

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANDRÊSSA CORINO MOSTARDEIRO

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: CONCEPÇÕES E
PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE
MENTAL**

PORTO ALEGRE

2021

ANDRÊSSA CORINO MOSTARDEIRO

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: CONCEPÇÕES E
PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE
MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde Mental e Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Mostardeiro, Andrêssa Corino
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: CONCEPÇÕES
E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO
À SAÚDE MENTAL / Andrêssa Corino Mostardeiro. -- 2021.
126 f.
Orientador: Marcio Wagner Camatta.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. Práticas Integrativas e Complementares. 2.
Promoção da Saúde. 3. Saúde Mental. 4. Enfermagem. I.
Camatta, Marcio Wagner, orient. II. Título.

ANDRÊSSA C. MOSTARDEIRO

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: CONCEPÇÕES E
PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À
SAÚDE MENTAL.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 25 de maio de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta
Presidente da Banca – Orientador
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Deise Lisboa Riquinho
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Membro da banca
UFRGS



Prof. Dr. Fernanda Beheregaray Cabral
Membro da banca
UFSM

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre comigo, por me conduzir da melhor forma nesta caminhada!

Aos meus pais por sempre me incentivarem e apoiarem em todos os momentos da minha vida, especialmente durante esta caminhada. Minha eterna gratidão. Amo vocês incondicionalmente!

Aos queridos tios Silvia (in memoriam) e Luiz Felipe e ao primo Rapha por me receberem e acolherem em Porto Alegre com carinho e afeto.

À Tanny, Lauren e Laila pelo incentivo e auxílio nesta trajetória. Agradeço por todo o apoio, gurias!

Ao meu orientador, Marcio, por aceitar o desafio de me conduzir, pelo incentivo e aprendizado e por acreditar na temática deste estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelos momentos de aprendizado e reflexões. Gratidão por todo conhecimento compartilhado!

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), pelos momentos de discussão e reflexão.

À banca avaliadora, meu agradecimento a cada um de vocês por terem aceito o convite e disponibilizado o seu tempo para contribuir com este estudo.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem agradeço pelas discussões, por compartilhar experiências, conhecimentos, ansiedades e alegrias. Em especial a Alessandra, Rafael, Guto, Luciano e Renata (graduação) pelas trocas e aprendizado durante as nossas reuniões.

À Margarita por sua disponibilidade em auxiliar no acesso aos profissionais e serviços de saúde.

Às enfermeiras que se disponibilizaram a participar deste estudo e por compartilharem suas experiências em PICs. Grata por trazerem tanta riqueza em suas falas.

A todos que me incentivaram e torceram por mim nesta caminhada, minha imensa gratidão!

“A saúde é um patrimônio nosso, um direito nosso. Constitui a fusão completa e total entre alma, espírito e corpo; este não é um ideal distante e difícil de atingir, mas tão fácil e natural que muitos de nós o descaramos”.

Edward Bach

RESUMO

MOSTARDEIRO, A.C. Práticas Integrativas e Complementares: concepções e práticas de enfermeiras como estratégia de promoção à saúde mental. 2021. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2021.

Introdução: no contexto da Promoção da Saúde, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) apresentam-se como importantes estratégias de cuidado. Visto que o interesse dos profissionais e também dos gestores da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tem se ampliado, sendo estas práticas incorporadas como recurso terapêutico em diversos municípios brasileiros. Acredita-se que a inclusão dessas práticas no tratamento à saúde dos usuários do SUS pode contribuir não somente nas patologias físicas, mas também na totalidade do sujeito como ser biopsicossocial. Para tanto, faz-se necessário discutir sobre a sua utilização e potencialidades na promoção à saúde mental, e que desta forma as mesmas possam contribuir para a reorientação do atual modelo de saúde. **Questão de pesquisa:** quais são as concepções e práticas de enfermeiros sobre as Práticas Integrativas e Complementares enquanto estratégia de promoção à saúde mental? **Objetivo:** analisar as concepções e práticas de enfermeiras sobre as Práticas Integrativas e Complementares enquanto estratégia de promoção à saúde mental em uma instituição de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul- Brasil. **Método:** utilizou-se a abordagem qualitativa, com delineamento exploratório-descritivo e utilização do referencial de Promoção da Saúde. Este estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em três Estratégias de Saúde da Família (ESF) que ofertam PICs em seus processos de trabalho. Participaram da pesquisa quatro enfermeiras, com média de idade de 50 anos e média de 14 anos de tempo de serviço, sendo que todas possuem formação específica em diversas PICs. Para a coleta dos dados foi realizada entrevista semiestruturada no período de outubro e novembro de 2020 por meio do *Google Meet* e para interpretação dos dados foi utilizada a análise temática de Minayo. Neste estudo foram observados os aspectos éticos em relação à pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, sendo esta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 36048720.0.0000.5304. O TCLE foi enviado pela pesquisadora via e-mail e posteriormente assinado pelas participantes. Foram utilizados como critérios de inclusão: a) enfermeiros do quadro funcional do serviço; b) estar atuando no serviço há pelo menos 3 meses, c) enfermeiros que fazem uso de PICs no processo de trabalho. Como critérios de exclusão foram considerados: a) enfermeiros de licença, férias ou em afastamento no período da coleta de dados; b) enfermeiros em processo de formação profissional (Residência). **Resultados:** evidenciaram-se que as PICs, sob a ótica das enfermeiras entrevistadas, favorecem à promoção da saúde mental dos usuários no SUS, além de se configurarem como tecnologias promotoras de um cuidado integral, visando a recuperação da saúde e prevenção de agravos. Esses recursos terapêuticos são considerados por elas como conhecimento inovador que agregam à prática de cuidado em saúde mental, favorecendo autonomia, autoconhecimento, autocuidado, redução de estresse e de dores, sensação de relaxamento, desmedicalizando os processos da vida. As principais PICs utilizadas para a promoção da saúde mental foram: medicina tradicional chinesa, acupuntura, yoga, auriculoterapia, meditação, reiki e ayurveda. **Considerações finais:** espera-se que profissionais de saúde e gestores possam refletir sobre suas práticas com vistas a ampliar as possibilidades de atuação de cuidado aos indivíduos na promoção da saúde mental com a incorporação de PICs no processo de trabalho das equipes. Sugere-se que estudos semelhantes a este possam ser desenvolvidos em outros cenários para comparação dos

resultados com vistas ao fortalecimento das PICs realizadas por enfermeiros para a promoção da saúde mental. O estudo teve como limitação a dificuldade para acessar os participantes por se tratar de um grupo específico de entrevistados e devido a este momento atípico que estamos vivenciando ocasionado pela pandemia Covid-19.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares; Promoção da Saúde; Saúde Mental; Enfermagem.

ABSTRACT

MOSTARDEIRO, A.C. Integrative and Complementary Practices: conceptions and practices of nurses as a strategy to promote mental health 2021. 126 f. Disclosure (Master in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

Introduction: In the context of Health Promotion, Integrative and Complementary Practices (ICPs) are proved to be important care strategies. Since the interest of professionals and health managers of Unified Health System (UHS) has increased, these practices have been regarded as a therapeutic resource in several municipalities of Brazil. It is believed that the inclusion of these practices in the health treatment of UHS users might play a role not only in physical pathologies, but also in the totality of the subject as a biopsychosocial being. Therefore, it is necessary to discuss about its use and potential in promoting mental health, as well as its contribution to the reorientation of current health system. **Research question:** What are the nurses' conceptions and practices on Integrative and Complementary Practices as a mental health promotion strategy? **Objective:** analyze nurses conceptions and practices regarding Integrative and Complementary Practices as a strategy to promote mental health in a health institution of Porto Alegre, Rio Grande do Sul- Brazil. **Method:** A qualitative approach was adopted, with a descriptive design and the use of Health Promotion framework. This study performed in a Psychosocial Care Center (PCC) and in three Family Health Strategies (FHS) that offers ICP in their work processes. Four nurses participated in the research, with an average age of 50 years and an average of 14 years of service, all of whom have specific training in various PICs. For data collection, semi-structured interviews were conducted out in the period of October and November 2020 through Google Meet and for data interpretation, Minayo's thematic analysis was used. In this study, the ethical aspects in relation to research involving human beings were observed, in accordance with the Resolution of the National Health Council nº 466/2012, and this research was approved by the Research Ethics Committee under nº 36048720.0.0000.5304. The TCLE was sent by the researcher via e-mail and later signed by the participants. Were used as inclusion criteria: a) nurses from the service's staff; b) be working in the service for at least 3 months; c) nurses who use ICPs in the work process. As exclusion, criteria were considered: a) nurses on leave, vacation or on leave during the period of data collection; b) nurses in the process of professional training (Residence). **Results:** it was evidenced that the PICs, from the perspective of the interviewed nurses, favor the promotion of the mental health of users in the UHS, in addition to being configured as technologies that promote comprehensive care, aimed at health recovery and disease prevention. These therapeutic resources are considered by them as innovative knowledge that add to the practice of mental health care, favoring autonomy, self-knowledge, self-care, reduction of stress and pain, feeling of relaxation, demedicalizing life processes. The main ICPs used to promote mental health were: traditional Chinese medicine, acupuncture, yoga, auriculotherapy, meditation, reiki and ayurveda. **Concluding remarks:** it is expected that health professionals and managers towards their practices in order to expand the possibilities of action for individual care within the context of mental health promotion, through the incorporation of ICPs in the work process of the staffs. It is suggested that studies similar to this one can be developed in other scenarios to compare the results with a view to strengthening the PICs performed by nurses for the promotion of mental health. The study had as a limitation the difficulty in accessing the participants because it is a specific group of interviewees and because of this atypical moment that we are experiencing caused by the Covid-19 pandemic.

Keywords: Integrative and Complementary Practices; Health Promotion; Mental Health; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Figura 1	Mapa de evidência- Efeito das PICs por Categoria de Resultados	38
Figura 2	Organograma do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS	477
Quadro 1	Dados de caracterização dos enfermeiros entrevistados nos serviços de saúde de uma instituição, Porto Alegre, 2021	52

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
AB	Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HC	Hospital Conceição
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NCCAM	National Center of Complementary and Alternative Medicine
NIC	Classificação de Intervenções de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso da Atenção Básica
PEPIC/RS	Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PPC	Projetos Pedagógicos de Cursos
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Conceitos de saúde e o movimento da promoção da saúde: pressupostos e avanços desse movimento	19
2.2	Práticas integrativas e complementares: significados e conjunturas	25
2.3	Práticas integrativas e complementares na promoção da saúde mental ...	32
3	OBJETIVO	43
4	PERCURSO METODOLÓGICO	44
4.1	Tipo de estudo.....	44
4.2	Campo de estudo	45
4.3	Participantes do estudo	47
4.4	Coleta de dados.....	48
4.5	Análise de dados	49
4.6	Considerações éticas.....	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1	Diretrizes Legais e Organizacionais dos Serviços	53
5.1.1	Política Nacional de PICs (PNPIC).....	53
5.1.2	Gestão em Saúde e as PICs	58
5.2	Promoção da saúde mental: aspectos para uma clínica ampliada.....	67
5.3	A enfermagem na promoção da saúde mental por meio das PICs	90
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista	118
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	119
	ANEXO A.....	122
	ANEXO B	126

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por motivação a observação do aumento da demanda por Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no Brasil e em outros países e o processo de crescente legitimação destas por parte da sociedade, bem como a divulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que estão sendo desenvolvidas no sistema público de saúde, a fim de prestar uma atenção humanizada e centrada na integralidade.

Além disso, outro fator preponderante para a construção deste estudo foi a minha motivação pessoal. Acredito que na mudança do modelo de atenção à saúde, encontra-se a tarefa desafiadora de construção de uma nova ação em saúde, pois trata-se de uma ruptura paradigmática, conceitual e ética.

No período de graduação em enfermagem já tinha interesse em aprofundar e até mesmo conhecer novos dispositivos de cuidado, mais especificamente as PICs, para que pudesse abordar o ser humano de uma forma holística e integral (sujeito visto como um todo: emocional, físico, mental e espiritual). Nesse período, na academia, realizei meu trabalho de conclusão de curso nesta temática, no qual pude constatar o interesse dos profissionais em utilizar essas práticas como recurso terapêutico na saúde.

O meu percurso de trabalho na saúde pública, mais especificamente na saúde mental, me fez (re) pensar outras possibilidades de cuidado e promoção à saúde, sendo as PICs um instrumento de relevância para que isso ocorresse na atenção à saúde da população.

Atualmente sou especialista em Saúde Pública e Saúde Mental com cursos na área das PICs (Florais de Bach, Reiki e Gestão de PICs) com grande interesse pelo tema e a crença de que é possível ampliar o acesso dos usuários do SUS às PICs, com vistas a promover um cuidado integral e empoderador, desenvolvendo no indivíduo autonomia no seu processo decisório de cuidado e tratamento, seja na promoção de saúde ou em situações de adoecimento. É importante salientar também, que a enfermagem é uma área profissional da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, em todos os níveis de atenção, desenvolvendo atividades de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, realizando um trabalho multiprofissional, indo assim ao encontro dos objetivos das PICs, pode-se dizer então, que esta exerce papel relevante nesse processo.

A partir do Movimento da Reforma Sanitária, o modelo biomédico vem sendo alvo de críticas no campo da saúde, uma vez que desconsidera a saúde como prática social, bem como os elementos contextuais implicados na sua produção.

Neste cenário, destaca-se a emergência do paradigma holístico. Para Vasconcellos (2002) a palavra paradigma tem sua origem do grego *parádeima* que significa modelo ou padrão. Esse modelo serve como parâmetro de referência, algo tido como ideal e digno de ser seguido. Ao mesmo tempo quando há aceitação de um paradigma, este servirá como critério de verdade e de validação e reconhecimento nos meios onde é utilizado. O físico Thomas Kuhn em seu livro *A Estrutura das Revoluções Científicas* nos fala que a palavra paradigma é um conjunto de crenças, valores e técnicas compartilhadas por uma determinada comunidade. Em relação ao termo holístico/ holismo, Chaer (2006) afirma que a primeira pessoa a utilizar esse termo foi o filósofo, ministro da África do Sul, Jan Smuts (1870- 1950), em seu livro chamado *Evolução e Holismo*, de 1926. O termo se origina do grego *Holon* (todo, totalidade), por isso o uso do vocábulo holismo/ holístico, abordagem centrada no todo. O paradigma holístico em saúde alia o saber oficial ao saber popular, visto que ambos são fundamentais para a construção de novas formas integrativas no campo da saúde (TEIXEIRA, 1996). De acordo com Lemos et al. (2001), esse modelo de atenção à saúde visa superar esta visão mecanicista do ser humano, que tem entre suas premissas a reformulação das práticas de cuidado em saúde de indivíduos e coletividades e também que o indivíduo seja responsável pela sua própria saúde, pois, na maioria das vezes, as pessoas não assumem a sua corresponsabilidade no cuidado de si, transferindo assim, aos profissionais de saúde o compromisso de promover saúde.

Nos anos 1980, iniciou-se um processo de reconhecimento da atenção à saúde como direito social, consolidada e formalizada na Carta Constitucional. A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde n.º 8080/90 e n.º 8142/1990, deu-se então, o processo de implantação do SUS (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Com a criação do SUS buscava-se uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, que explicitamente assegurasse o acesso universal e igualitário, sem restrições e discriminações derivadas de posições diferenciadas na heterogênea estrutura social brasileira, incluindo ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde (OLIVEIRA; SOUZA, 1998). Nesta mesma direção, o Ministério da Saúde (MS), vem assumindo o compromisso de reestruturar o modelo de atenção vigente, reafirmando os princípios doutrinários do SUS da universalidade, equidade, integralidade e controle social.

Nessa lógica, com o processo de implantação e de consolidação do SUS, a partir de uma perspectiva ampliada, em que saúde é entendida para além da ausência de doenças, destaca-se o movimento da Promoção da Saúde.

A Organização Mundial da saúde caracteriza como iniciativas de promoção da saúde os programas, as políticas e as atividades que estejam de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998). Os princípios da promoção da saúde possibilitam uma direção para a construção de ações efetivas que ofereçam mudanças das condições de vida das pessoas e das comunidades. Estas ações podem e devem ser realizadas nos espaços micro e macropolíticos, através de projetos que abarquem a interface de diversos setores e políticas públicas, como também tecnologias de cuidado (MAEYAMA et al., 2015).

O mesmo autor relata que o desenvolvimento da promoção da saúde, é mais do que simplesmente a incorporação de uma ação no catálogo de atividades dos serviços de saúde, mas representa também a transformação do olhar sobre a saúde e que esta tem a capacidade e potencialidade de iniciar o processo de transformar o contexto social e de saúde dos indivíduos e coletividades.

Pode-se então, diante dessas contextualizações, entender os pressupostos do movimento da Promoção da Saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde.

Salienta-se ainda, que o atual conceito de promoção da saúde, discutido pelo referencial teórico sob a interpretação de Dina Czeresnia, está relacionada a valores, ações individuais, governamentais comunitárias e intersetoriais e dos profissionais e serviços de saúde. Da mesma forma, sinaliza para a premência da implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde e reorientação dos serviços de saúde (CZERESNIA, 2009).

Desde então, a criação de políticas públicas voltadas à integralidade da atenção à saúde que, segundo Pinheiro (2002, p. 15) pode ser compreendida como “ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema”.

Inserido neste contexto de mudanças no campo da saúde, novas estratégias de cuidado vêm sendo instituídas, dentre as quais se destacam as (PICs), também chamadas de terapias alternativas complementares, foco do presente estudo. Segundo Hill (1980), as práticas integrativas e complementares são técnicas que visam à assistência à saúde dos indivíduos, no campo da prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Sendo assim, o Ministério da Saúde implementou a portaria 971/2006 que instituiu a PNPIC, com o objetivo colocar em prática projetos de saúde alternativos no âmbito do SUS (BRASIL, 2006b).

As PICs propõem um modelo de atenção integral à saúde que adote a promoção da saúde como seu eixo estruturante (OMS, 2002). Essas técnicas se distanciam do modelo da assistência sintomática, sendo assim entendidas, como práticas de autocuidado e fundamentalmente de promoção da saúde, estando em grande ressonância com objetivos da Atenção Primária em Saúde (APS). É perceptível que o emprego das PICs nas ações em saúde, é um recurso para garantir na prática de trabalho a possibilidade de integrar no seu fazer essa perspectiva integrativa do ser humano, sendo a PNPIC um dispositivo legitimador dessa perspectiva e, sobretudo, uma pragmática de atuação.

A PNPIC interage com as ações no SUS e com outras Políticas Nacionais de Saúde, como por exemplo: Atenção Básica, Promoção da Saúde, Educação Permanente, Plantas Medicinais e Fitoterápicos, sendo que a interação entre elas é imprescindível para melhoria e qualidade de vida da população. A PNPIC foi desenvolvida com o intuito de ampliar as possibilidades do cuidado, assim como os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo que suas ações em saúde estão voltadas para prevenção e promoção da saúde, contribuindo para ratificar os princípios do SUS, principalmente a Integralidade (BRASIL, 2006b).

As PICs possuem em seus preceitos as diretrizes de promoção da saúde, sendo que suas ações podem ser realizadas individualmente ou em grupos, enfatizando a troca de experiências, empoderamento e solidariedade entre os usuários e também o autoconhecimento, autocuidado para o enfrentamento de doenças ou sofrimentos. Percebe-se que ao enfatizar isso, as PICs estão bem próximas aos objetivos da Saúde Mental. Para Sequeira et al. (2014) a Saúde Mental é algo para além de ausência de doenças. O autor enfatiza que devemos compreender a Saúde Mental de uma forma mais ampliada, pois a partir disso, teremos entendimento integral do desenvolvimento dos transtornos mentais e comportamentais, mas a maioria das abordagens ainda está voltada a psicopatologia, com base nos sinais e sintomas, deixando a integralidade do sujeito de lado. Para ele a Saúde Mental está relacionada a fatores ambientais, físicos, sociais, psicológicos e espirituais, e é parte integrante de todo o desenvolvimento humano.

Essa perspectiva sobre a saúde mental, aproxima-se do paradigma holístico e do conceito trazido por Sequeira et al. (2014) a respeito da Saúde Mental Positiva, entendida como perfeito bem-estar do ser humano, o que salienta a importância da promoção das qualidades da pessoa na otimização do seu potencial. Sendo que a partir dessa perspectiva positiva, a

Organização Mundial de Saúde (OMS) define a Saúde Mental como um estado de bem-estar, na qual os indivíduos reconhecem as suas habilidades e potencialidades e assim são capazes de enfrentar os desafios e dificuldades cotidianas da melhor forma possível (HERMAN, SAXENA, MOODIE, 2005). E a avaliação dessas perspectivas positivas da Saúde Mental constitui-se como determinantes para a promoção da saúde dos sujeitos, priorizando um modelo de Saúde Mental Positiva, em detrimento do modelo hegemônico (BARRY, 2009). Então percebe-se, que promover saúde é possibilitar ao sujeito autonomia, poder de criação, construção, buscar harmonia e felicidade respeitando as singularidades (BRASIL, 2002). A promoção da saúde evidencia para ações de base territorial e comunitária, a fim de compartilhar saberes populares e técnicos para construir em conjunto práticas capazes de auxiliar nos problemas de saúde e adoecimento. A mesma visa reorientar modelos de atenção à saúde em busca de superar a fragmentação do indivíduo e do cuidado (BRASIL, 2002).

