saúde; das articulações dos movimentos sociais e populares no âmbito do Município de Nísia Floresta
5. O Controle Social deverá ser exercido pelo Conselho Municipal de Saúde do Município de Nísia Floresta, sendo acompanhado também pelo Conselho Estadual de Saúde, de acordo com a legislação vigente, respeitando os princípios do SUS.
6. Trimestralmente deverá ser realizada, junto à prestação de contas da SMS/NF, a prestação de contas da Política das Práticas Integrativas e Complementares no Município de Nísia Floresta ao CMS-NF.
7. Toda e qualquer reformulação na Política das Práticas Integrativas e Complementares na SMS/NF deverá ser comunicado ao CMS-NF, para apreciação e deliberação a qualquer tempo.

Nísia Floreta, 07 de Junho de 2012.

ANGELA CRISTINA DO NASCIMENTO BRAZ
Secretária Municipal de Saúde