É evidente que as PICs e a política de promoção da saúde são bem próximas e isto é relevante, pois ambas estabelecem uma nova compreensão do processo saúde-doença, em que se destaca a perspectiva holística e o empoderamento dos indivíduos, impactando de forma positiva no cotidiano dos mesmos. Contudo, para potencializar essas práticas no campo da promoção da saúde e do cuidado, é necessário romper com modelo de atenção à saúde fragmentado, individualista, que não favorece a expansão das PICs e acesso da população a essas práticas e para a construção e qualificação do cuidado no SUS.

Outra questão em comum, é que a promoção da saúde e as PICs propõem a articulação de saberes técnicos e populares. A inserção das PICs no SUS tem como objetivo ampliar o acesso aos usuários e qualificar os serviços, no intuito de abarcar a integralidade da atenção à saúde da população (BRASIL, 2006).

Sendo assim, os princípios da Enfermagem corroboram com estes pressupostos supracitados, visto que traz em sua essência aspectos holísticos em sua concepção, como o respeito à autenticidade e à individualidade. O cuidado de enfermagem é prestado ao ser humano e não à doença, e essa é uma profissão que reconhece o indivíduo como participante ativo do processo de cuidado. O enfermeiro atua em contato direto com a população, portanto tem a possibilidade de esclarecê-la quanto à saúde e autocuidado. Outro ponto a ser considerado é o reconhecimento das PICs como especialidade e/ou qualificação também do profissional de enfermagem, sendo que para tornassem especialistas, os mesmos devem receber a titulação de uma instituição de ensino reconhecida e com carga horária mínima de 360 horas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

Deve-se ressaltar também a enfermagem na promoção da saúde mental, isto porque, o processo de trabalho do enfermeiro em relação à promoção da saúde mental deve estar baseado em estratégias que visam um atendimento integral, que englobem todo o contexto de vida do indivíduo e de sua família, a fim de suprir as necessidades primárias em todos os níveis de atenção à saúde. Para isso, é necessário instituir meios que proponham mudanças de paradigma, substituição de modelos assistenciais fragmentados, ainda sustentados numa práxis biomédica por tecnologias leves, como a escuta, diálogo, acolhimento, entre outras, como as práticas integrativas e complementares (NASCIMENTO; NADALETI, 2017).

Portanto, o enfermeiro é um profissional que não pode ficar alheio a esse movimento das PICs. Isto porque, uma das principais evidências para a inserção das PICs no SUS foi a necessidade de um cuidado integral aos indivíduos e coletividades, cuidado este baseado no empoderamento e autonomia, com o objetivo de promover a saúde e a qualidade de vida. Este estudo tem como pressuposto que as PICs são relevantes para atuação do enfermeiro no SUS para a promoção da saúde mental.

Diante disso, decidiu-se analisar as concepções e práticas dos enfermeiros atuantes em serviços de base territorial do Grupo Hospitalar Conceição – nas Estratégias Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial – sobre a realização de PICs em seu processo de trabalho.

Assim, este estudo buscou responder a seguinte questão de pesquisa: Quais são as concepções e práticas de enfermeiros sobre as Práticas Integrativas e Complementares enquanto estratégia de promoção à saúde mental?

Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para que profissionais de saúde e gestores possam refletir sobre suas práticas com vistas a ampliar as possibilidades de atuação no cuidado aos indivíduos dentro do contexto de promoção da saúde mental, mediante a incorporação de PICs no processo de trabalho das equipes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceitos de saúde e o movimento da promoção da saúde: pressupostos e avanços desse movimento

O conceito de saúde é algo singular, seus significados e características se diferem conforme o contexto histórico. De acordo com Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013), a saúde depende dos valores individuais, expectativas e posturas diante da vida, não podendo ser generalizada. Sendo assim, percebe-se que o conceito de saúde vem sendo discutido e modificado a partir das mudanças sociais, políticas, culturais e econômicas.

A compreensão da saúde iniciou-se na antiguidade, com a influência do médico grego Galeno, que se referiu a saúde como equilíbrio entre as partes do corpo. Nesta mesma época, acreditava-se que as doenças eram causadas por elementos naturais ou sobrenaturais, que estavam relacionados ao ambiente físico, aos deuses, aos astros, ao clima, entre outros. Mais tarde, na Idade Média, a doença permanecia atrelada ao caráter religioso, e com aumento significativo das epidemias reforça-se que a causa das doenças seria através de bruxaria, envenenamento da água pelos leprosos e união dos astros (SCLIAR, 2007).

No Renascimento, iniciam-se as ciências básicas e com isso a necessidade de descobrir a origem das matérias que causavam os contágios. Assim, surge a teoria dos miasmas. Após este período da história, mais precisamente nos séculos XVIII e XX surge a medicina social, posteriormente a medicina torna-se uma ciência experimental e a partir de então direciona sua atuação para o corpo, para a doença através de causas biológicas (SCLIAR, 2007).

Portanto, o conceito de saúde que orienta as práticas médicas teve origem na ciência moderna, influenciado pelo paradigma cartesiano, que resultou no modelo biomédico, intervencionista, medicalizador, centrado na doença e ancorado por referenciais essencialmente biologicistas. Tal modelo tem direcionado a prática de profissionais no campo da saúde a partir de uma visão reducionista e fragmentada do ser humano. Nestes pressupostos está incluída a influente concepção de corpo como máquina composta de peças, e de doença como mau funcionamento de uma ou mais destas peças (CAPRA, 1982).

Em 1910, a partir da publicação do Relatório Flexner nos Estados Unidos iniciou-se uma reflexão acerca da organização dos serviços e práticas de saúde no ocidente. Com este documento essa visão fragmentada, hegemônica foi assumindo papel significativo, refletindo na organização dos serviços de saúde no ocidente. Neste relatório foi discutido sobre os estudos

e práticas médicas estarem centradas nas doenças, excluindo os fatores sociais e o coletivo (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Deste modo, diante das discussões sobre o significado de Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, divulgou o conceito de saúde, considerando ser o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de enfermidade. Em 1978, na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde (Alma-Ata), promovida pela OMS, enfatizou-se a questão de desigualdades de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; a responsabilidade do Estado frente à saúde; participação social no planejamento e na implementação dos cuidados e ações à saúde (BRASIL, 2001).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, possibilitou avanços significativos no que se refere a base conceitual de saúde, sendo que isso ocorreu devido a participação social, a qual motivou o Movimento da Reforma Sanitária, possibilitando a reformulação do sistema de saúde brasileiro e o entendimento de que a saúde é produto de inúmeros determinantes, tais como educação, moradia, trabalho, saneamento básico, alimentação, acesso aos serviços de saúde, entre outros (BRASIL, 1986a).

No Brasil, nossa Constituição Federal de 1988, artigo 196, afirma que saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988).

A partir da Reforma Sanitária surge um novo olhar sobre a saúde através dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, diferenciando do modelo de saúde curativista, centrado na fragmentação dos saberes e do cuidado e desconsiderando a participação da sociedade. (BRASIL, 1986b; FLEURY, 2009).

A partir de então o conceito de saúde veio se transformando ao longo dos anos, caracterizando-se como um processo que envolve aspecto social, político, cultural e econômico, estando sob influência de mudanças significativas a depender do contexto inserido. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.

Sendo assim, inserido neste processo de mudanças de conceitos e paradigmas surge a Promoção da Saúde. Esse termo foi utilizado pela primeira vez em 1945 pelo médico canadense Henry Sigeirst, o mesmo afirmou que a medicina deve seguir quatro passos essenciais: promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento das doenças e reabilitação (PEREIRA et al., 2000). Para ele a saúde se promove através de condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura e descanso.

Esta definição de promoção da saúde difere da concepção utilizada pelo relatório de Lalonde (buscava-se através deste uma nova perspectiva na saúde dos canadenses), de 1974, sendo este um marco histórico na Saúde Pública, pois através dele se questionou oficialmente o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos na saúde e as ações limitadas centradas na medicina. A partir de então se propôs ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, enfatizando ações preventivas e programas educativos que fossem focados em mudanças de comportamento e de estilo de vida (BRASIL, 2000).

Lalonde foi um apoio de suma relevância para a Declaração de Alma Ata em 1978, a mesma que ampliou a visão do cuidado da saúde da sua dimensão setorial, superando o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde, ao valorizar a saúde como componente central do desenvolvimento humano, ressaltando os fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social (BRASIL, 2000).

Este certamente foi um movimento que estabeleceu bases para novos movimentos que tinham o mesmo objetivo, um novo paradigma para saúde, formalizado na Conferência de Alma-Ata em 1978 tendo como proposta a Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, com a promulgação da Carta de Ottawa, e que vem se enriquecendo com a série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa aponta para algumas estratégias para a promoção da saúde, sendo elas: construção de políticas públicas saudáveis, ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação dos serviços de saúde, criação de ambientes favoráveis para a saúde. Outra questão relevante explicitada na Carta se refere à participação de outros setores na promoção da saúde, que estes compreendam sua influência e implicação de suas ações para a saúde da população (BRASIL, 2002).

Sendo assim, a partir de Ottawa foram surgindo novas conferências tendo com eixo central a Promoção da Saúde. A II Conferência ocorreu em 1988, na cidade de Adelaide, na Austrália, intitulada de Declaração de Adelaide. Esta reafirma as cinco ações da Carta de Ottawa, dando prioridade para as políticas públicas saudáveis, pois afirmam que esta é a base para efetivar as ações posteriores (BRASIL, 2002).

Posteriormente, deu-se a III Conferência Internacional, na Suécia, em 1991 com o objetivo de discutir sobre a formação de ambientes favoráveis e promotores da saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2008).

Em Jacarta, em 1997, discutiu-se a respeito da promoção da saúde do século XXI e assim, esta se configurou como IV Conferência internacional. Neste momento reafirmam a importância das ações e propostas das conferências anteriores, sendo a partir desta, a saúde é entendida como direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, e considera-se a promoção da saúde como elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2008).

No ano de 2000, no México, é constituída a V Conferência Internacional da Promoção da Saúde, onde a promoção da saúde é vista como prioritária em relação às políticas e programas de ordem local, regional, nacional e internacional, a fim de colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; Incentivar a participação de todos os setores e da sociedade na implementação de ações de promoção da saúde (BRASIL, 2002).

A VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde, nominada de Carta de Bangkok, realizada em 2005, reafirma as mudanças relacionadas à saúde mundial, inclusive o crescente aumento das doenças crônicas e transmissíveis. Esta conferência redireciona a Promoção da Saúde, isto é, tem como objetivo ofertar saúde a todos através das seguintes pactuações: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, sendo necessário para boa administração prática (OPAS, 2005).

A VII Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde foi realizada na cidade de Nairobi (Kenia), em 2009. Sendo que este foi um momento de compartilhar as experiências sobre a temática, sendo esta importante nos cuidados primários de saúde (OMS, 2009).

Por fim, temos a VIII Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde realizada na Finlândia, no ano de 2013. Este encontro resgatou as ideias, ações e evidências contidas originalmente na Declaração de Alma Ata a respeito dos Cuidados Primários de Saúde (1978) e na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986). Reiterou-se a responsabilidade do Estado com saúde de sua população e de manter qualidade e padrão de saúde para todos (BRASIL, 2002).

No Brasil, por um longo período, experienciou-se diversos modelos assistenciais de saúde, sendo o primeiro o médico-assistencial privatista e posteriormente o sanitarista, com intuito de resolver problemas e atender necessidades de saúde, cujo foco era assistencialismo individual, hospitalocêntrico e curativista, voltados para doença do indivíduo, os quais não foram suficientes para a resolução dos problemas de saúde da população (AKERMAN, 2003).

A Reforma Sanitária foi um marco nos movimentos que reivindicavam por novas ações e modelos de cuidado em saúde, sendo que posteriormente surge o Sistema Único Saúde (SUS) constitucional. Sendo que sua formalização ocorreu na VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório apresenta a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações.

Nesse cenário de transformações, em 1994 é implantado o Programa Saúde da Família, atual Estratégia de Saúde da Família (ESF). Constituída por equipe multiprofissional, responsável por uma população em território delimitado, com adscrição da clientela e acompanhamento longitudinal da população, através do acesso universal às ações de promoção e recuperação da saúde, prevenção de doenças com intuito de colaborar para a manutenção da saúde e promover estilos de vida saudáveis da comunidade, a ESF destaca-se por ser um espaço para a construção da cidadania (MAEYAMA; DOLNY; KNOLL, 2018).

No entanto, para que essas ações educativas sejam implementadas com ênfase em promoção da saúde, o Ministério da Saúde (MS) dá início a várias discussões referentes a temática, então após inúmeras experiências e debates foi elaborado pela primeira vez um documento básico que propunha a criação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a).

A partir de 2004, a promoção da saúde integrou-se à Secretaria de Vigilância à Saúde, contribuindo assim para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco. Inserido nesse contexto, as ações de Promoção da Saúde realizadas pelos profissionais de saúde apresentam um caráter comportamental, isto é, voltada para o controle dos riscos comportamentais, tais como alimentação, uso do tabaco, álcool e drogas e sedentarismo, não considerando questões pessoais e a singularidade dos sujeitos (ROECKER, MARCON, 2011).

Após várias discussões para o delineamento da Política, em março de 2006 é publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria 687 MS/GM, com objetivo de melhorar a qualidade de vida da população e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modo de vida, condições de trabalho, moradia, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006a).

A promoção da saúde, conforme preconizado pelo poder público brasileiro, requer um processo amplo e contínuo, envolvendo diferentes estratégias que possibilitem a efetivação de ações que dialoguem com setores privados, do governo, não-governamental e a sociedade,

compondo assim redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população (ALMEIDA; ATHAYDE, 2015).

Nesse sentido, pode-se reconhecer que o processo saúde-doença está relacionado a determinantes e condicionantes de forma ampliada, que necessitam de outros dispositivos para serem modificados, ou seja, há necessidade a ampliar as ações e tecnologias de cuidado para que os sujeitos e coletividades possam ter a possibilidade de realizar escolhas mais saudáveis para sua vida.

Desta forma, os profissionais de saúde voltaram sua atuação para além da doença ou somente para o indivíduo, mas para promoção da saúde da família e comunidade. Nesse sentido, a promoção da saúde é vista como uma estratégia de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de atuar articulado às outras políticas e tecnologias de cuidado, contribuindo para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Pode-se dizer que a ideia central em relação à promoção da saúde, é que esta é uma responsabilidade múltipla, e implica ações governamentais, capacitação e o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, parcerias intersetoriais na definição de prioridades, planejamento e implementação de estratégias para promover a saúde e o bem estar (BUSS, 2003). Sendo que para alcançar um nível adequado de saúde, é necessário que os indivíduos tenham capacidade para identificar e satisfazer suas necessidades básicas e também estarem aptos a adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de terem acesso aos meios necessários a operacionalização dessas mudanças (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

A ideia de promoção da saúde é bastante ampla, envolve diversos fatores, assim como fortalecer a capacidade individual e coletiva para o enfrentamento dos condicionantes da saúde, podendo ser considerada uma estratégia transversal, multi e interdisciplinar. Além disso, é contribuir de modo que o indivíduo possa exercer sua autonomia e atingir melhores condições de vida (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES 2012).

Diante do exposto, considera-se a promoção e proteção da saúde da população indispensáveis para o desenvolvimento social, sendo que essas contribuem para melhorar a qualidade de vida e alcançar o bem-estar da população, uma vez que ela tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e aplicação das ações de saúde (CESTARI, 2016). Assim, a promoção da saúde compreende os princípios da responsabilidade e autonomia, torna os indivíduos mais envolvidos e informados, interagindo de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, e conseqüentemente empenhando-se em produzir ações positivas na saúde (CESTARI, 2016).

Nessa lógica, ressalta-se como estratégia de promoção da saúde as PICs. Estas práticas possuem noções próprias sobre promoção da saúde, que, distintamente do campo conceitual utilizado na saúde pública, discutido por Carvalho (2004), permitem uma integração da promoção com a cura, ou seja, ao promover saúde, inclui em muitas situações o tratamento de adoecimentos (notadamente na área da saúde mental).

As PICs têm capacidade para potencializar as ações em saúde na APS, uma vez que abrangem o cuidado e prevenção de doenças quanto a promoção da saúde. Visto que as práticas de promoção da saúde visam romper fragmentação da atenção no processo saúde-doença, através da articulação de saberes, ações e serviços, e assim promover o cuidado integral. Para tanto, sustentam-se nos princípios da concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, autonomia e integralidade.

Portanto, é possível afirmar, ainda, que as PICs se constituem num grupo de tecnologias diversificadas de cuidado em saúde. E sua inclusão objetiva estimular a promoção da saúde, os mecanismos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde, tendo como referência a escuta acolhedora; o vínculo terapêutico; a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade; a visão ampliada do processo saúde-doença; o autocuidado e o empoderamento do indivíduo, sendo que estes se constituem nos eixos centrais da promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

2.2 Práticas integrativas e complementares: significados e conjunturas

Em meados do século XX, surgiram novos modelos de cura e saúde, ocorrendo assim à importação de modelos e sistemas terapêuticos que se diferem do sistema biomédico. Além dessa importação de sistemas médicos já utilizados no oriente há séculos, como a medicina tradicional chinesa e a medicina indiana também conhecida como ayurvédica, que significa “Conhecimento da Vida”, e resulta da união de duas palavras do sânscrito: ayur = vida; e veda = conhecimento ou ciência (SIMONE, 2005), houve a reintegração das medicinas populares (como as xamânicas ou as ligadas as religiões afro-indígenas). Isto se tornou um fato histórico, não só aqui no Brasil, mas em vários países latino-americanos, principalmente nos anos 80, em grandes centros urbanos. Esse evento foi o marco para que esses sistemas terapêuticos, que passaram a ser denominados de medicinas/terapias alternativas, começasse a desejar espaços, não somente entre à clientela pública ou privada, mas também em serviços de saúde (LUZ, 2005).

Ao longo dos anos, estas terapias tiveram várias denominações, tais como: terapia alternativa, complementar, não ortodoxa, holística, não convencional, não tradicional. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002, p. 7) as conceitua como:

[...] práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades.

Nos Estados Unidos, por exemplo, o Centro Nacional de Medicinas Alternativas e Complementares (National Center of Complementary and Alternative Medicine – NCCAM) denomina essas terapias como Medicina Alternativa e Complementar (MAC) e são consideradas como grupo de diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde que não estão presente na medicina convencional. O NCCAM é um centro de pesquisas de relevância mundial que se dedica a estudar práticas de cura complementares e alternativas no contexto da ciência, com objetivo de formar pesquisadores na medicina complementar e alternativa (CAM), e divulgar informações verídicas a sociedade e aos profissionais (POLICARPO, 2012).

O NCCAM organiza a MAC em cinco grupos: sistemas médicos alternativos (medicina ayurvédica, homeopatia, medicina tradicional chinesa); intervenções mente-corpo (meditações, orações, terapia cognitivo-comportamental, etc.); terapias biológicas (produtos naturais, ervas); métodos de manipulação corporal (massagens, exercícios, etc.); e práticas energéticas (reiki, chi kung, etc.). Para esse centro de pesquisas, o termo “complementar” significa que a prática é utilizada concomitante com a medicina convencional, sendo que o termo “alternativo”, remete a substituição da prática à medicina convencional; o termo integrativo constitui uma prática que combina a terapia médica convencional com métodos complementares/alternativos, sendo também chamada de medicina “integrada”. (POLICARPO, 2012).

De acordo com Tesser (2010), essa nomenclatura é recente e se origina do grande interesse e investimento em pesquisas médicas e epidemiológicas oriundas dos países desenvolvidos. O mesmo autor relata que os antropólogos foram os que mais pesquisaram e estudaram as diferentes formas de cuidado. Um dos antropólogos citados por Tesser é o pesquisador norte americano Arthur Kleinman. Esse propõe um modelo de sistema de cuidados em saúde que se compõe de três partes ou setores interpostos: o setor popular, o profissional e o tradicional/folk. Os setores locais de cuidados à saúde são descritos pelo autor como: a) o setor popular, representado por pessoal não profissional relacionado ao doente, tais como família, vizinhança, amigos; b) o setor profissional, representado por profissões de cura organizadas, tanto os representantes da biomedicina quanto de outros sistemas como a

homeopatia, acupuntura; e, c) o setor tradicional/folk, em que são reconhecidos especialistas de cura, porém sem burocracia e regulamentação, como as benzedeiras, as curandeiras, etc.

No Brasil, segundo Metcalf, Berger e Negri Filho (2004), a atenção à saúde possui três dimensões bem definidas: o sistema “formal” da medicina (sistema oficial ou biomedicina); o sistema “informal” da medicina popular, tradicional; e as medicinas alternativas/complementares. No nível primário de atenção à saúde, o sistema informal torna-se importante, pois muitas vezes é o primeiro acesso que as pessoas dispõem para tratar suas doenças.

Sendo assim, embora haja várias denominações para essas modalidades de tratamento e cura como terapêuticas não convencionais, medicinas naturais, medicina alternativa, entre outras, o Ministério da Saúde chamou-as de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs).

Todavia o termo mais utilizado entre a maioria dos profissionais da saúde é o complementar, pois este possui uma conotação menos agressiva e dá condições do profissional utilizá-la em conjunto com as terapias convencionais (LEMOS; BATISTA; CANCIAN, 2001).

Em comum, essas terapias têm uma abordagem holística (holos = todo), onde as totalidades representam mais do que a soma de suas partes. O indivíduo não é visto pelo sintoma ou órgão afetado, e sim como um todo (físico, mental, social, emocional e espiritual).

Essas práticas terapêuticas buscam prevenir doenças, promover e recuperar a saúde através de métodos naturais, através de tecnologias de cuidado eficazes e seguras, tendo como referência a escuta acolhedora, construção do vínculo, autonomia e integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006).

As PICs possuem uma visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção da saúde e do cuidado, principalmente do autocuidado. Os diagnósticos são fundamentados a partir de uma visão holística do ser humano, ou seja, no indivíduo como um todo, considerando-o em seus vários aspectos, saindo da lógica da intervenção voltada para a doença para lógica de saúde do indivíduo. Essas terapêuticas contribuem para a ampliação do modelo de atenção à saúde, pois veem o indivíduo na sua integralidade, singularidade e complexidade, considerando sua história familiar, social e cultural, o que contribui para a humanização da atenção e cuidado.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, ocorrida em Alma-Ata, foi um marco histórico sobre a temática da saúde. Sendo que suas diretrizes apontaram para que os governantes de diversos países desenvolvessem estratégias simples, mas de eficiência e eficácia a fim de contemplar as populações carentes de seus respectivos países, para reduzir custos e formar recursos humanos para exercer atividades a partir das medicinas tradicionais

(GUEDES, 2009). Ou seja, desenvolver ações em saúde centrada na experiência de vida do usuário e não somente na doença.

No final da década de 1970 a OMS já sugeria às nações-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) a utilização da Medicina Tradicional, da Medicina Complementar/Alternativa nas políticas de saúde de seus países como forma de integrar às técnicas da medicina ocidental moderna, conforme apresentado no documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” em que “[...] preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso” (BRASIL, 2006b).

No Brasil, o debate sobre as PICs teve início no final dos anos 70, após a declaração de Alma Ata e legitimada, em meados dos anos 80, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo que está se configurou num espaço para demandas e necessidades da população, objetivando um novo olhar para a saúde, a fim de questionar o modelo hegemônico de cuidado, que excluía outras formas de produzir e legitimar saberes e práticas.

Diante desse panorama, a sociedade e o governo iniciaram um movimento a fim de buscar e ofertar novas práticas de cuidado, considerando o bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Dessa maneira, o Governo Federal, no intuito de garantir a atenção integral à saúde através das PICs, iniciou a debater em conjunto com gestores de saúde, conselhos de classe, profissionais de saúde e usuários do SUS a respeito de uma política definitiva que fosse para além da prevenção de agravos e recuperação da saúde, mas que tivesse uma abordagem ampliada do processo saúde-doença e promovesse um cuidado humanizado (BRASIL, 2006b).

Em 2003 o Ministério da Saúde constituiu uma comissão sob a coordenação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) composta por representantes das associações brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica¹, além de outro grupo de trabalho coordenado pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde pela Secretaria-Executiva, com a participação de representantes das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (MS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); para viabilizar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas (BRASIL, 2015, p.9). Assim, em 03 de maio de 2006, o Ministério da Saúde aprova através da Portaria GM/MS nº 971, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) (BRASIL, 2006b).

A PNPIC instituiu no SUS abordagens de cuidado integral à população por meio de outras práticas que envolvem recursos terapêuticos diversos. Esta política traz diretrizes gerais

para a inclusão dessas nos serviços e compete ao gestor municipal elaborar normas para inserção da PNPIC na rede municipal de saúde. Os recursos para as PICs integram o Piso da Atenção Básica (PAB) de cada município, ficando a critério do gestor local como irá aplicá-los, de acordo com suas prioridades. Estados e municípios também podem instituir sua própria política e elaborar normas técnicas, considerando suas demandas locais, sua rede de atenção à saúde e seus processos de trabalho. Cabe ressaltar que é de competência do município a contratação dos profissionais e quais serão as práticas ofertadas à população (BRASIL, 2006b).

As PICs têm por objetivo ações de cuidado transversal e integral, podendo ser realizadas em todos os níveis de atenção. Apesar de todo avanço da PNPIC e do crescente acesso dos usuários a essas práticas, é importante estimular os debates e troca de experiências entre profissionais e gestores que ofertam as PICs no SUS.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) tem objetivos e diretrizes as quais pode-se destacar: a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; a contribuição ao aumento da resolubilidade e a ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; a promoção e racionalização das ações de saúde; o estímulo das ações de controle e participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde; garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações; incentivo à pesquisa em PICs com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados e desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PICs, para instrumentalização de processos de gestão (BRASIL, 2006b).

No ano em que a Política Nacional de PICs foi criada, cinco práticas foram implementadas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas medicinais/Fitoterapia, Antroposofia aplicada à saúde e Termalismo/Crenoterapia. Em 2017 foram incluídas mais quatorze práticas tais como, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga.

Atualmente, além dessas práticas, foram incluídas Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais.

De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) as terapias/ práticas estão presentes em 9.350 estabelecimentos em 3.173 municípios, sendo que 88% são oferecidas

na Atenção Básica. Em 2017, foram registrados 1,4 milhão de atendimentos individuais em práticas integrativas e complementares. Somando as atividades coletivas, a estimativa é que cerca de 5 milhões de pessoas por ano participem dessas práticas no SUS (BRASIL, 2018).

As práticas de Medicina Tradicional Chinesa (MTC) estão sendo as mais utilizadas pelos usuários no SUS, sendo a acupuntura a mais difundida com 707 mil atendimentos e 277 mil consultas individuais. Em segundo lugar, estão as práticas de taichi-chuan e liangong com 151 mil sessões. Em seguida aparece a auriculoterapia com 142 mil procedimentos (BRASIL, 2018).

De acordo com Contatore (2015) em um contexto mais atual e amplo, o documento da OMS denominado “WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2013” aponta sobre o crescimento na utilização comparado a períodos anteriores. Esse documento também refere que essa ampliação atingiu na última década mais de 100 milhões de europeus e uma significativa parcela da população da África, Ásia, Austrália e Estados Unidos.

No estado do Rio Grande do Sul a Política de Práticas Integrativas e Complementares foi implantada em resposta às reivindicações da população por essas práticas com intuito de provocar mudanças no modelo de atenção à saúde instituídos.

Desse modo, a partir das recomendações das conferências estaduais de saúde e conferências setoriais, como por exemplo, a de Assistência Farmacêutica para adesão as PICs com vistas à atenção integral e humanizada nos serviços de saúde, possibilitando ao profissional e ao usuário outras opções terapêuticas, através de abordagens eficazes e seguras com significativos resultados positivos e satisfatórios, é formulada a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul (PEPIC/RS) (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Sendo que nesse momento de construção da PEPIC, foi constituída uma comissão (Comissão de Formulação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, COMFOR-PEPIC/RS), composta por atores técnicos da Secretaria do Estado como conhecimento/interesse na área. Essa política tem acompanhado a tendência mundial por inserção de terapêuticas tradicionais e complementares nos sistemas de saúde, conforme recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Estratégia sobre Medicinas Tradicionais 2014-2023. A PEPIC/RS foi aprovada pela CIB/RS por meio da Resolução N° 695/2013 e pelo CES/RS pela Resolução N° 14/2014 (RIO GRANDE DO SUL, 2015). A sua publicação contempla que é de responsabilidade do gestor estadual construir normas técnicas para inserção das PICs na rede de saúde, assim como definir recursos financeiros para a implementação, a promoção e articulação de ações intersetoriais, construção de diretrizes de

educação permanente, definição de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da sua implementação. É também de sua competência articular com os municípios, apoiar a implantação e supervisão das ações da PNPIC por meio da vigilância sanitária e cabe ao estado a apresentação de proposta de inclusão dessas práticas ao Conselho Estadual de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

No Rio Grande do Sul, alguns eventos têm pautado as práticas integrativas, destacando-se nesse contexto os seminários de Saúde Holística da Assembleia Legislativa, que entre conferências, palestras, vivências e debates, têm reunido profissionais e usuários; com diversificadas propostas para a área temática, com base na saúde integrativa e transdisciplinar, trazendo abordagens heterogêneas que associam conhecimentos diversos, de cunho científico, empírico, contemporâneo e tradicional.

O I Seminário Regional Sul de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, ocorrido em 2012, foi um importante marco de legitimação da necessidade de uma Política Estadual de PICs. Estiveram presentes nesse seminário, servidores estaduais e municipais de saúde, além de usuários e terapeutas de diversas práticas. Resultante dos debates desse seminário surge a Carta de Porto Alegre, a qual recomenda aos gestores a necessidade de garantir o acesso às PICs contempladas pela PNPIC aos usuários do SUS em todos os níveis de atenção e programas de saúde, contribuindo com recomendações sobre a formação e da necessidade de cientificidade e segurança com o apoio à pesquisa na área (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Também apresentou a necessidade de assegurar a qualificação dos profissionais em todos os níveis, e estímulo de novos cursos nas diversas formações em saúde e na educação permanente, para a atuação multiprofissional especializada nas PICs. Outro ponto contemplado no seminário foi a integralidade como princípio, visão e prática. Sendo que esta deve ser abordada nas ações desta PEPIC/RS, em referência às dimensões do indivíduo, como ser biológico, mental, emocional, espiritual e social e visando também, a integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde em todos os níveis de atenção, assim como a garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos serviços de saúde; e articulação de políticas públicas que visem mudanças sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial. (PAIM; SILVA, 2010).

Sendo assim, pode-se evidenciar que a PEPIC/RS tem o intuito de seguir os princípios da participação e controle social, sendo que seu processo de construção esteve baseado nos pressupostos das conferências de saúde no estado e país.

Percebe-se que há necessidade de as abordagens em saúde contemplarem para além da dimensão biológica, de utilizar práticas pautadas no contexto biopsicossocial. A implementação e a adesão da PNPIC em alguns municípios brasileiros, tem oportunizado a construção de projetos de pesquisa e eventos de debate científico, abertos aos profissionais, pesquisadores, estudantes e à sociedade.

Portanto, ainda se faz necessário produzir mais pesquisas e ações transdisciplinares que caracterizam as PICS, ou seja, avançar na ruptura de paradigmas e referências cristalizadas que não condizem mais com a visão contemporânea de saúde, promoção da saúde e de qualidade de vida.

2.3 Práticas integrativas e complementares na promoção da saúde mental

As práticas integrativas e complementares (PICs) estão se difundindo no mundo inteiro e estas constituem a prática da Medicina Complementar e Alternativa (MAC) nos tratamentos de saúde, e sua inserção no SUS já apresenta experiências exitosas. Sabe-se que alguns métodos terapêuticos não convencionais são praticados há séculos por povos e culturas diversas tanto na prevenção quanto na promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Segundo a PNPIC, as práticas integrativas possuem uma abordagem terapêutica que usa sistemas de cuidado complexos “que buscam estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras” (BRASIL, 2006b, p. 10), contemplando a escuta acolhedora, promove a elaboração do vínculo terapêutico e o processo saúde-doença é visto de forma ampliada e visa à promoção global do cuidado e, principalmente, incentivando o autocuidado.

Estudos comprovam que o interesse por essas práticas vem sendo demonstrado não apenas por profissionais da saúde, mas também por gestores e usuários do serviço de saúde públicos ou privados, como a pesquisa desenvolvida por Barros; Tovey (2007, p. 208), observou-se que esse interesse está ligado à “epistemologia das PICs por pacientes com diferentes moléstias, o processo de formação e profissionalização, disputas interprofissionais e intraprofissionais e a integração dessas práticas nos sistemas nacionais de saúde”.

Na Austrália, em um estudo desenvolvido por Singer e Adams (2014) revelou que os gestores de serviços de saúde compreendem essas tecnologias de cuidado como práticas que melhoram a capacidade holística de seus serviços, preenchendo lacunas terapêuticas nas práticas de saúde existentes; tratando a pessoa de forma holística/integral; e aumentando as

opções de assistência em saúde. Os gestores de serviços de saúde também identificaram as PICs como uma abordagem que supre as lacunas terapêuticas através do fornecimento de uma abordagem mente-corpo no trauma psicológico e no tratamento de gerenciamento de doenças crônicas. Eles também descrevem a adição de PICs em seus serviços, como opção terapêutica aos pacientes que, de outra forma, não teriam condições de pagar para ter acesso a esses tratamentos, aumentando assim as opções de assistência em saúde.

De acordo com Trovo; Silva (2002), entre os fatores que estão ocasionando o crescente interesse por essas práticas, destacam-se: elevados valores dos serviços privados de saúde (consultas médicas), o alto custo de medicações, a precariedade dos serviços públicos. Num amplo contexto, constata-se que as PICs possuem, na sua maioria, resultados tão bons, quantos os obtidos com tratamentos ditos convencionais.

Estas práticas possuem uma concepção holística, cujo elemento está diretamente relacionado à compreensão ampliada e positiva de saúde. A concepção holística, no âmbito das ações de promoção da saúde, permite estimular a saúde física, mental, social e espiritual abrangendo um conceito mais ampliado de saúde. Desse modo, proporcionam técnicas, saberes e ações promotoras da saúde e, por vezes, integram, a elas, cuidados terapêuticos, estimulando potenciais de cura e fortalecendo a saúde.

As PICs favorecem a percepção do indivíduo em sua ‘totalidade’, em sua essência. Estas práticas não estão focadas apenas na doença física em si, mas na totalidade do sujeito biopsicossocial.

Ressalta-se que essas práticas assim como os princípios da promoção da saúde visam romper a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-doença, fortalecendo as articulações intersetoriais e promovendo o cuidado integral e contínuo. Para tanto, sustentam-se nos princípios da concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, integralidade e autonomia dos sujeitos.

Promover saúde é possibilitar ao sujeito autonomia, poder de criação, construção, buscar harmonia e felicidade respeitando as singularidades. A promoção da saúde evidencia para ações de base territorial e comunitária, a fim de compartilhar saberes populares e técnicos a fim de construir em conjunto práticas capazes de auxiliar nos problemas de saúde e adoecimento. A mesma visa reorientar modelos de atenção à saúde em busca de superar a fragmentação do indivíduo e do cuidado (BRASIL, 2002).

É evidente que as PICs e a política de promoção da saúde são bem próximas e isto é relevante, pois ambas estabelecem uma nova compreensão do processo saúde-doença, em que se destaca a perspectiva holística e o empoderamento dos indivíduos, impactando de forma

positiva no cotidiano dos mesmos. Contudo, para potencializar essas práticas no campo da promoção da saúde e do cuidado, é necessário romper com modelos de atenção à saúde fragmentado, individualista, que não favorece a expansão das PICs e acesso da população a essas práticas e para a construção e qualificação do cuidado no SUS.

Outra questão em comum, é que ambas propõe a articulação de saberes técnicos e populares. A inserção das PICs no SUS tem como objetivo ampliar o acesso aos usuários e qualificar os serviços, no intuito de abarcar a integralidade da atenção à saúde da população.

A partir dessas explicações, pode-se dizer que a campo das PICs se aproxima dos pressupostos da saúde mental. Sendo que a saúde mental é uma área que se caracteriza por ações intersetorial, multiprofissional, inter e transdisciplinar. Em se tratando do sujeito, ela visa o bem-estar emocional e psicológico deste, a fim de que ele consiga perceber ou desenvolver habilidades cognitivas, emocionais e sociais para que possa defrontar as questões do cotidiano. (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Referenciar a saúde mental nos remete a Atenção Psicossocial, sendo que esta pode ser entendida conforme Yasui, Lusui e Amarante (2018), como uma mudança de paradigma relacionada a Reforma Psiquiátrica, ou seja, é uma importante ruptura com o modo de olhar e compreender a vivência de cada ser humano, o qual é nomeado de loucura ou sofrimento psíquico. Trata-se de romper com visão “psiquiatrizante”, que reduz o psíquico a processos cerebrais, é olhar para o sofrimento humano em articulação com o plano da vida. Onde o objeto de atenção e cuidado é o sujeito e não a doença. Como destaca Amarante em seu livro Saúde Mental e Atenção Psicossocial colocar a doença em parênteses “não significa a negação da “doença”, ou outras palavras, não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar, mas sim uma ruptura com o modelo teórico conceitual da psiquiatria” (AMARANTE, 2011, p. 67).

Pode-se afirmar que esse movimento nos faz pensar em idealizar e construir novos sentidos para a vida dos sujeitos através de suas subjetividades e não somente diagnósticos de doenças mentais.

Então, nesse sentido, em 2001 foi consolidada no Brasil a Política Nacional de Saúde Mental, fundamentada pela lei 10.216. O seu objetivo é consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, ou seja, garantir o direito dos sujeitos com transtornos mentais de circular pelos serviços, espaços, territórios da cidade, bem como oferecer cuidados a partir dos recursos que o território/ comunidade dispõe, utilizar a rede formal e informal para suprir as necessidades do sujeito. E a PNPIC, instituída pela Portaria 971/2006

que abrange todo o território nacional, recomenda ações com esse caráter e sugere que as PICs têm potencial para ampliar o cuidado à saúde mental da população (BRASIL, 2006b).

Algumas pesquisas destacam o potencial em articular as PICs nas ações em saúde mental, tais como o estudo desenvolvido por Machado e Tertuliano apontam que na área de saúde mental, essas práticas têm sido eficazes na redução dos níveis de ansiedade, estresse, sintomas depressivos, alívio da dor, compulsão alimentar, entre outros. Também provocam sensação de relaxamento, o que pode contribuir para reduzir os níveis pressóricos, insônia, irritabilidade, etc. Além do que a partir destas práticas, é possível trabalhar a autoestima, o sentido de vida das pessoas que estão em sofrimento psíquico como depressão, risco de suicídio, pânico (MACHADO; TERTULIANO, s/d). Isso é corroborado pelo estudo de McManus (2017) onde o Reiki é identificado como uma modalidade de cura segura, gentil e profundamente relaxante que pode ser praticada por qualquer pessoa que tenha recebido uma “sintonização” de um mestre de Reiki, encontrou-se evidências razoavelmente fortes de que o Reiki leva a um aumento quantificável na capacidade de cura.

O estudo ainda aponta que o Reiki auxilia na ativação do sistema nervoso parassimpático, medido pela frequência cardíaca reduzida, pressão arterial reduzida e aumento da variabilidade da frequência cardíaca. Para pacientes com condições crônicas de saúde, o Reiki foi considerado mais eficaz que o placebo na redução da dor, ansiedade e depressão e na melhoria da autoestima e qualidade de vida. O estudo sugere que o Reiki tem potencial de fornecer suporte valioso para uma ampla gama de condições crônicas de saúde e que o mesmo deve ser considerado como uma terapia complementar que pode ser implementada juntamente com todas as outras técnicas médicas e terapêuticas.

Nos Estados Unidos, foi realizada uma análise onde três formas populares de meditação foram comparadas – mantra, atenção plena e espiritual – para determinar sua utilização no percurso da vida e durante 12 meses, estando relacionados às principais variáveis sociodemográficas, comportamento de saúde, estado de saúde e acesso à assistência médica. Observou-se que a prática de meditação espiritual foi mais prevalente entre ex-etilistas. Isso pode refletir o uso de práticas de meditação espiritual em apoio ao tratamento e à sobriedade ao uso de álcool. Os motivos do uso da meditação foram examinados usando a amostra de entrevistados que praticavam a meditação da atenção plena. Bem-estar e prevenção (74%) foi um motivo mais comum do que o uso para tratar uma condição de saúde específica (30%). Os motivos mais comuns de uso incluem gerenciamento do estresse (92%) e bem-estar emocional (91%), além de apoiar outros comportamentos de saúde. A meditação foi vista positivamente por ser orientada para o autocuidado (81%) e focada na pessoa como um ser total (79%). A

meditação parece fornecer um recurso acessível e de autocuidado, com potencial valor para a saúde mental, a autorregulação comportamental e o atendimento em saúde integrativo (BURKE et al., 2017).

Em estudo desenvolvido por Kinser et al. (2013) percebeu-se os efeitos benéficos do Yoga em mulheres com distúrbio de Depressão Maior. Os resultados obtidos através do estudo apoiam a aceitabilidade da intervenção do yoga para depressão. Todas as mulheres que participaram do grupo de ioga relataram ter gostado de participar das aulas de ioga e acharam que o yoga era eficaz para diminuir a depressão e os sintomas associados. À medida que o estudo progredia, os participantes obtiveram a experiência sentida dos benefícios do yoga, que serviram como um motivador interno importante para sua participação contínua. Durante as entrevistas e em seus registros, os participantes refletiram em uma maior conscientização dos resultados agradáveis do yoga, como sentimentos de bem-estar físico e mental. Os participantes da pesquisa tiveram uma diminuição significativa nos escores de depressão ao longo do tempo, de modo que o escore médio de depressão diminuiu de um nível “moderadamente grave” para um nível “mínimo” de depressão em 8 semanas.

Outra pesquisa aponta para bons resultados referentes ao uso de aromaterapia em pacientes diagnosticados com transtornos da personalidade durante a internação psiquiátrica. A aromaterapia demonstrou ser efetiva no alívio da ansiedade, considerando a diminuição das frequências cardíaca e respiratória nos participantes do estudo (DOMINGOS; BRAGA, 2015).

Esta prática também foi objeto de estudo realizado para investigar a eficácia ansiolítica do silexan, uma nova preparação para cápsulas orais de óleo de lavanda, em comparação com o placebo na atenção primária em adultos que sofrem de transtorno de ansiedade não especificados anteriormente. Foram randomizados para 80 mg/dia de uma preparação definida, administrada por via oral, a partir de espécies de *Lavandula* ou placebo por 10 semanas, com visitas a cada 2 semanas. Constatou-se que a preparação do óleo de lavanda teve uma influência benéfica significativa na qualidade e duração do sono e melhorou a saúde mental e física geral, sem causar efeitos sedativos indesejados ou outros efeitos específicos de medicamentos. O silexan para preparação de óleo de lavanda é eficaz e seguro para o alívio do transtorno de ansiedade não especificado e possui efeito ansiolítico clinicamente significativo e alivia os distúrbios do sono relacionado à ansiedade (KASPER, et al., 2010).

Outro achado dessa solução oral demonstrou que 80mg/dia de Silexan é equivalente aos efeitos terapêuticos de 0,5mg/dia de Lorazepam (medicamento da classe dos ansiolíticos benzodiazepínicos indicado para ansiedade, insônia, entre outros ações) (WOELK; SCHLAFKE, 2010).

Há também estudos que apontam para a utilização das PICs como intervenção na qualidade de vida (QV), como a pesquisa realizada por Hagemann; Martin e Neme (2018). Esta traz o efeito da musicoterapia na qualidade de vida e sintomas depressivos de pacientes em hemodiálise. Foi realizado um estudo de intervenção em musicoterapia, em que 23 pacientes foram avaliados quanto aos sintomas de QV e depressão em dois estágios distintos – antes e após a intervenção. Foram realizadas oito sessões de musicoterapia, com duas sessões semanais e duração média de 75 minutos. A intervenção foi conduzida pela própria musicoterapeuta, utilizando técnicas específicas dessa prática. Os pacientes apresentaram redução significativa dos sintomas de depressão e melhores resultados de QV, com diferenças significativas nas seguintes dimensões: capacidade funcional, dor, saúde geral, vitalidade, saúde mental, lista de sintomas e problemas e saúde geral. Pode-se constatar que, a musicoterapia é uma opção de intervenção no tratamento e prevenção de sintomas depressivos e melhora da QV dos pacientes em hemodiálise.

Outro estudo referente à QV é sobre as práticas mente-corpo, como yoga, e seus efeitos geralmente positivos na qualidade de vida relacionada à saúde. Nesta pesquisa realizada por Birdee; Ayala e Wallston (2017) os praticantes de yoga receberam convites para participar de uma pesquisa on-line por e-mail. Características do yoga, QVRS e outros dados sociodemográficos foram coletados. As análises dos dados de 309 participantes que consentiram avaliar as associações entre as características da prática de yoga (uso de ferramentas de yoga, duração da prática, localização, método etc.) e a escala PROMIS Global Health de 10 itens para componentes de saúde física e mental. Foi verificado que escores mais altos de saúde mental foram associados à prática regular de meditação, maior renda e ao método de prática em uma turma de grupo comunitário (versus individual). Os escores mais altos de saúde física foram associados à prática da vida inteira, status do professor, estilo de yoga utilizado e prática em uma escola / estúdio de yoga (versus em casa). Portanto a prática da meditação no yoga está associada positivamente à saúde mental. A prática de yoga durante toda a vida foi significativamente associada a uma melhor na saúde física, sugerindo que o yoga tem um potencial benefício cumulativo ao longo do tempo, sendo que diferentes locais e métodos de prática podem estar associados a diferentes efeitos nos resultados de saúde.

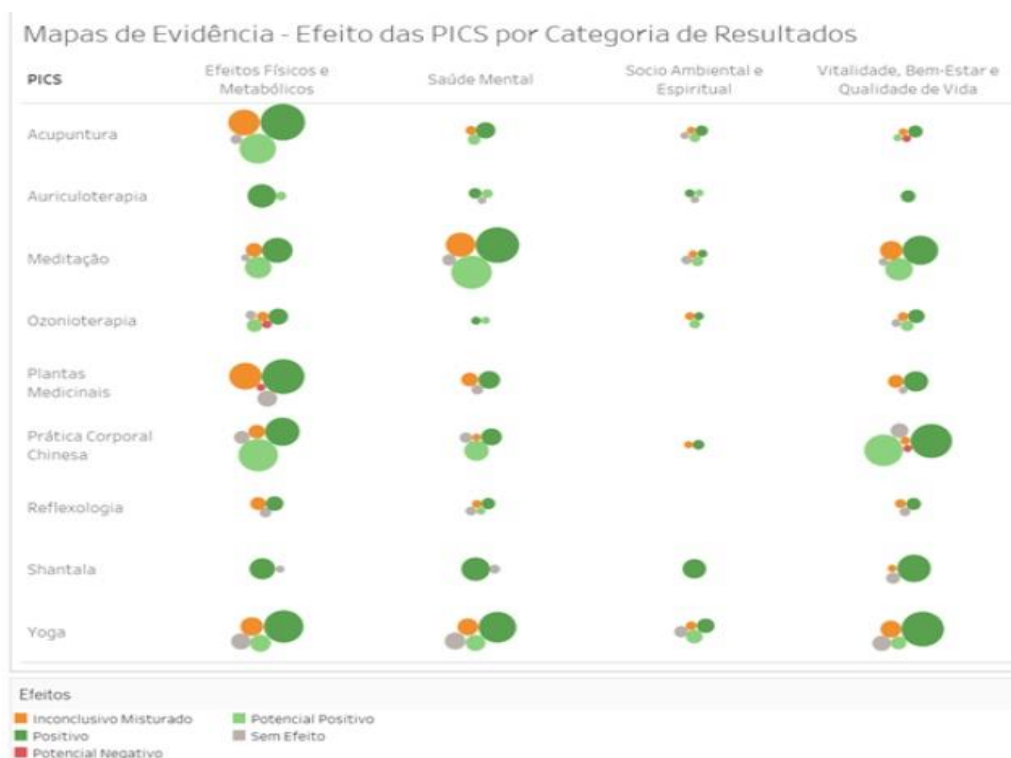
Diante desses estudos pode-se constatar as potencialidades das PICs como recurso terapêutico na saúde, em especial na saúde mental. Para Contatore (2015, p. 3264) há fatores que contribuem para o crescimento das PICs como a “[...] insatisfação com a medicina ortodoxa no tratamento das dores, o aumento dos sintomas de stress ou ansiedade [...] longas filas de

espera e [...] restrições financeiras” estimulam as pessoas na busca por outras formas de cuidado.

Luz (2005, p. 167) cita que “é impossível explicar o adoecer humano apenas biologicamente, assim como é impossível recuperar sua saúde sem levar em consideração os aspectos psíquicos que levam o ser humano a se tomar doente”.

Nesse sentido, as PICs podem representar uma ampliação na assistência à saúde mental na medida em que oferecem um cuidado para além da doença, considerando também o sujeito e oferecendo outras possibilidades terapêuticas.

As evidências dessas práticas são também apresentadas por meio do Mapa de Evidências. Como contribuição para facilitar o acesso às evidências disponíveis, bem como à identificação de lacunas no conhecimento, a Rede MTCI Américas, o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) e BIREME/OPAS/OMS uniram esforços para sistematizar as evidências científicas nesses mapas que se configuram em uma matriz de intervenções e resultados, divulgando uma visão geral e uma síntese gráfica das evidências sobre intervenções desses recursos terapêuticos para problemas de saúde específicos. Os mesmos são produzidos a partir de um processo que envolve uma busca sistemática de documentos nas principais bases de dados, seleção dos estudos de acordo com os critérios de inclusão e subsequente caracterização, como se pode observar na figura a seguir:



Fonte: Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN)

Nesse mapa de evidências é possível constar o efeito das PICs em variados contextos e quais destas possuem impactos relevantes na saúde mental e física, no contexto social e espiritual, no bem-estar, na vitalidade e qualidade de vida dos sujeitos.

Outra questão relevante a ser referenciada é o uso indiscriminado de medicamentos, uma das mazelas da sociedade atualmente, é a dependência medicamentosa. Sabe-se que o uso indiscriminado de medicamentos sem orientação ou sem considerar os fatores sociais, emocionais, subjetivos, morais e culturais do usuário pode vir a gerar dependência. Também é relevante discutir a respeito disto, quando transforma os sofrimentos e vivências que antes eram administrados pelo próprio indivíduo em problemas médicos, doenças ou transtornos.

As PICs possuem um grande potencial nesse caráter desmedicalizante, e essas proporcionam uma melhor relação profissional-usuário, a mobilização da autonomia, a busca de participação ativa no seu processo de cuidar e uma significação mais holística para os adoecimentos (TESSER; SOUSA, 2012).

Outra fator favorável à desmedicalização por meio das PICs vem da analogia com a política de redução de danos. Pode-se afirmar que a utilização de outras práticas, para além da medicação, é menos iatrogênico e mais enriquecedor para a cultura de saúde-doença dos usuários do SUS do que uma população medicalizada a exigir do SUS intervenções químico-cirúrgicas para qualquer incômodo. E isto está sendo demonstrado através de experiências clínicas, de serviços e de usuários do SUS, com benefícios para os participantes. (TESSER; BARROS, 2008).

Uma contribuição evidente dessas tecnologias de cuidado é um enriquecimento interpretativo e terapêutico da clínica: muitos adoecimentos “não-enquadráveis”, que considerados sintomáticos após consultas especializadas e exames complementares ineficientes, tornam-se compreensíveis na visão das PICs, reconhecendo estas como tratamento possivelmente eficaz e acessível e assim, elas podem contribuir para a ampliação da clínica. (TESSER; BARROS, 2008).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) enfatiza para a inserção dessas práticas na Atenção Primária em Saúde (APS) contribuindo para a ampliação do acesso às mesmas e à construção de um cuidado continuado, humanizado e integral. A política de saúde mental brasileira também faz referência à necessidade da atenção à saúde mental ocorrer através de uma rede de base territorial e comunitária.

Sendo assim, para isso ocorrer é preciso que os profissionais da saúde estejam abertos ao diálogo para romper com a cultura manicomial, considerando o cuidado como ação de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro: “Cuidar é mais do que um ato [...]

Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2000, p. 73).

De acordo com a publicação “Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental”, do Ministério da Saúde, as PICs podem contribuir no cuidado em saúde mental e afirma que as mesmas devem estar presentes nos diferentes pontos de atenção, e prioritariamente na APS (BRASIL, 2013).

Sabe-se que a instituição das PICs no Sistema Único de Saúde (SUS) é considerada um desafio para os gestores públicos, pois há poucos recursos humanos capacitados, financiamento insuficiente, faltam espaços para o desenvolvimento de novas práticas e ainda há dificuldade de integração entre as PICs e a lógica biomédica (BRASIL, 2015). Contudo, mesmo assim, é possível termos experiências exitosas a partir da utilização dessas práticas em outros espaços, como é o caso do projeto na cidade de Currais Novos, uma experiência na saúde mental que envolve afetos, arte, educação popular e práticas integrativas na militância pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica. Um dos projetos realizados, nomeado de (Ins)Piração ocorre mensalmente em praças e ruas do município, com o intuito de promover saúde e prevenir agravos em saúde mental, através das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e intervenções artísticas com música, pintura, poesia e dança. Ancorados em uma visão de inclusão da arte na saúde que “ultrapassa fronteiras culturais, ao possibilitar diálogos entre modos de ser e de sentir, de viver e de sonhar a vida!” (LINHARES, 2009, p. 44).

Isso nos oferece a possibilidade de pensar sobre novos modos de promover saúde mental, acolhendo os saberes e as potências existentes nos sujeitos como também no território. Nisso, vê-se um grande potencial do uso de PICs como aporte tecnológico para estreitar a aproximação de profissionais de saúde e usuários dos serviços, construindo um espaço promotor de saúde e de saúde mental. Observa-se que as atividades que são realizadas pelo projeto supracitado têm como princípio básico a promoção de saúde e prevenção de agravos em saúde mental, por meio de uma abordagem territorial e comunitária que amplia as possibilidades de cuidado tradicionalmente utilizadas na saúde.

Portanto, percebe-se que tais ações contribuem para o diálogo e o protagonismo dos indivíduos envolvidos, construindo um modo inovador de cuidado em saúde. Assim, ações terapêuticas como as PICs desenvolvidas no território, sobretudo na APS, podem ser consideradas um relevante dispositivo de enfrentamento aos agravos à saúde mental que acometem a população. Deve-se ressaltar que o MS preconiza o cuidado no território para aqueles que necessitam de acompanhamento e a APS é essencial na articulação dos serviços da rede de Saúde Mental (SM). A articulação entre APS e SM é capaz de construir um projeto

terapêutico de cuidado integral ao sujeito, sendo que o acolhimento e o vínculo são elementos essenciais para um cuidado transversal. Sendo assim, em 2001 o Congresso Nacional, Lei n.º 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental. No mesmo intuito de transformação da assistência, destaca-se a portaria 336, esta propõe um novo modelo de assistência à saúde mental, definido como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2001).

Os CAPS devem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas; como, acolhimento, psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, oficinas geradoras de renda, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares, entre outros. Essas atividades são muito importantes para o processo de reabilitação e reinserção dos indivíduos em sofrimento psíquico, pois produzem um grande e variado conjunto de relações de troca, reforçando os laços sociais e afetivos, proporcionando maior inclusão dessas pessoas à sociedade.

Acredita-se que os CAPS são uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nesse dispositivo. Além disso, mais do que reorganização, tal estratégia se relaciona intimamente com uma proposta política de organização e de assistência à saúde (BRASIL, 2004).

A Rede de atenção em saúde mental se configura como uma importante estratégia de consolidação da Reforma, pois os seus dispositivos vêm possibilitando a desinstitucionalização, a acessibilidade e equidade, a articulação com a atenção primária, secundária e terciária, e a intersetorialidade, mediante o desenvolvimento de um trabalho articulado com Justiça, Previdência Social, Ação Social, Educação e instituições profissionalizantes. (BARROS; JORGE; PINTO, 2010).

A estruturação da rede de atenção em saúde mental é essencial para o processo de inclusão do usuário e também para potencializar um dos preceitos da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno mental. Assim, percebe-se a importância da organização e da articulação da rede, promovendo a autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade. A atenção primária em saúde tem papel de destaque no cuidado, os profissionais atuantes na atenção primária são de extrema relevância no processo de cuidado e reabilitação em saúde mental.

Sendo que através da articulação entre APS e SM é possível construir um projeto terapêutico de cuidado integral ao sujeito.

A realidade de cuidado em SM na APS aponta que as estratégias de atenção à saúde são em sua maioria, restritas a grupos de diferentes modalidades, psicoterapia e/ou terapia medicamentosa. Sabe-se que essas práxis são importantes, mas não as únicas possibilidades de cuidado em SM, considera-se que as PICs podem potencializar as ações de SM desenvolvidas no nível primário de atenção.

Portanto, pensar na inclusão das PICs na elaboração do cuidado aos usuários seria uma importante estratégia na saúde mental a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde, de acordo com os preceitos do SUS e da própria PNPIC.

Nessa lógica, se evidencia a importância da integração com a APS, com vistas a potencializar a promoção da saúde, uma vez que essa abarca tanto o cuidado e a prevenção de adoecimentos, quanto à promoção da saúde.

3 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar as concepções e práticas de enfermeiros sobre as Práticas Integrativas e Complementares enquanto estratégia de promoção à saúde mental.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa se mostra mais adequada para atingir os objetivos deste estudo, visto que esta possibilita a essência do fenômeno sob diferentes olhares, aprofundando-se no mundo dos significados, relações humanas, atitudes, crenças e valores, além de ampliar uma análise de todo o contexto e estrutura social circunscrita. Além de possibilitar desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, permite a construção de novas abordagens e formação de conceitos durante a investigação (MINAYO, 2014).

Para Gil (2010) a pesquisa descritiva busca conhecer diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente, como de grupos e comunidades mais complexas. Enquanto que as pesquisas exploratórias permitem aumentar a experiência em torno de um determinado problema ou assunto, com a finalidade de esclarecer e modificar conceitos e ideias.

Os dados foram produzidos com o intuito de analisar as concepções e práticas dos enfermeiros sobre o uso de PICS em seu trabalho sob a perspectiva do marco conceitual da Promoção da Saúde (mental).

A saúde mental, em termos gerais, é o estado de equilíbrio entre uma pessoa e seus contextos que facilita o alcance de um bem-estar e qualidade de vida. Segundo dados da OMS (2001), os problemas de saúde mental constituem aproximadamente entre 12% a 15% das doenças mundiais. A falta de enfrentamento desses problemas contribui com muitas doenças somáticas e afetivas, tais como ansiedade e depressão.

A promoção em saúde mental acontece em ações que estimulem as potencialidades de pessoas ou coletividades, em busca de fortalecimento de aspectos saudáveis. Alguns exemplos de iniciativas de promoção da saúde mental podem incluir atividades que desenvolvam habilidades socioemocionais ou atividades físicas, já que a saúde do corpo está diretamente ligada à saúde da mente. (ESTANISLAU, BRESSAN, 2014). Nesse sentido podemos destacar as PICS, pois essas têm o intuito de proporcionar as habilidades citadas, entre outros fatores. Pode-se afirmar que há afinidades entre as PICS e a saúde mental, e também destas com a APS.

Esses três aspectos – PICS, APS e saúde mental– assumem o cuidado e a cura, quando possível, de modo abrangente e integral, bem como, a prevenção de adoecimentos e a promoção

da saúde. As PICs são caracterizadas pela visão holística do ser humano e da atenção à saúde, destacando-se a participação e autonomia dos sujeitos no processo de cuidado e tratamento. Portanto é necessário pensar em outras maneiras de se promover saúde, entender e manejar adoecimentos e o cuidado em suas variadas dimensões, em especial à saúde mental.

4.2 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada no município de Porto Alegre, nos serviços de saúde do Grupo Hospitalar Conceição, especificamente nos serviços de saúde comunitária, que fazem uso das PICs no processo de cuidado e promoção de saúde (mental) dos seus usuários. Assim, foram incluídas no projeto de pesquisa seis unidades de saúde (US) do GHC: US Costa e Silva, US Divina Providência, US Jardim Itu, US Jardim Leopoldina, US SESC e CAPS Infantil. Essas unidades foram escolhidas de maneira intencional visto que nesses locais as PICs são utilizadas no processo de trabalho dos enfermeiros como atividade terapêutica e assistencial aos usuários dos serviços. Os serviços de saúde que fizeram parte deste estudo não serão informados a fim de preservar o anonimato das participantes. Salienta-se ainda que, as unidades de saúde e os enfermeiros foram incluídos nesse estudo a partir de contato prévio, via telefone e e-mail, com profissional de saúde do GHC e através das informações obtidas foi possível realizar escolha intencional dos participantes e dos locais onde o estudo foi realizado.

Referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmea, além da UPA Moacyr Scliar, de 12 unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Escola GHC (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2020).

Vinculada ao Ministério da Saúde, essa estrutura reconhecida nacionalmente forma a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimento 100% SUS. Com uma oferta de 1.510 leitos, é responsável pela internação de 55,9 mil pessoas por ano. Com uma equipe de 9.584 profissionais, o GHC é responsável por cerca de 1,4 milhão de consultas e outras 33 mil cirurgias anuais. Em exames, o Grupo contabiliza cerca de 4,3 milhões por ano (Grupo Hospitalar Conceição, 2020). Em se tratando de saúde comunitária, o Grupo Hospitalar Conceição conta com 12 unidades do Serviço de Saúde Comunitária e 39 equipes de saúde da família, que atuam em vilas e em bairros determinados da Zona Norte e Nordeste de Porto Alegre (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2020).

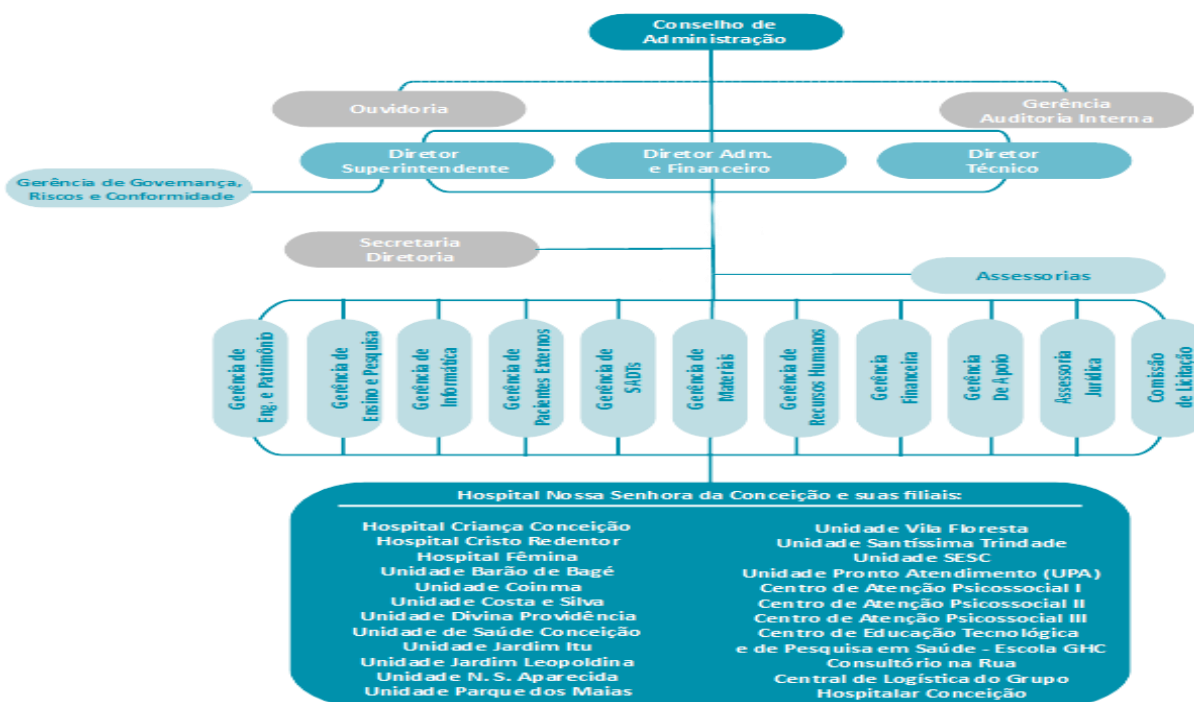
No total, os profissionais atendem cerca de 105 mil pessoas que são cadastradas para um permanente acompanhamento de seu estado de saúde, por meio de programas de prevenção e de tratamento médico e odontológico. A equipe que presta atendimento é multidisciplinar, incluindo, além dos médicos de família e comunidade, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e agentes de saúde (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2020).

O Serviço conta também com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além do Consultório na Rua. O Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência (CAPSi) oferece atendimento a crianças e a adolescentes com transtornos mentais moderados a graves. São oferecidas atividades em grupo e oficinas para os usuários. O objetivo é a reinserção familiar e social (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2020). O CAPS II – Adulto atende a pacientes adultos com transtornos mentais moderados a graves. Já o CAPS AD III (Álcool e Drogas) é dirigido a dependentes químicos, sendo atendidos por equipe multiprofissional. Possui leitos masculino e feminino para acolhimento, para pacientes que necessitam atendimento 24 horas (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2020).

O Consultório na Rua conta com veículo e equipe multiprofissional para realizar abordagens às pessoas em situação de rua na Zona Norte de Porto Alegre. A equipe atende pessoas que apresentam vulnerabilidade social, levando saúde, cultura e educação ao local onde vivem estes usuários. Nas ruas, os profissionais trabalham numa perspectiva de redução de danos, além de ofertar oficinas e cuidados de enfermagem.

A seguir, a figura 1 apresenta o organograma referente os serviços do GHC:

Figura 1 — Organograma do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS



Fonte: site GHC

4.3 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa enfermeiros dos serviços de saúde comunitária (ESF e CAPS) que utilizam as PICs em seus processos de trabalho. Decidiu-se centrar a pesquisa nos serviços supracitados por constituírem-se de equipes multiprofissionais, comprometidas com a integralidade e promoção da saúde em suas ações, visando desconstruir a hegemonia da lógica biomédica. Tornando-se essa um espaço de produção e trocas de saberes em saúde, os serviços de base territorial, possuem uma lógica de atenção à saúde mental, uma vez que preza pela continuidade do tratamento constituindo-se como espaço de ressignificação e acolhimento dos sintomas dos sujeitos (AMARANTE, 2011).

Para a escolha dos participantes do estudo foram adotados os seguintes critérios de inclusão: a) enfermeiros do quadro funcional do serviço; b) estar atuando no serviço há pelo menos 3 meses, c) enfermeiros que fazem uso de PICs no processo de trabalho. Como critérios de exclusão foram considerados: a) enfermeiros de licença, férias ou em afastamento no período da coleta de dados; b) enfermeiros em processo de formação profissional (Residência). Conforme informações colhidas previamente sobre os profissionais enfermeiros que realizam PICs nos serviços selecionados do GHC, estimou-se 06 (seis) enfermeiros como potenciais participantes, podendo ser este número ampliado conforme a identificação de enfermeiros

nesses serviços que preencham os critérios de inclusão. No entanto dois (02) desses seis (06) enfermeiros, não fizeram parte do estudo, pois não responderam a cinco (05) convites para participar da pesquisa, contudo, percebeu-se que havia material suficiente para analisar os dados (responder a questão de pesquisa).

4.4 Coleta de dados

A coleta de informação foi efetuada mediante a realização de entrevista semiestruturada, sendo que o tempo médio de cada entrevista foi de uma (01) hora, esta foi realizada de forma virtual através de aplicativo de comunicação, *Google Meet*. A escolha desta modalidade de coleta de dados atende aos objetivos do estudo e está adequada ao momento que atualmente vivenciamos de pandemia da COVID-19. Em virtude dessa doença viral foi necessário respeitar o distanciamento social, mesmo em coleta de dados de pesquisa. Com intuito de preservar a saúde dos participantes da pesquisa, da pesquisadora e das demais pessoas envolvidas neste estudo, decidiu-se utilizar esse processo de entrevista.

A entrevista foi norteada por um roteiro (APÊNDICE A) contendo dados de caracterização dos entrevistados e questões abertas e fechadas para que os profissionais expressassem suas ideias, opiniões e percepções acerca do objeto em estudo – as concepções e práticas dos enfermeiros sobre as PICs enquanto estratégia de promoção da saúde mental.

As questões desta pesquisa foram construídas com o intuito de proporcionar para cada participante a possibilidade de expressar concepções e percepções acerca da temática referida, expressando assim suas ideias sobre: PICs, Promoção da Saúde, Saúde Mental, Promoção da Saúde Mental e Enfermagem.

A técnica de entrevista em pesquisas tem como objetivo descobrir o significado, as percepções e interpretações dos entrevistados sobre um determinado assunto, permitindo a leitura imediata de informações obtidas (MATHEUS; FUSTINONI, 2006). Na entrevista semiestruturada há maior liberdade de o pesquisador fazer perguntas abertas, oportunizando ao entrevistado expor sua percepção acerca do objeto de estudo.

Os potenciais participantes do estudo foram abordados pela pesquisadora através de contato prévio via e-mail, a fim de convidá-los a participar das entrevistas.

As entrevistas com os profissionais foram realizadas na medida em que estiveram disponíveis para falar sobre o objeto de estudo, em ambiente e período oportunos para eles. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, para análise dos dados.

4.5 Análise de dados

Com vistas a conhecer as concepções e práticas dos enfermeiros frente ao objeto de estudo, esta pesquisa utilizou a análise temática de Minayo (MINAYO, 2014), a qual está apoiada na hermenêutica dialética. Sendo que foi considerada, diante dessa perspectiva, os três passos de análise: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise dos dados.

Primeiramente foi realizada a ordenação dos dados, ou seja, transcrição dos dados, releitura, organização dos relatos, observações em determinada ordem e subconjuntos criados. Esse primeiro passo foi essencial para que se pudesse ter clareza do que havia sido produzido durante as entrevistas. Posteriormente ocorreu a classificação dos dados através de leitura horizontal e exaustiva dos dados de todo material com anotações das primeiras impressões da pesquisadora (“leitura flutuante”) – foi realizada a construção gradativa das categorias analíticas, e também a leitura transversal de cada material (entrevista), identificando “unidades de sentido”/ “temas”, colocando-os juntos para perceber as conexões entre elas, codificando-as. Em seguida, realizou-se posterior enxugamento (agrupamento em número menor de unidades de sentido) reagrupamento em torno de categorias centrais numa lógica unificadora. E por fim, o último passo da análise, a compreensão e interpretação, onde se estabeleceu a articulação entre os dados e os referenciais teóricos, a fim de elucidar a lógica interna dos achados.

Executar todos esses passos de análise foi essencial para que se pudesse construir as categorias, e a partir da interpretação das narrativas dos participantes, descrever suas ideias, percepções, sentimentos e compreensões sobre o objeto de estudo.

4.6 Considerações éticas

Neste estudo foram observados os aspectos éticos em relação à pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/2012 (BRASIL, 2012). Para a execução deste estudo, foram cumpridas as exigências legais e éticas. Dessa maneira, este projeto foi enviado à Comissão de Pesquisa (Compesq) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), para registro e apreciação. Em seguida, foi encaminhado ao Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC) para a apreciação e autorização para o desenvolvimento da pesquisa.

No encontro com cada profissional foi apresentada a proposta de estudo, o objetivo, a relevância e o método de coleta de informações antes de se iniciarem as entrevistas. Os profissionais também foram informados sobre a garantia de sigilo e confidencialidade quanto às informações prestadas, e ainda foram assegurados o direito de serem esclarecidos ou de abandonarem o estudo em qualquer etapa do processo, sem danos a sua integridade, conforme a resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Após estas orientações, foi assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), pelo entrevistado que aceitou participar da pesquisa e o entrevistador, o qual foi preenchido em duas vias, sendo entregue uma delas para o entrevistado e a outra ficou sob a guarda do pesquisador. No TCLE (APÊNDICE B), elaborado pela pesquisadora, em duas vias de igual teor foi respeitado o anonimato dos participantes do estudo, sendo que, estes poderiam, a qualquer momento, interromper sua participação, sem que isto intercorresse em qualquer ônus. Os riscos associados ao estudo são classificados como mínimos e estão relacionados a possíveis desconfortos emocionais durante as entrevistas com o pesquisador, pois os participantes falaram sobre aspectos de seu processo de trabalho. Dessa maneira, ressalta-se que foi assegurado ao participante a possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento. Caso houvesse desconfortos consideráveis, a entrevistada poderia ser encaminhada e/ou acompanhada por algum serviço de apoio para atendimento psicossocial específico.

No entanto, as participantes da pesquisa não relataram ter sofrido algum tipo de dano resultante da sua participação neste estudo, que resultasse na solicitação de assistência ou indenização, estejam estes danos previstos ou não no TCLE. Salienta-se que o processo de comunicação do consentimento livre e esclarecido pode ser realizado por meio de sua expressão oral, sendo este o meio utilizado nesta pesquisa durante a entrevista, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 510/ 2016 (BRASIL, 2016). Posteriormente as participantes do estudo assinaram o TCLE enviado por e-mail pela pesquisadora.

A participação neste estudo não trouxe benefício direto ao participante, porém contribuiu para a ampliação de conhecimentos sobre a temática em estudo, e seus resultados poderão contribuir para estudos posteriores, e, sobretudo poderá auxiliar na visibilidade e consolidação das PICs.

Os documentos da pesquisa, entre eles o TCLE, as entrevistas gravadas e transcritas estarão sob a guarda dos pesquisadores deste estudo e serão armazenadas em arquivo digital no computador e em arquivos de documentos impressos por cinco anos a contar a data de divulgação dos resultados da pesquisa junto à UFRGS. Após este período o material será

inutilizado, conforme as recomendações da Lei de Direitos Autorais nº 9.610/98 (BRASIL, 1998).

A pesquisa será divulgada por meio de relatório de pesquisa apresentado junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS, com registro no sistema institucional de bibliotecas, bem como em publicação deste estudo em revistas científicas. Em relação aos participantes da pesquisa, os autores se comprometem a apresentarem os resultados deste estudo em reunião com profissionais e gestores dos serviços de AB e CAPS na instituição em que o estudo foi realizado. Além disso, ao término da pesquisa, será entregue um exemplar do relatório do estudo ao Centro de Documentação da instituição para consulta dos interessados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 1 mostra algumas características dos participantes entrevistados quanto a idade, religião ou crença, tempo de serviço e formação complementar.

Quadro 1 — Dados de caracterização dos enfermeiros entrevistados nos serviços de saúde de uma instituição, Porto Alegre, 2021

Participante	Idade	Sexo	Religião Crença	Tempo de serviço	Formação Complementar
E1	40	F	Universalista	14 anos	Enfermagem do Trabalho, Saúde Coletiva, Urgência e Emergência, Reiki, Auriculoterapia, Barra de Acess, Mestrado em Epidemiologia
E2	41	F	Deus	11 anos	Medicina Tradicional Chinesa, Ayurveda, Yoga, Auriculoterapia
E3	58	F	Batista	18 anos	Enfermagem Obstétrica, Medicina Tradicional Chinesa ênfase em Acupuntura
E4	62	F	Luterana	16 anos	Saúde Pública, Auriculoterapia

Legenda: E1: (Entrevistado 1); E2 (Entrevistado 2); E3 (Entrevistado 3); E4 (Entrevistado 4); Sexo: F (Feminino)
Fonte: dados primários coletados durante as entrevistas (2020).

As participantes da pesquisa possuem idade média de 50 anos, média de 14 anos referente ao tempo de serviço e média de 04 anos utilizando as PICs em seu cotidiano de trabalho no SUS, sendo todos do sexo feminino. Possuem formação complementar em enfermagem obstétrica, saúde pública, saúde coletiva, urgência e emergência e epidemiologia. Além disso, todas enfermeiras entrevistadas afirmaram possuir formação em PICs. Salienta-se que mesmo possuindo as formações em PICs referenciadas no quadro 1, uma das enfermeiras não faz uso da técnica de barra de acess no seu cotidiano de trabalho, pois não está prevista na PNPIC.

Desta forma, a partir da análise dos dados emergiram três categorias, sendo elas: diretrizes legais e organizacionais dos serviços, dividida em duas subcategorias: política nacional de PICs (PNPIC) e gestão e as PICs; promoção da saúde mental: aspectos para uma clínica ampliada; a enfermagem na promoção da saúde mental por meio das PICs.

5.1 Diretrizes Legais e Organizacionais dos Serviços

5.1.1 Política Nacional de PICs (PNPIC)

A legislação, mais especificamente a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), apresenta-se como um marco referencial para a regulamentação das PICs no Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNPIC tem o intuito de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências dessas práticas que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de municípios e estados do país, devido ao reconhecimento da sua efetividade e utilização destas práticas ocorrer de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, ou fornecimento adequado de insumos ou mesmo de ações de acompanhamento e avaliação. Essa política contribui para o fortalecimento dos princípios do SUS, atuando na prevenção de doenças ou enfermidade e da promoção, manutenção e recuperação da saúde apoiada no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo (BRASIL, 2006b).

Essa política traz apoio aos profissionais de saúde para exercer essas terapêuticas nos processos de trabalho nas unidades de saúde.

Como se pode observar nas falas das entrevistadas:

[...] que é o que nos direciona, que nos possibilita atuar no SUS. (E1)

[...] é um grande marco pras práticas integrativas e complementares, então entram várias práticas sendo legitimadas por vários profissionais, não só os profissionais médicos também, mas vários profissionais da área da saúde. Então da PNPIC vai dizer o que que são né, o caderno da PNPIC do Ministério da Saúde, que vai dizer especificamente o que é cada PIC, pra que ela serve, o que ela vai tá fazendo, quem que pode tá realizando. (E2)

[...] uma legislação que faz esse amparo que anteriormente não tinha né [...] então hoje a política permite também que no sistema público a gente possa atuar com as práticas integrativas. A política nacional assim pra nós que somos ligados à questão, que a gente é ligado ao Ministério da Saúde né... pra nós foi bem interessante, assim, porque tu consegue então implementar dentro do teu trabalho, acho que foi uma coisa muito importante, foi um reconhecimento importante também de práticas que dão muito resultado. (E3)

[...] política das práticas integrativas ela é, como que vou dizer...é bem promissora. [...] Eu me lembro que num determinado momento eu peguei uma lista lá pra ver quais eram as coisas que a gente podia fazer na atenção básica de práticas integrativas [...] quanto a legislação mesmo, eu li o que podia e o que não podia ser feito naquela época. (E4)

Evidencia-se através dessas falas, que para elas a PNPIC foi um avanço significativo na atuação desses profissionais no SUS, legitima essas práticas perante os trabalhadores, gestores e a sociedade. Sabe-se que em alguns estados e municípios essas práticas já estavam presentes como modo de cuidado à saúde, a PNPIC veio trazer diretrizes para essas práticas, de como elas seriam abordadas no sistema de saúde brasileiro e também fortalecer aquelas iniciativas já existentes.

No âmbito nacional, essa política foi resultado de inúmeras discussões e de recomendações das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), ao passo que em âmbito internacional a Organização Mundial da Saúde (OMS) também exerce importante papel na indicação de políticas e Práticas dessa natureza (BRASIL, 2015).

Em 2006, na implementação da PNPIC, existia um leque bem restrito de práticas, tais como as práticas ligadas à: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas medicinais/Fitoterapia, Antroposofia aplicada à saúde e Termalismo/Crenoterapia. Posteriormente, em 2017 e 2018 houve uma ampliação no conjunto desses dispositivos de cuidado, sendo incluídas a Ayurveda, Aromaterapia, Constelação Familiar, Meditação, Musicoterapia, Reiki, Shantala, Terapia de Florais, Yoga, entre outras.

Essa evolução na PNPIC é reconhecida pelas participantes do estudo, demonstrando interesse em ter definições de políticas para orientar suas práticas nos serviços de saúde:

[...]A política nacional ela é bem fraca, fraca não é uma palavra adequada, a de 2006 ela é muito básica ele tem 5 práticas só né. Depois veio as outras portarias incluindo as 29 que nos deu um leque maior de atuação [...] reedições deixaram ela mais completa né. A gente pode ter um leque maior de possibilidades de atuação assim. (E1)

[...]depois tem 2017, 2018 uma ampliação né, também surge outras portarias de ampliação das PICs, então entra o ayurveda, que também não tava, nessa primeira política nacional aí e depois em 2018 entra novas práticas, acho que eu florais também, acabei não falando dos florais, mas os florais entram também né. (E2)

A aprovação da PNPIC e sua ampliação contribuíram para a visibilidade da oferta de serviços de PICs no país, demonstrada pelo aumento de serviços cadastrados, e também para o pluralismo terapêutico no SUS (SOUSA et al., 2012). Um dos objetivos da política visa a incorporação e implementação das PICs 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, 2006b). Isso é evidenciado a seguir na fala da profissional:

[...] Uma política que nasce no departamento de atenção básica, então primordialmente essa política nasce para atenção básica, isso não quer dizer que ela não possa ser feita em outras instâncias de outras complexidades, como a especializada e a rede terciária, a rede hospitalar, mas basicamente ela tá dentro da política de atenção básica. [...] procura fomentar então essas formas de cuidado, cuidado de acolhimento, num primeiro momento e sensíveis né. [...] fala bastante sobre isso, sobre esse cuidado sensível. (E2)

O Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde passou a se responsabilizar pela gestão federal da PNPIC, a partir de sua publicação, exercendo o monitoramento, a normatização, a sensibilização e a divulgação de informações sobre a política. Nos últimos anos, a política esteve sob a gerência da Coordenação Geral de Áreas Técnicas (CGAT/DAB) do DAB, sendo que atualmente as PICs fazem parte da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGB/DAB) (SILVA et al., 2020). A PNPIC está voltada especialmente para ações à saúde na Atenção Básica, por entender que esta possui um grande potencial de atuação, mas essas práticas podem estar presentes em todos os pontos na rede de atenção à saúde de uma forma ampliada.

Como demonstrado no estudo desenvolvido por Veras et al. (2021) que apresenta o emprego das PICs na rede hospitalar. Este, por sua vez, relata a implementação do uso de musicoterapia em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de hospital visando melhorar a qualidade da assistência prestada. Durante a pesquisa percebeu-se que a musicoterapia impactou em diversos aspectos biopsicossociais e espirituais, validando a utilidade da estratégia, por meio de relatos verbais como agradecimento e participação, e não verbais, como expressões de afeto, choro ou sorriso, com provável alteração dos parâmetros vitais. Verificou-se ainda que essa terapêutica no ambiente da UTI propiciou aos participantes sentimentos de esperança, paz interior e fé, alegria e expressões de relaxamento, contribuindo para maior enfrentamento da hospitalização. Nesse estudo, a musicoterapia demonstrou ser uma ferramenta eficaz para compor o arsenal terapêutico para o indivíduo internado em UTI, conduzindo um processo de cuidar sensível, criativo e humanizado.

Essas práticas possuem um modo de “cuidado sensível” como elencado por uma entrevistada, ou seja, pode-se entender que visa o bem-estar do sujeito, ao realizar uma escuta que acolha suas demandas a fim de contribuir com a promoção, recuperação à saúde, respeitando suas singularidades e promovendo suas potencialidades. Percebe-se que para a participante, o cuidado está para além das questões clínicas, considera o sujeito como ser biopsicossocial e também os aspectos espirituais e culturais desse indivíduo.

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) no Brasil se apresenta como mais um dispositivo político para transformar o cuidado em saúde, pois propõe mudanças nas

práticas de saúde, sobretudo com estratégias direcionadas para o atendimento integral e humanizado. Essa política faz refletir para a produção de novas maneiras de realizar o cuidado, possibilitando uma relação positiva e construtiva entre usuário e profissional, visando à promoção da saúde (BRASIL, 2004)

Diante disso, é relevante que cada profissional além de seus conhecimentos técnico-científicos desenvolva a capacidade de prestar um cuidado com vistas à humanização e a individualização do ato de cuidar, a fim de prestar uma assistência de melhor qualidade considerando o usuário como um ser biopsicossocial. Entendendo que, esse cuidado humanizado, é acolher, escutar, dialogar, transmitir confiança e segurança através de uma postura profissional que implica no compartilhamento de saberes e numa equipe comprometida com o usuário, com o objetivo de sanar as demandas existentes.

Entende-se que a prática do cuidado pode ser abordada por diversas formas, seja através de procedimentos técnicos ou de uma escuta terapêutica. Isto não significa excluir uma forma de abordagem da outra, significa que podem caminhar juntas, de forma complementar, assim como as PICs que complementam as terapêuticas alopáticas e que por si só também possuem suas complementariedades em suas formas de cuidado, e a PNPIC aborda em suas perspectivas essas formas de pensar e fazer o cuidado.

Sendo assim, observa-se que essa política trouxe amparo legal para os profissionais de saúde atuarem com as PICs no SUS. No entanto, ainda existem alguns entraves em sua consolidação. Há estudos que apontam para algumas dificuldades e desafios a respeito da PNPIC, como por exemplo, a pesquisa realizada por Habimorad et al. (2020) que aponta para a insuficiente oferta de educação em PICs e que isso possa vir a ocorrer devido à baixa demanda deste tipo de profissional no SUS, a falta de financiamento específico para a política, pois está vinculado ao Piso de Atenção Básica (PAB).

Apesar dessa lacuna de conhecimento para a utilização das PICs, há iniciativas na educação pública que se mostram promissoras, como as iniciativas nos programas de pós-graduação *stricto sensu*, onde existe espaços dos laboratórios e grupos de pesquisa em PICs vinculados às universidades. No âmbito da graduação, tem-se os cursos em Saúde Coletiva/Saúde Pública, nos quais se espera que o tema das PICs no SUS seja abordado de forma a suprir a lacuna existente e estimular futuros profissionais nesta área. Essas estratégias são de extrema relevância na superação do desafio apontado, referente a formação e capacitação profissional em número adequado para atuar no SUS, uma vez que oferecem a possibilidade de formação dos profissionais que já atuam no SUS (HABIMORAD et al., 2020).

Outra dificuldade encontrada no estudo supracitado diz respeito ao registro das categorias profissionais que exercem PICs no SUS, cujas nomenclaturas de registro no Código Brasileiro de Ocupações (CBO) não permitem identificar no Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) informações pertinentes, tais como: se o profissional é de nível médio ou superior ou qual o tipo de atividade que o mesmo realiza no serviço onde está cadastrado. Isto favorece um registro inadequado das PICs no SUS, dificultando a realização do seu monitoramento e avaliação, tornando frágil a consolidação da política (HABIMORAD et al., 2020).

Todavia, tais fatos denotam para a importância, que o Ministério da Saúde, enquanto proponente de políticas públicas adote medidas que visem sanar questões como a baixa oferta de educação nessas práticas, financiamento específico, entre outros. É essencial que ocorra articulações entre os diversos atores sociais (trabalhadores, gestores e usuários) desse processo para o avanço da PNPIC.

Evidencia-se que a participação de todos os atores sociais nesta política é fundamental, visto que a construção, implantação e deliberações das políticas públicas de saúde brasileiras se dá a partir dos trabalhadores, gestores e usuários do sistema de saúde. Nesse sentido, em 2015, um coletivo de atores sociais criaram a Rede Nacional de Atores Sociais em PICs (RedePICS) cuja ação promove a articulação, debate, reflexão, interação entre os diversos atores a fim de gerar informações sobre as PICs, monitorar e assessorar o processo de implementação da PNPIC, instituir canais de comunicação entre as PICs e as diversas instituições públicas, bem como promover fóruns de debate para temas prioritários, entre outros, fortalecendo as PICs no país.

Percebe-se que a construção desse coletivo possibilita a participação e controle social em relação a essa política, sendo que estas são diretrizes do SUS, pautadas pela lei nº 8.142/90, ou seja, permite a sociedade a participar do processo decisório sobre as políticas públicas e controlar a ação do Estado (BRASIL, 1990). Nesse sentido, é importante institucionalizar espaços que garantam a participação popular no cotidiano dos serviços de saúde, a fim de colaborar no planejamento, execução e avaliação das ações prestadas e também na organização para o enfrentamento dos problemas existentes (BRASIL, 2006b).

Faz-se necessário destacar, portanto, que existem diversos meios que buscam promover a participação social nas políticas públicas, tais como conferências, fóruns, conselhos e comissões, entre outros, que podem servir como instrumentos formais para pautar questões relacionadas às PICS nos diferentes níveis governamentais – nacional, estadual e municipal/local.

Apesar da participação dos usuários, enquanto controle social, não estar evidenciada neste estudo, acredita-se que a implicação desses atores sociais nesse processo pode vir a fortalecer as ações nos serviços de saúde, fortalecer as PICs enquanto instrumento de trabalho e cuidado. Vale refletir sobre a relevância da participação dos usuários, com vistas a auxiliar na construção de ações que visem atender as necessidades de saúde do local onde as PICs estão inseridas e como estas podem vir a contribuir na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Ainda que se constate entraves na PNPIC como citado anteriormente, entende-se que a mesma têm potencial para ampliar, legitimar e dar visibilidades às PICs e conseqüentemente qualificar os serviços de saúde.

5.1.2 Gestão em Saúde e as PICs

Sabe-se que por vezes além dos entraves legislatórios, também temos as dificuldades na gestão institucional nos serviços de serviços. Estas podem ser de diversas origens, como por exemplo: burocráticas, de insumos ou até mesmo de processo de trabalho nas equipes de saúde.

O propósito primordial da gestão em saúde é a produção de decisões, que desencadeiam o processo de intervenção e implementação das políticas. Pode-se afirmar que o processo de gestão é algo complexo, pois envolve, subjetividade, motivações, interesses, conhecimentos, habilidades, ou seja, abrange características e qualidades de pessoas e não somente de serviços (MIRANDA, 2005).

Percebe-se a partir desse contexto, que um dos fatores atrelado a gestão em saúde, em especial, para o exercício das PICs, é o trabalho em equipe. Numa equipe é importante que todos integrantes compreendam o trabalho de cada núcleo profissional, assim como atividades desenvolvida por esses profissionais. E para Moscovici (2003) cada diferença deve ser reconhecida, aceita e trabalhada, pois é importante também, que a equipe consiga perceber como estão realizando o trabalho e o que deve ser feito para solucionar os problemas que podem atingir o andamento das ações.

Nesse sentido, o trabalho em equipe é de suma importância para que ocorra os atendimentos das demandas aos profissionais que atuam com essas práticas. No entanto, para isso, é necessário que os membros da equipe tenham entendimento sobre as PICs, ainda que incipiente, do que são esses recursos terapêuticos e assim encaminhar os usuários para atendimento. Como é evidenciado nas falas a seguir:

Em relação à questão do paciente, eu vejo que a grande questão é ele chegar. Por que aqui a gente começou a oferecer as PICs pros colegas de trabalho, auriculoterapia e reiki, pra que os colegas também tivessem um entendimento de como isso funciona pra poder indicar pros usuários e aumentou a indicação pros usuários depois disso, foi uma estratégia. [...] A maior dificuldade que eu vejo em relação as práticas em si, é as próprias pessoas da equipe saberem quando elas podem indicar. Esses dias uma residente perguntou: quando que eu posso indicar? Tu pode indicar sempre, como a gente tem uma visão sistêmica, não vai indicar só quando o paciente tá agressivo, só se o paciente tá ansioso, só se o paciente tá sei lá, em surto... não! Vai indicar qualquer pessoa, porque o atendimento é sistêmico [...]. Então a criança ou o adolescente vai se beneficiar sempre do tratamento. (E2)

Um das dificuldades que eu acho nessas práticas é de encaminhamento [...], a equipe, todo mundo entender que isso é uma possibilidade. [...] Então às vezes eu acho a questão da equipe, só que isso dá muito trabalho né, eu digo assim, trabalho na equipe porque a equipe tem que tá bem ajustada pra poder encaminhar, pra poder pensar: bom hoje aquele vai fazer, aquele não vai fazer. [...] às vezes é mais fácil eu preencher uma requisição lá: ah toma um paracetamol, toma dipirona, do que eu poder pensar uma questão: ah quem sabe vamos chamar a pessoa pra ver se ela pode te atender ou quem sabe tu vai fazer assim, tu vai lá em tal lugar e tu vai marcar uma agenda de auriculoterapia e vamos fazer essa tentativa pra ver se tu melhora. Eu digo assim, eu acho que esta prática é ainda um pouco mais difícil. [...] acho é que falta ampliar mais. Como tu vai fazer aquilo, como que os outros profissionais possam entender que aquilo importante também, que aquilo é importante pro paciente, se vai alcançar resultado eu não sei, mas o quanto que a gente pode testar, aplicar e fazer, mas eu acho que falta um pouco dos outros profissionais entender também o que a gente tá fazendo, eu acho que falta isso né, mas estamos indo. (E4)

A dificuldade nos encaminhamentos, e do entendimento dos profissionais que não praticam essas técnicas de cuidado, pode restringir o acesso dos usuários que poderiam se beneficiar dos atendimentos com o uso das PICs, portanto se faz necessário articular meios que vislumbrem esses encaminhamentos. Salienta-se, primeiramente, como já abordado anteriormente, que é pertinente para àqueles profissionais que não utilizam essas práticas em seu processo de trabalho, contatar seus colegas a fim entender como é a dinâmica desses dispositivos de cuidado e atenção à saúde e fica evidente também a necessidade de os profissionais entenderem que há outros recursos terapêuticos para além dos recursos tradicionais da alopatia e que estes são importantes da mesma forma, tanto para a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

A boa articulação entre os profissionais faz com que as equipes de saúde apresentem maior possibilidade de compartilhar dúvidas e conhecimentos, construir uma boa relação e meios de entendimento das dificuldades e limitações e assim possam atender de maneira eficiente os usuários (REIS; HORTALE, 2004). Acredita-se que o trabalho em equipe é essencial para prestar um serviço de qualidade para os usuários do sistema de saúde, e requer articulação de diferentes processos de trabalho, de especificidades e saberes variados, inclusive quando há a incorporação das PICs como estratégia de intervenção terapêutica.

Outro aspecto abordado, que se caracteriza como dificuldade pelas participantes é a questão de insumos e espaço físico, como pode-se perceber:

O reiki a gente precisa só do consultório, né, o espaço pra gente aplicar, [...] a auriculoterapia a gente compra o material, seria a prática que eu uso e a gente compra. A gente já conseguiu por alguns momentos que a gerência comprasse, depois não conseguiu mais. É um material de muito baixo custo, eu não sou favorável que a gente tenha que comprar pra fazer as práticas, super respeito quem não compra. Mas nesse caso foi uma prática que eu não queria perder a experiência, queria tocar assim... então eu compro, os residentes compram também, então assim, é de muito baixo custo. [...] uma vez, eu consegui as plaquinhas que foi com uma compra avulsa, não sei bem como que eles conseguiram encaixar. Eu consegui as placas prontas pra auriculoterapia, e daí sei lá, consegui umas vinte placas, aí eu usei e depois segui montando as placas manual né. [...] esse material da auriculo a gente ficou negociando um baita tempo pra conseguir, eu fiz orçamento, mas foi só nessa vez que eu consegui. (E1)

[...] Acho que espaço físico, porque a gente usa maca né, então espaço físico também é uma dificuldade. Às vezes, nós temos 3 salas aqui com maca, 2 delas na parte de cima da casa, é uma casa de 2 pisos, então espaço físico não é adequado, muitas vezes. É frio, não tem aquecimento, então eu acho que espaço físico poderia ser melhor também, e insumos de forma geral. Insumos acho que também atrapalha bastante as práticas [...] é indescritível a dificuldade de conseguir material, é indescritível o sistema entender que tu não trabalha só com seringa, agulha e gaze, entendeu. [...] Mas é aquela coisa hospitalar, entendeu, como é que vai precisar de óleo vegetal, de gergelim, por exemplo? Eu precisaria, to com uma criança agora com uma questão cognitiva super séria, uma criança que eu to fazendo tuiná semanal, que eu precisaria do óleo pra usar na cabeça, eu ia usar o óleo na cabeça, entendeu, pra essa criança é maravilhoso, [...] eu to tentando conseguir, já faz um ano que eu to tentando conseguir. Então eu sei que o pessoal do centro obstétrico (citou a instituição de trabalho) compra óleo essencial pra usar nos pacientes, olha onde já se viu isso?! [...] então assim, é muito amor, é muito amor às PICs, tu comprar o material pra usar, é um pouco indignante até[...] numa instituição grande como a nossa... então assim, tudo é difícil. (E2)

A dificuldade que eu identifico, é assim, a gente não ter um ambiente com uma ambiência adequada, um ambiente mais confortável, onde o paciente vai ter que ficar deitado um tanto mais. As nossas macas são estreitas, desconfortáveis, a gente tenta adequar mas a gente sabe que não é o ideal. A falta também de aporte de materiais necessários né [...] Os materiais eu compro, eu uso os meus materiais. Eu compro as agulhas, porque o serviço não dá, não tem material, a gente não tem material. Então por isso a gente não pode ampliar muito né. A gente seleciona alguns pacientes que tem uma necessidade um pouco maior [...] Porque a gente não tem assim, não temos material, verba pra um atendimento mais amplo tá. Então também vai depender do quanto que a gente vai querer doar né, do quanto os profissionais vão querer doar. E às vezes a gente tem umas coisas interessantes (risonha) assim né... que o profissional ele, outro colega diz: pra ti atender o paciente, assim e coisa e tal, eu levo as agulhas. Então, assim, os profissionais também fazem um investimento nos seus pacientes, outros profissionais, outros colegas né.. Porque veem o benefício, veem a melhora dos pacientes e então eles também se oferecem para comprar as agulhas né. (E3)

[...] o serviço na época ele perguntou o que a gente precisava, mas nunca, olha, nunca vi nada dizendo que mandaria material. É o meu próprio material, a minha colega também, acho que utiliza o próprio material dela. Porque no caso na auriculoterapia, ela é uma placa que tu compra com as sementes e tu passa o micropore ou esparadrapo ou aquele colante que tu quiser né, geralmente é o micropore. Eu comprei um outro na farmácia que era da cor da pele, também, mas daí foi por minha vontade mesmo. [...] O serviço em algum momento, acho, olha faz quase uns dois

anos... ele questionou, perguntou, perguntou quem trabalhava com PICs nas unidades, a gente escreveu auriculoterapia, perguntou algumas coisas e não veio mais nada. E eu acho que culminou também com essa questão da pandemia né. (E4)

Observa-se que o espaço físico, e uma ambiência adequada, são importantes para que o usuário se sinta acolhido pelos profissionais e possa fazer uso dessas práticas de maneira adequada e ampliada, explorando ao máximo as suas potencialidades. Azevedo et al (2019) corroboram com este aspecto relatando que um dos desafios para a implantação das PICs na rede pública, é a falta de espaço adequado nas unidades básicas de saúde para a inserção de novas práticas e procedimentos.

Acredita-se que essas questões são de responsabilidade da gestão da instituição, e não somente dos profissionais como exposto nas falas acima, visto que essas práticas são ofertadas de maneira institucional, apesar de existir alguns emaranhados nesta caminhada em busca do apoio da gestão, como é evidenciado no depoimento a seguir:

[...]A gente tá tentando construir uma portaria (instrumento normativo), que seria o que instituiria de fato as PICs no (citou instituição de trabalho), mas essa portaria não foi feita, tiveram alguns atravessamentos aí no meio e acabou não saindo. Mas que seria de fato o que nos garantiria. [...] Mas instituídas estão, a gerência sabe que a gente faz, sabe que a gente tem todo um nome aí no mercado de PICs. Pessoal das universidades às vezes nos ligam, pedem pra ir lá falar, a gente tem uma circulação em relação as PICs do (citou instituição de trabalho) e a gente tem todo um trabalho constituído, mas esse trabalho, vou te dizer que é graças as pessoas que amam as PICs, que fazem aqui na base, assim, que suam lá e que dão o seu melhor pra manter, pra incentivar, mas instituído tá porque a gerência sabe que a gente tá fazendo, tá tudo escrito, a gente tem tudo documentadinho, a gente tem tudo que a gente faz aqui, as atas e tudo, mas falta ainda trajetória pra essa instituição ficar sólida. É porque é um tempo... porque é um grupo de trabalho por três, quatro anos fazendo uma coisa que diz que é verdade aquilo e aquilo se torna verdade, entendeu... mas se tu for olhar a papelada toda... não tudo bem a gerência tá sabendo, mas não um documento como uma portaria que diz “institui-se a portaria de política no (citou instituição de trabalho).” [...] Isso é importante pra nós também, a gente tá aí na tentativa. (E2)

É perceptível que há lacunas de comprometimento e responsabilidade da gestão institucional em apoiar a utilização dessas práticas, sendo que isto, pode vir a refletir no processo de trabalho desses profissionais e consequente no atendimento integral e longitudinal preconizado pelo SUS e pela PNPIC. Observa-se ainda na fala acima, que seria importante para os profissionais, que essa prática fosse legitimada em âmbito institucional, acredita-se que um ato normativo traria reconhecimento e maior incentivo aos trabalhadores a respeito das atividades por eles realizadas.

Apesar de ocorrer essas lacunas no nível de gestão, salienta-se que há sensibilização por parte dos gestores em reconhecerem essas práticas e permitirem a sua utilização nos serviços de saúde da instituição, sendo inclusive referência para universidades e profissionais de saúde

de outras instituições. Acredita-se que os serviços de saúde dessa instituição, que os enfermeiros fazem parte e que utilizam essas práticas como recurso terapêutico, poderiam realizar cooperações com o intuito de consolidar no âmbito dessas instituições, tanto no campo assistencial e formativo.

Contudo, esses trabalhadores organizaram um Grupo de Trabalho (GT) com a finalidade de apoiar ações que envolvem as PICs, principalmente de ordem institucional, como sinalizado pelas entrevistadas:

[...] o GT tava lutando assim pra conseguir padronizar, a gente quase conseguiu padronizar uma série de materiais, como as agulhas pra quem faz acupuntura, que daí eu acho que tem um custo maior né, pra quem faz acupuntura nas unidades. Mas mudou gerência, mudou governo, aí se parou tudo, a gente não pode tocar. A gente já tinha conseguido até catalogar código e tudo para as compras, inclusive com alguns óleos essenciais. O pessoal que trabalha no C.O, uso muito óleo essencial, as gurias tem formação em aromaterapia, né, lá no centro obstétrico elas usam muito... também, que é um material bem mais caro, daí a gente já tinha listado tudo, o pessoal usava, pra poder pedir da mesma forma, mas daí mudou gerência, mudou governo e mandaram parar tudo e a gente não conseguiu tocar. (E1)

A gente tentou fazer um pedido grande de material, daí a direção parou todo pedido, chamou lá, perguntou o que que a gente tava pensando, pra que a gente queria toda aquele material, tudo aquilo... daí foi uma função [...] A gente tentou fazer de uma maneira estruturada, organizada pra todos os serviços de saúde comunitária [...] tivemos um super trabalho, daí parou tudo lá... a direção, já gerou um questionamento de qual era o conselho que deixava não sei quem fazer o que, como é que isso tava sendo feito, [...]. Então entra várias questões aí, entra a questão de o quanto a instituição quer, e aqui a gente muda muito né, a gente muito a direção e a gerência, a cada mudança de presidente muda tudo né, porque é tudo cargo político né. Então tem uma ideia, viver numa instituição que é cargo político né. Superintendente é cargo político, o diretor é cargo político, é tudo cargo político, então quer dizer... dependendo de quem tá "cada cabeça uma sentença", então quando a coisa tá indo pra frente, muda a direção, muda tudo de novo. É um eterno recomeçar. Eu acredito muito na micropolítica, fazer coisas pela base, tentando fazer o que dá né. Mas é difícil, acho que consegui material é um dos maiores desafios que eu vejo. (E2)

[...] Acho que é importante ver também o que eu percebi, assim, nesses últimos quatro anos depois que a gente teve o grupo das PICs, cresceu bastante a nossa força enquanto grupo, enquanto coletivo. Acho que não dá pra fazer isso sozinho né, as PICs, elas tem que ter uma estratégia da gente tá trabalhando num coletivo pra dar mais força, né, isso é importante. (E2)

Considerando as falas anteriores, percebe-se que um dos embates para a consolidação das PICs na instituição se refere a questão de modificação dos cargos diretivos da gestão, dificultando assim no processo de trabalho desses profissionais, pois a cada mudança de gestão os trâmites de organização dos processos relacionados às PICs são revistos.

Sendo assim, no sentido de auxiliar e orientar profissionais e gestores na incorporação ou até mesmo na consolidação dessas práticas nos serviços de saúde, pesquisadores apresentam

um método de implantação e promoção de acesso às PICs na APS, baseado em experiências prévias, constituído de quatro fases sequenciais (SANTOS; TESSER, 2012). A Primeira fase define as pessoas responsáveis, que irão conduzir esse processo, preferencialmente constituídos por diferentes núcleos profissionais e que estes possuam experiência em PICs. Na Segunda fase é realizada uma análise situacional, em que esses profissionais, atuantes ou não, são mapeados e recrutados para que, por meio de discussões de implantação e acesso, realizem um levantamento sobre questões que dificultam o acesso às PICs, quais seriam as melhores estratégias de organização das ações e o fluxo de atendimento dos serviços e também sobre a formalização das ações desenvolvidas. A terceira fase é representada pela regulamentação, onde é estipulado as normas e adaptações necessárias para a utilização das PICs de acordo com os princípios da PNPIC, e por último, a quarta fase, é que acontece a implantação de forma intermitente e de acordo com a capacidade produtiva dos profissionais responsáveis pelo processo.

Quando não há apoio institucional em relação aplicabilidade e inserção das PICs é necessário dispor de um turno específico para tal prática e também deve haver a incorporação das PICs nas outras atividades desenvolvidas e associar ambas as formas. Pode-se também, realizar seminários com os gestores e representantes da sociedade a fim de problematizar e compreender as dificuldades relacionadas à promoção do acesso e implantação das PICs. Sendo que assim é possível elaborar uma síntese da análise situacional das PICs na instituição ou no município (SANTOS; TESSER, 2012)

Desse modo, o GT pode se configurar como um espaço de enfrentamento para as situações vivenciadas pelos entrevistados, uma vez que esse grupo pode ser visto como uma oportunidade para socializar ou construir conhecimentos, experiências, onde há discussões a fim de gerar enriquecimento para a temática em estudo e também se consolidar como um espaço de discussão sobre a incorporação e aplicabilidade das PICs na instituição. O mesmo ainda pode ser entendido como um exemplo de trabalho coletivo e dinâmico, por agregar participantes ativos e implicados com as PICs.

Nesse sentido, o GT em PICs se revela como uma instância que além de realizar a proposição de estratégias de consolidação e ampliação das PICs na instituição, serve também como grupo organizado para defender esses interesses junto à gestão institucional, além de fomentar debates em relação a temática com o intuito de promover a educação continuada em PICs, como relatado pelas participantes:

[...] grupo de trabalho, que trabalham mais a questão de gestão e educação continuada em PICs. Nos grupos a gente tem um ciclo de palestras, então sempre a gente gosta que a educação continuada, que é para os trabalhadores né, então sempre que a gente começa um ciclo... nos primeiros anos a gente conseguiu fazer um por mês, a gente oferece pra todos os trabalhadores do grupo. Então a gente sempre começa falando da política e depois entra na prática que a gente vai apresentar naquele estudo. [...] uma das atividades que a gente tentou fazer, a gente tentou mapear que unidades faziam, oferecer curso, formação que não rolou muito. Mas o que a gente conseguiu manter, mais legal, ao meu ver, de prática mesmo é o círculo de palestras. Então por alguns anos era mensal, a gente tem uma carga horária que precisa fazer por ano, os trabalhadores. É um trabalho atualmente de resistência assim, a gente já não pode mais fazer um vez por mês. [...] A gente teve liberação pra fazer, agora não lembro, se eram seis, sei que era a cada dois meses. (E1)

[...] eu acho que a gente poderia investir mais e oferecer formação para as pessoas que tenham o interessante mas não possibilidade pra pagar um curso caro e poder fazer no sus. [...] o (citou instituição de trabalho) oferece uma série de cursos, cursos técnicos e a gente tinha um projeto pra 2020 que era iniciar uma pós-graduação em PICs, só que a pandemia acabou com nossos sonhos né (risos). [...] a gente tinha o grupo com a técnica em educação, já tava autorizada nas 2 gerências, que a gente tava ali pesquisando como são as outras pós em PICs pra gente ver que formato a gente daria, então seria uma possibilidade de também os colegas que atuam, que queiram poder fazer uma formação né. Ai a gente, com a função da pandemia, teve que parar, mas a gente tem a ideia de oferecer um curso pelo (citou instituição de trabalho) em nível de pós-graduação em PICs. Por que um desafio que eu vejo hoje, assim, por exemplo, que é uma discussão que a gente tem feito que é a validação do certificado. (E1)

[...]a gente tem um grupo bem forte de práticas integrativas aqui com pessoas de outros setores, já tá quatro anos. A gente faz eventos, faz palestras, faz várias coisas, e como grupo a gente sustentou melhor. (E2)

[...] Eu acho que a gente deveria ter até mais treinamento em relação a isso, deveria ter mais conhecimento prático e realmente ser bastante incentivado né. (E4)

Através das falas acima é possível inferir que existe nesse grupo um movimento para ampliar o conhecimento em PICs na instituição, com intuito de capacitar/qualificar os trabalhadores de saúde. Sendo que para eles, isto teria melhores resultados por meio de diferentes estratégias de formação e capacitação profissional, tais como palestras, educação continuada, cursos de formação, inclusive especializações na área.

De acordo com Tesser et al (2018) a inadequada ou insuficiente capacitação dos profissionais em relação às PICs ofertadas é um dos dilemas enfrentados para a ampliação dessas práticas no SUS.

Para Antunes (2013, p. 325) a educação dos trabalhadores da saúde é:

Uma área que requer empenho para o aprimoramento de métodos educativos que atinjam com eficácia a equipe multiprofissional. Para promover o desenvolvimento do processo de trabalho é preciso criar estratégias de educação que encorajem a participação dos trabalhadores da área da saúde e assim possibilitem a capacitação profissional.

Desta forma, pode-se afirmar que um método que pode vir a colaborar nesse processo de formação, é a educação continuada. O mesmo autor afirma que a educação continuada deve considerar a vivência do cotidiano laboral do profissional, onde a valorização desse saber aponta a realidade do serviço, a exposição das necessidades e problemas, acarretando assim, na troca de experiências e nova prática do saber, a partir do pensamento crítico gerado por esse processo.

A educação continuada pode ser considerada como um processo educativo, formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de superação pessoal e profissional que poderá ocorrer individualmente ou coletivamente com a finalidade de qualificação, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações positivas, produtivas e criativas entre os sujeitos envolvidos (BACKES et al., 2002).

Para a aplicabilidade dessas práticas terapêuticas no SUS é necessário que os cursos de formação em PICs estejam em sintonia com a proposta do sistema, ou seja, é essencial que os coordenadores e idealizadores dos cursos de formação dessa temática se disponibilizem ao diálogo com os princípios e diretrizes da Saúde Coletiva e da Promoção da Saúde, de maneira que tal aproximação afaste o risco das PICs assumirem o mesmo formato curativista que predomina no modelo hegemônico (AZEVEDO; PELICIONI, 2011).

Nesse sentido, para que pudesse haver uma ampliação, relacionada a adequada aplicação das PICs, faz-se necessário a expansão dos cursos de formação para esses profissionais que buscam atuar com essas práticas, e/ou ampliação dos currículos de graduação para que os futuros profissionais possam oferecer em seus atendimentos outras opções na assistência à saúde.

Nascimento et al. (2018) defende que a educação de profissionais de saúde integre conteúdos de PICs, com o objetivo de oferecer um conjunto de perspectivas críticas de modelos terapêuticos e permita que estudantes e praticantes utilizem diferentes paradigmas em saúde para lidar com os processos de adoecimento que afetam a população.

Os cursos de pós-graduação, como citado pela participante, também são opções para se qualificar na área. Em estudo realizado por Nascimento et al. (2018) para averiguar a oferta de disciplinas e cursos em PICs, em nível de graduação e pós-graduação, contemplando cursos da área da saúde em 06 Instituições Ensino Superior públicas no Estado do Rio de Janeiro, observou-se que 46 disciplinas que contemplam as PICs. Destas, 39 (85%) estão vinculadas à graduação e 7 (15%) à pós-graduação. Além destas disciplinas, registraram-se três cursos de especialização *lato sensu*, cinco projetos de extensão universitária e duas ligas acadêmicas, que juntos constituem um conjunto de 56 unidades de ensino voltadas às PICs, a grande maioria

com abordagem exclusiva do tema. Sendo que o estudo mostra 17 disciplinas obrigatórias em PICs, o que representa 37% do total ofertado; 19 disciplinas optativas (41%) e 10 eletivas (22%). Isso significa um total de 63% das disciplinas em PICs ofertadas em formato opcional. Confronto essa realidade, estudo realizado por Salles; Homo; Silva (2014) indicou que 26,1% das IES públicas brasileiras oferecem disciplinas relacionadas às PICs.

Desta forma, acredita-se que ainda há carência de estudos relacionados a inserção de PICs em cursos de graduação e pós-graduação em nosso país, para que possamos ter uma precisão de como essas práticas estão sendo introduzidas nos currículos das IES. Há de se destacar que a forma como é distribuída essas disciplinas em cursos de graduação, por exemplo, também afeta a formação nessas práticas. Visto que podem haver disciplinas somente com intuito de informar o aluno a respeito das PICs e aquelas que são formativas, como evidenciado neste estudo onde as disciplinas que integram as PICs nas IES são em sua maioria (67%), informativas e (33%) são disciplinas formativas, que habilitam o aluno para o exercício prático em PICs, constatou-se que estas disciplinas estão presentes nos cursos de Farmácia, Terapia Ocupacional, Medicina, Medicina Veterinária e Enfermagem (NASCIMENTO et al., 2018).

Salienta-se que pode ocorrer nas instituições de ensino, como visto na pesquisa acima, uma oferta maior de disciplinas informativas, visto que em algumas PICs o processo de aprendizagem e formação é complexo, exigindo mais tempo na qualificação profissional, como é o caso da acupuntura.

Por isso é necessário ter um ponderação no que diz respeito a formação desses profissionais, tendo em vista a eficácia e segurança no atendimento aos usuários.

Considerando o estudo e a reflexão apresentada anteriormente, sobre a inserção das PICs nos currículos, é possível reconhecer que as universidades aos poucos, estão abrindo espaço às PICs em seus projetos político- pedagógicos.

É relevante mencionar, também, que a Coordenação Nacional de PICs oferece formações através de ambiente virtual, na plataforma Avasus, onde contém diversos cursos com o intuito de informar, capacitar, orientar sobre a temática, sendo que esses cursos também possibilitam a interação e troca de experiências entre os profissionais envolvidos com as PICs. Porém cabe discutir a respeito se estas formações são reconhecidas pelos conselhos das classes profissionais.

As PICs possuem conhecimentos diversificados enquanto dispositivo terapêutico, portanto é fundamental que, as formações dos profissionais de saúde estejam coerentes com essa pluralidade de saberes.

Contudo, é perceptível que a utilização das PICs no processo de trabalho dos profissionais requer trabalho em equipe, há necessidade de comunicação, articulação e esclarecimentos sobre a funcionalidade dessas práticas a fim de viabilizar os encaminhamentos dos usuários para a terapêutica. Evidencia-se também a necessidade de insumos, estrutura física adequada e capacitação dos profissionais para sua aplicabilidade.

Entretanto, ainda que existam essas dificuldades, o GT configura-se como um espaço possível de diálogo, construção de conhecimento, de fomento aos debates com o intuito de promover a educação continuada em PICs e é também um espaço de enfrentamento das situações vivenciadas pelas participantes.

5.2 Promoção da saúde mental: aspectos para uma clínica ampliada

A concepção de Promoção da saúde é uma temática relevante e de conceito amplo, mas que tem como convergência a busca do bem-estar global. A sua conceituação vem sendo elaborada ao longo dos anos por diferentes autores e instituições, como por exemplo, Dina Czeresnia e Paulo Buss, a OMS, entre outros, relacionando-a a diversos princípios, recursos, atividades e valores.

Cabe destacar que a promoção da saúde é referenciada pela Carta de Ottawa como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19). Portanto, a promoção da saúde visa proporcionar oportunidades igualitárias e meios que concedam às pessoas alcançarem seu potencial de saúde e desenvolverem habilidades pessoais; com isso, promover saúde requer a implicação de diversos setores para além da saúde, ou seja, desenvolver ações intersetoriais direcionadas à melhoria da qualidade de vida das populações, integrando componentes físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2008).

Nesse sentido, a promoção da saúde abrange o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde indo muito além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e seus mecanismos de controle (CZERESNIA, 2008).

Por sua vez, esta referência em promoção da saúde relaciona-se ao conceito de clínica ampliada, visto que a formulação do conceito de Clínica Ampliada, deve se apoiar em deslocar a ênfase da doença para o Sujeito concreto, no caso, um “Sujeito que apresente alguma enfermidade”, denominando esta como “Clínica do Sujeito”. Deste modo, a doença em si dá

lugar a expressão do sujeito social, concreto, em sua subjetividade (CAMPOS, 2003). Em outras palavras, a doença deve ser colocada em parênteses, sendo necessário ampliar o olhar sobre o sujeito, para além do aspecto clínico (sinais e sintomas de uma doença). O foco do cuidado e do trabalho em saúde passa a ser a pessoa e não a doença, enfim, deve-se enfatizar a experiência vivida pelos sujeitos, não os reduzindo a meros conjunto de sintomas de alguma doença (AMARANTE, 2011). Observa-se que a doença, nesse sentido, dá lugar a expressão da personalidade, do corpo, e sobretudo do Ser do sujeito que apresenta alguma necessidade de saúde, que não se traduz a uma doença em si.

Este processo de redirecionar o foco da produção do cuidado, exige a reflexão de saberes e práticas, que deve favorecer a promoção de autonomia e construção da cidadania dos sujeitos. Na saúde mental, isto é expresso através da atenção psicossocial e suas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, a qual favorece a pluralidade de ações e modelos de subjetividade, por meio dos quais os sujeitos pensam, sentem, se expressam e protagonizam suas histórias de vida (VASCONCELOS et al., 2016; AMARANTE, 2011), sendo que as ações pautadas na atenção psicossocial remetem para a integralidade do sujeito (biopsicossocial) e do cuidado.

Nessa perspectiva, as práticas em saúde (mental) devem produzir a continuidade da vida do usuário, reconstrução da cidadania, de entendimento, bem como legitimar seus direitos, da possibilidade de vê-los reconhecidos, e a capacidade de exercê-los. Tornam-se necessárias portanto, ações em saúde que considerem o território, as práticas interdisciplinares e a defesa da cidadania dos usuários dos serviços, estejam fundamentadas na clínica ampliada. (VASCONCELOS et al., 2016).

Dessa forma, a ideia da transformação do modelo de atenção à saúde mental não se limita a mudança de propostas terapêuticas. Fazer clínica, nessa perspectiva, é ampliar a atuação num contexto criativo, interventivo e reflexivo, sendo que os desafios na operacionalização do cuidado em saúde mental compreendem modificações para além da dimensão técnico-assistencial, incluindo as dimensões epistemológica, jurídico-políticas e socioculturais, numa experiência participativa, territorializada, integral e interdisciplinar. A (re) estruturação do modelo de atenção à saúde mental é um processo social complexo, que requer participação social, revisão epistemológica de concepções da assistência e mudança na subjetividade dos trabalhadores, com a finalidade de consolidar novas práticas de cuidado, relacionadas a outros processos de transformação (VASCONCELOS et al., 2016).

Assim a clínica, nessa perspectiva se abre para outras práticas de cuidado, para outras ações em saúde, que integram em seu fazer movimentos de cuidado individual, e também

coletivo, que visa superar a fragmentação do cuidado e do ser humano e dar espaço para a subjetividade e potencialidades dos sujeitos. A partir desse movimento pode-se entender uma aproximação relevante nesta relação entre as PICs com o conceito da clínica ampliada, entendida neste estudo como uma alternativa de promoção da saúde mental.

Essas práticas podem se tornar um espaço para a diversidade da atenção à saúde e cuidado, podendo se configurar como uma potencialidade terapêutica, um novo significado para o cuidado e de promoção da saúde mental na perspectiva da integralidade. As PICs também podem auxiliar na relação terapêutica entre profissional e usuário, construindo relações horizontais convergindo para uma melhor comunicação e interação entre ambos.

É possível afirmar que esses recursos terapêuticos promovem o resgate do sujeito em sofrimento psíquico a partir da sua singularidade. O sujeito quando estimulado a utilizar essas práticas ele pode vir a desenvolver autoconhecimento, autonomia e autocuidado com enfoque na promoção e manutenção da sua saúde (mental) e assim lidar de forma mais adequada com suas dificuldades e necessidades.

Considerando que esses aspectos poderão ser desenvolvidos pelos sujeitos, podemos nos reportar a autonomia. A autonomia é bastante enfatizada na formulação das políticas públicas brasileiras. A Política Nacional de Promoção da Saúde, por exemplo, traz a questão de ampliação de autonomia de indivíduos e coletividades em seus objetivos (BRASIL, 2006a). A Política Nacional de Atenção Básica também se refere a autonomia, propondo que ocorra estratégias que impactem na autonomia dos indivíduos e minimizem as desigualdades (BRASIL, 2017b).

Da mesma forma, a PNPIC visa a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, o estabelecimento de vínculos e a construção de redes de cooperação. Apesar da atuação das PICs para promoção de saúde seja geralmente realizada no âmbito individual, esta ação quando oferecida em grupos, favorece as interações sociais e a cooperação, podendo fomentar um empoderamento coletivo (TESSER, 2009).

As PICs contribuem para a promoção da autonomia dos usuários, pois possibilitam que o leque de escolhas seja ampliado, aumentam o grau de corresponsabilização do sujeito em relação a sua saúde, qualificam a relação profissional-usuário, transmitem conhecimentos sobre fatores que incidem no modo de vida e saberes relacionados ao autocuidado, incentivam a prática pessoal e independente, desencadeiam mudanças de hábitos e, melhoram as condições físico e psíquica, aperfeiçoando assim a capacidade reflexiva (FERRAZ et al., 2020).

[...] as práticas integrativas, elas têm essa função de desenvolver a autonomia dos sujeitos, de empoderar os sujeitos, de equilibrar as pessoas nas suas demandas. [...] Eu vejo muita ligação com a promoção da saúde, hoje a gente vive uma demanda muito grande das questões de saúde mental, sem dúvida eu percebo o quanto as pessoas que seguem por uma prática que prevê o autoconhecimento, que prevê também que recursos internos essa pessoa tem, pra gente poder potencializar e ela se perceber enquanto sujeito atuante, mesmo que tenha diagnósticos bem restritivos da sua condição de saúde mental, por exemplo, elas podem ter uma vida mais saudável na sua família, na sociedade onde estão inseridas né. (E1)

As PICs favorecem para que o usuário tenha maior poder nas decisões terapêuticas, e isto significa respeitar a autonomia do usuário, é dar a ele voz e liberdade de escolha de quais recursos terapêuticos, junto aos profissionais, que vão ao encontro das suas necessidades e demandas. A autonomia deve ser um processo dinâmico entre usuários e profissionais da saúde e deve ser um princípio valorizado nas práticas em saúde, e como refere Mehry; Franco (2012) a produção da autonomia se dá nas relações, no trabalho vivo (trabalho humano que é produzido e consumido no encontro e ato, entre trabalhador de saúde e usuário, o qual produz cuidado).

Essa reflexão fica evidenciada em um estudo que através da aplicabilidade das PICs, percebeu-se em usuários de um serviço de saúde mental mudanças comportamentais, emocionais e físicas acarretando tranquilidade, redução da ansiedade e de sintomas depressivos, sensação de bem-estar, melhora da consciência corporal e de sintomas psicóticos (TAKETA, 2014). Ou seja, este estudo corrobora com a fala da participante, visto que, apesar de às vezes existirem situações complexas (por exemplo: diagnósticos psiquiátricos graves), é possível a partir dessas práticas potencializar o sujeito através de seus recursos internos, e exprimir que ele é um sujeito atuante no processo de cuidado promovendo assim uma vida mais saudável diante da família e também da sociedade.

Percebe-se que ao promover o desenvolvimento de autonomia está se produzindo promoção de saúde (mental) por meio de ações que estimulam as potencialidades do indivíduo a fim de fortalecer seus aspectos saudáveis, sendo que isto está relacionado aos pressupostos das PICs.

E da mesma forma que as PICs possuem potencial para desenvolver a autonomia, elas podem se tornar potencializadoras de autocuidado e autoconhecimento, como destaca-se nas falas a seguir:

[...] pode ajudar a melhorar o autocuidado, acho que reduzir danos também, no sentido de que, melhora a socialização, a consciência sobre seu cuidado sobre seu corpo, de melhorar também essa percepção do processo saúde-doença, de poder refletir um pouco o que é essa doença, o que é essa condição na minha vida, seja um estresse, seja uma questão que a pessoa tá enfrentando, uma questão mais estressora da vida. [...] eu penso que os benefícios são de várias ordens, seja pra melhorar o afeto, melhorar o autocuidado, melhorar o autocontrole de algumas condições (E1)

Acho que a partir de uma promoção de autoconhecimento, porque a pessoa começa a se olhar mais, começa a se ver mais, começa a ver como está o estado dela. Por que às vezes a pessoas está num estado tão mal que ela não consegue nem se ver. Acho que esta questão da pessoa ter uma auto percepção melhor, acho que é uma coisa importante. Quando ela está mais tranquila, mais calma, ela consegue se ver naquele estado e ela consegue ver como ela estava antes. Então nessa comparação, ela consegue ter essa dimensão que pode ser diferente (E2)

[...]é interessante a pessoa partir para esse autocuidado sabe? Todo esse estímulo que essa pessoa se toma do seu cuidado, de buscar a sua cura, eu acho que isso é um dos retornos muito bons das práticas integrativas. [...] no momento assim oh, em que tu faz essa outra abordagem tu também faz que a pessoa tome consciência de muitos comportamentos que ela tem. De muitos padrões que ela tem[...]ajudar a recuperar algumas questões de trauma, algumas questões de pensamentos obsessivos né, então tu tem uma riqueza que tu consegue trabalhar e daí tu consegue fazer com que essa pessoa se olhe de uma outra forma e ela também comece a buscar alternativas e a buscar uma vida mais saudável. [...] é uma riqueza assim, que ajuda realmente com que a pessoa tenha um olhar pra si diferente, e a partir desse olhar a promoção da saúde né, então eu acho bem interessante e eu acho que a relação é bem íntima (E3)

Percebe-se que essas práticas, ao se tornarem ferramentas de autocuidado e autoconhecimento, podem proporcionar modificação de comportamento dos indivíduos, auxiliando-os na tomada de consciência sobre si e assim possibilitando a superação de traumas, pensamentos obsessivos, e de melhorar o afeto e adquirir autocontrole. A partir disso, abre-se possibilidades do indivíduo buscar outras alternativas para conduzir sua vida de maneira mais saudável.

Desde a Carta de Ottawa o autocuidado, junto com o apoio social e o ambiente saudável, passou a ser considerado uma das diretrizes para a promoção da saúde.

O autocuidado é uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem, por si sós, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. Permite à pessoa observar-se, reconhecer sintomas e demandas de qualquer ordem e assim escolher estratégias apropriadas, minimizando-os e maximizando a saúde (SIDANI, 2011). Assim, o autocuidado integra a capacidade de cuidar de si próprio, e também desempenhar atividades indispensáveis para alcançar, manter ou promover saúde (RICHARD; SHEA, 2011).

As PICs configuram-se como tecnologia para o cuidado e autocuidado que possuem grande potencial para reorientação do modo de realizar o cuidado, um campo de autoconhecimento e promotora de troca de saberes (TESSER; SOUSA, 2012).

Essas práticas podem colaborar em variados aspectos, sejam estes de razão clínica (dores agudas ou crônicas, níveis pressóricos, glicêmicos) ou psíquica (ansiedade, estresse), oferecendo a oportunidade de reflexão sobre si mesmo e de ressignificação de questões ou estados que venham gerar sofrimento para os indivíduos. A partir disso, proporcionar clareza e estímulo para a manutenção da saúde mental através do autocuidado. Para Luz (2005), o

indivíduo passa a depender menos de medicamentos e de médicos, tornando-se um agente de cura de si mesmo.

Trata-se, portanto, de estimular no sujeito a capacidade e a necessidade de autoconhecimento para melhor conduzir sua vida. O autoconhecimento faz com que o ser humano tenha capacidade de controlar suas emoções e refletir sobre seus hábitos, possibilitando uma sensação de bem-estar e de resoluções para as suas demandas.

O autoconhecimento é essencial para que o sujeito enfrente os desafios da realidade que o cerca, e construa uma capacidade de entendimento crítico para enfrentar e analisar tudo que se passa consigo. Conhecer a si, pode-se dizer que significa empoderar-se, ter autonomia, poder se decisão e ação, e a partir desse movimento, criar trajetórias potencializadoras de vida.

Essas práticas ainda, como é observado nas das falas das profissionais, compreendem a integralidade da relação saúde-doença, pois trazem uma perspectiva holística e podem ser ferramentas para promover saúde, pois ressignificam o processo saúde-doença (BRASIL, 2006b).

Contudo, para que possamos desenvolver esses princípios a partir da utilização das PICs, é necessário a produção do vínculo terapêutico, sendo que estas têm o propósito de auxiliar na construção desse vínculo e isto é visto nos depoimentos abaixo:

[...] acho que ajuda muito no vínculo, vejo que essa questão de trabalhar com as práticas integrativas, depois tu vai apresentando e pessoa ela vai vendo que aquilo traz benefício, ela vai se vinculando mais contigo e o vínculo vai ficando mais íntimo também. (E2)

Primeiro, ela pode ter um maior vínculo com o profissional da saúde, eu acredito que sim. A segunda é que daí talvez, com essa questão do vínculo, ela vai ter uma escuta melhor, vai poder conversar sobre suas questões naquele momento e isso vai junto com as ferramentas que vai ter pra utilizar, vão potencializar a saúde mental dela, eu acredito que sim. (E4)

A palavra vínculo é de origem latina e significa algo que ata ou liga pessoas, configura-se como interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromisso dos profissionais com os usuários e também desses para com os profissionais (CAMPOS, 2002).

O vínculo pode ser um dispositivo que possibilita as trocas de saberes, o científico e o empírico, o técnico e o popular, o objetivo e o subjetivo, favorecendo práticas terapêuticas que visam a singularidade de cada indivíduo e cada coletivo a partir da integralidade da atenção (SANTOS, 2008). O vínculo assim como a autonomia, são bastante relevantes no cuidado ao sujeito.

Na saúde mental, bem como em toda relação entre equipe e usuário, estabelecer vínculo é ponto de partida para a expressão livre e garantia de direitos dos cidadãos. A construção de vínculo requer sensibilidade com o sofrimento, interação e confiança, isto porque compõem um relacionamento interpessoal positivo que facilita abertura à experiência, estabelecendo a prática de cuidado integral. A produção de vínculo é consonante a atitudes de não julgamento, de demonstração de carinho, de abertura para escutá-los, de cuidado. No campo da saúde mental, é relevante a cumplicidade, a solidariedade e o fortalecimento do vínculo, sendo que o relacionamento interpessoal é facilitado quando o profissional privilegia a formação de vínculo com o usuário a partir de uma conduta que favoreça confiança, aceitação e cuidado (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Percebe-se através das falas, que as PICs são facilitadores na questão da construção do vínculo profissional-usuário e vice-versa, além disso, acredita-se que a partir do vínculo é possível existir uma escuta qualificada, onde há um interesse e respeito pelo outro, buscando compreender o outro. É visto que essas ferramentas configuram-se como tecnologias que potencializam o cuidado à saúde, mais especificamente a saúde mental, representam possibilidades de construir um novo modelo em saúde.

Portanto, o vínculo é fundamental nos serviços de saúde, pois possibilita que o usuário exerça seu papel de cidadão, conferindo-lhe maior autonomia no que diz respeito a sua saúde, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolha respeitados, e também permite que o profissional possa conhecer o usuário para que o mesmo a partir dessa inter-relação colabore com a promoção e manutenção de sua saúde (MONTEIRO, 2009).

Quando conseguimos atrelar todos esses instrumentos de cuidado, estamos pensando na integralidade da atenção à saúde, que por sua vez, nos faz pensar e compreender o ser humano como ser integral, constituído de diversas dimensões: mental, emocional, físico, social e espiritual.

A integralidade é um dos princípios do SUS e está baseada em ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde. A integralidade permite a percepção holística do sujeito e considera o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental onde ele está inserido (SOUZA, 2012). Essa perspectiva corrobora com a visão ampliada que os profissionais entrevistados têm das PICs enquanto estratégia terapêutica de cuidado com vistas à integralidade da atenção à saúde. Isto é demonstrado nas falas a seguir:

[...] a prática integrativa ela trata tudo, toda dimensão, físico, espiritual e psíquico, então acho que é essa dimensão de tratamento das PICs é muito abrangente. [...] é uma visão que também, não faz essa dicotomia corpo e mente. (E2)

[...] os usuários que a gente começa a tratar eles já estão em outros tratamentos e esses outros tratamentos já não responderam, pelo menos assim, não responderam tanto quanto o próprio usuário gostaria e como a Medicina Tradicional Chinesa não é só acupuntura né, tu vai tratar muito mais pra além disto, tu vai tratar a questão energética daquele ser e tu também vai tratar com dietoterapia, tu vai tratar com fitoterapia, então tu vai usar muitos complementos né, terapêuticos, uma escuta diferenciada e também o próprio entendimento daquela pessoa sobre si, sobre sua condição (E3)

[...] as práticas integrativas favoreceriam é porque eu acho que vai ter uma proximidade maior com aquela pessoa, de uma maneira mais integral né. É que é um ser inteiro ele não é um pedaço, ele tem um pedaço com dor, mas a ideia é a gente ver ele inteiro, então naquele momento que eu consigo ver aquela pessoa inteira eu consigo ver: “oh tu tá com dor aqui, mas perai um pouquinho, né”. [...] acho que essa construção já foi mais forte um tempo atrás, essa construção da gente procurar ver o paciente como um todo, assim, inteiro né. [...] E eu acho assim, toda a vez que eu pegar uma pessoa e eu entender que ela é uma pessoa integral eu estou trabalhando saúde mental, eu estou trabalhando aquela pessoa na sua integralidade. (E4)

Percebe-se na fala da participante E4 que a questão de ver o ser humano de maneira integral já esteve mais sólida anteriormente. Sabe-se que este é um desafio, reconhecer e lidar com diferentes entendimentos e saberes, diversidade de demandas e pluralismo de sujeitos, requer que se abra mão de modelos pré-estabelecidos, é necessário se abrir para novos olhares e novos caminhos para a integralidade da atenção à saúde.

Como é exposto no depoimento a seguir:

[...] tu tá aberto, respeitar o outro, dentro da crença do outro, mas ao mesmo tempo entender que uma outra dimensão em nós, que é essa dimensão espiritual. Acho que isso é bem fundamental, dentro das PICs isso, necessariamente, pra mim, é o que eu vejo de benefício também, essa conexão. A pessoa vai fazer uma prática de yoga, quando ela termina ela vê que tem uma conexão diferente ali, acalmou as atividades mentais e ela consegue ter contato com uma outra coisa que talvez ela não tivesse tido antes, uma outra dimensão dela, no sentido de relaxamento, de apaziguamento da mente, na questão do sofrimento. (E2)

Observa-se através deste depoimento que para a entrevistada, essas práticas possibilitam se conectar com a espiritualidade do Ser.

Essa relação pode ser evidenciada por uma pesquisa realizada no Centro de Apoio ao Paciente com Câncer (CAPC) na cidade de Florianópolis (SC), que investigou o uso de terapias complementares e espirituais por pacientes oncológicos desse centro. Esta instituição oferece terapias complementares, grupos psicoterapêuticos e “cirurgias” espirituais (procedimentos não invasivos). O CAPC oferece cerca de 20 terapias complementares, entre elas Florais de Bach, Cromoterapia, Reiki, Hidroterapia e fitoterápicos em geral, além das terapias espíritas tradicionais, como os passes e a água fluidificada. Na maior parte dos casos o tratamento realizado neste local era complementar ao tratamento convencional, e que pudessem trazer

alívio e bem-estar. A busca pelo tratamento complementar/espiritual também foi apontada como uma forma de proporcionar às pessoas um espaço para a expressão dos seus sentimentos com relação à doença, o que, segundo eles, o sistema de saúde oficial não oferece (AURELIANO, 2013).

A pesquisa informa ainda que, alguns usuários afirmaram que tomaram conhecimento do CAPC por indicação de seus próprios médicos e que o uso dessas terapias teria sido indicado como forma de “equilibrar-se emocionalmente” para suportar os tratamentos convencionais, especialmente a quimioterapia. Constatou-se também que alguns usuários iniciaram o tratamento alopático após a terapêutica no CAPC e outros dois entrevistados estavam utilizando o tratamento do CAPC como alternativa ao tratamento alopático, pois tratamento quimioterápico ou cirúrgico haviam sido descartados. Todos os demais pacientes entrevistados realizaram cirurgia e/ou tratamento convencional contra o câncer antes, durante ou após seu tratamento no CAPC (AURELIANO, 2013).

O tratamento complementar/espiritual do CAPC era avaliado pelos usuários como uma forma válida de cuidado com diversas possibilidades de significação, tais como: potencializar o tratamento alopático, aumentar as chances de cura total da doença ou abreviar a doença, tratar de outras dimensões (mental, emocional, espiritual) consideradas importantes nos processos de saúde-doença, prevenir novos tumores e outras enfermidades, fortalecer-se emocional e psicologicamente, compartilhar experiências e conhecimentos sobre a doença e também ter um lugar para expressar seus sentimentos. Ficou evidente que para a maioria dos usuários, e na observação de outros usuários durante a pesquisa, as terapias complementares e a cirurgia espiritual funcionavam como uma forma de cuidado que atendia necessidades além daquelas oferecidas pelo modelo de tratamento convencional. Para eles só o tratamento alopático, não traz forças, pois além de tratar o corpo, tem-se que tratar o espírito e a mente (AURELIANO, 2013).

Nesse sentido pode-se afirmar que a dimensão espiritual refere-se tanto à saúde física como a saúde psíquica dos indivíduos. Isto é, espiritualidade tem a capacidade de transpassar as possíveis fronteiras entre essas “partes”, incorporando o caráter holístico da saúde humana. A própria OMS em 1998, inseriu a espiritualidade como uma quarta dimensão em seu conceito de saúde onde a mesma passou a ser: saúde é um estado completo bem estar físico, mental, espiritual e social, e não simplesmente a ausência de doença (TONIOL, 2015).

Percebe-se também que para a participante essa conexão das diversas dimensões que contemplam o ser humano tornam-se significativas para a saúde mental dos indivíduos,

proporcionam tranquilidade e relaxamento, assim pode-se dizer que contempla a integralidade do cuidado.

A integralidade implica a noção da saúde mental como parte da saúde, sendo que o indivíduo em sofrimento psíquico apresenta as demais necessidades de saúde, pois não há dicotomia em suas necessidades (ALVES, 2001).

Acho que tem a ver com a questão clínica e psíquica, não se separa né. [...]Acho que ela atua diretamente no nível de estresse e nível de estresse muda a questão hormonal da pessoa, bah, muda tudo né. Diminui o número de crises, tem uma relação direta com a questão psíquica, muda mais, eu acho até, que a questão física. Porque a questão física tá num nível, assim, mais denso. Às vezes tu faz acupuntura (3x), por exemplo, e a pessoa demora pra ter uma regressão daquele sintoma de queimação gástrica, mas a psique dela já respondeu antes. Então eu acho que a parte psíquica responde até antes que a parte física dependendo do caso. [...]ela tem uma atuação diretamente assim, a pessoa levanta da maca numa acupuntura ou numa sessão de tuíná, por exemplo, tu vê que ela tá diferente, tá mais tranquila, tá mais calma, tá menos estressada, teve um tempo pra ela ali também, então são vários fatores. Não é só a PIC, mas também a maneira como tu acolhe ela pra fazer a prática integrativa, tudo isso influencia na questão psíquica. Acho que influencia diretamente, fortemente. (E2)

[...] acho que é um caminho, é um caminho que a gente vai trilhando com os nossos pacientes e esse caminho que a gente vai trilhando com eles, vai dando resultados que se mostram na vida cotidiana dessas pessoas, na vida familiar. Tu dizer, assim, porque saúde mental é uma coisa assim... quem tá, a pessoa tá doente mental, mas todos nós precisamos de sanidade mental né. E às vezes a gente encaixota muito essas coisas e a própria pessoa que neste momento tá com uma desarmonia na sua questão mental e essa desarmonia se tornou tão grande que ela se apresenta como uma doença, ela pode ser sim muito minimizada e ajudada com as práticas integrativas. Eu acho isso um ganho muito bom, muito bom. (E3)

É notável que as necessidades em saúde mental estão associadas a outras necessidades em saúde, pois a saúde mental afeta a saúde, assim como as condições de saúde afetam a saúde mental. Ou seja, a saúde mental é uma parte integrante e essencial da saúde, sendo estas indissociáveis. Observa-se ainda que os determinantes e condicionantes de saúde interferem nas condições de vida e saúde dos indivíduos, por fazerem parte de sua vida cotidiana, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais para a saúde (BRASIL, 1990). Além disso compreende-se enquanto determinantes sociais, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (GARBOIS et al., 2017).

Diante disso, percebe-se que estar saudável irá depender de diversos fatores que fazem parte do cotidiano da população, como por exemplo, relações interpessoais, estilo de vida, saúde mental, atividades do cotidiano, moradia, educação, lazer, renda, entre outros. Os determinantes

de saúde, interferem na vida dos indivíduos, tanto individualmente quanto coletivamente, interferindo na sua qualidade de vida e no surgimento de doenças.

Sendo assim, salienta-se que estes determinantes ou condicionantes podem influenciar a saúde mental, visto que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis [...] todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e [...] toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (BRASIL, 2003, p. 03).

Nesse sentido, as PICs podem minimizar condições de saúde (mental) que trazem desequilíbrio vital para o ser humano através da atenção integral.

Outra questão a respeito da integralidade refere-se ao trabalho em conjunto (equipe multiprofissional), atenção e cuidado à saúde de forma longitudinal e contínua como evidenciado pelas participantes:

[...] pessoas que tem questões crônicas, as demandas vão mudando ao longo do acompanhamento, mas se sentem acolhidos, escutados, isso a gente consegue trocar com o pessoal que acompanha, alguém que acompanha com a psicóloga, a gente pode conversar, inclusive ir acompanhando junto o que vai surgindo nos acompanhamentos, isso também é uma coisa bacana. (E1)

[...] a gente acaba fazendo muitas parcerias, sabe assim, eu to tratando o paciente com acupuntura, eu faço parceria com a minha colega para gente também incluir aromaterapia, então qual é o óleo? A gente estuda aquele paciente. Qual é o óleo que a gente vai usar? A gente vai usar o aromatizador? Nós vamos usar em massagem? Nós vamos usar junto com a Ventosa? Então a gente faz essas discussões, e eu acho que isso é muito rico né... com nosso colega que é homeopata também, daí ele também faz uma avaliação, daí a gente vê qual é o remédio que poderia tá ajudando aquele paciente, então a gente faz assim, um trabalho meio em conjunto entendeu. Geralmente a gente não faz um atendimento só eu atendendo esse paciente, o paciente recebe atenção e atendimento de vários outros profissionais e todos terapeutas[...]. A gente tem que aprender a trabalhar junto, entender que o ser humano precisa de vários recursos, muitas vezes, pra ele se organizar e não é só o meu recurso que irá ajuda-lo, é o meu recurso, o teu recurso, o recurso do outro terapeuta e essa junção de recursos é que vai fazer com que aquela pessoa, muitas vezes, a retomar a sua qualidade de vida. (E3)

Observa-se que as entrevistadas atuam de maneira articulada, por meio de apoio mútuo e compartilhamento de perspectivas, para promover a qualidade de vida mediante a utilização das PICs disponíveis em sua rede de relações profissionais. Para os profissionais há necessidade de aprender a trabalhar em conjunto e perceber que o ser humano necessita de variados recursos para obter qualidade de vida.

Então, pode-se afirmar que a atenção integral é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, pois não há possibilidade para ações dissociadas, evidenciando, assim, a necessidade de articulação entre a equipe multiprofissional. Para o atendimento ocorrer de forma integral é

imprescindível que o trabalho em equipe se torne realidade, e deve estar vinculado ao diálogo, ao cuidado, ao acolhimento, ao vínculo e atividades interdisciplinares. Sendo assim, ações mais efetivas só serão possíveis com profissionais que ampliem seus conceitos e atuem em equipes multiprofissionais (SOUZA, 2012).

Desse modo, com a finalidade de promover saúde e prevenir doenças através de uma atenção integral e cuidado contínuo, é desenvolvido em Minas Gerais um programa de promoção da saúde na APS. Este programa promove a qualidade de vida de usuários do SUS, por meio da prática de Lian Gong em 18 Terapias (LG18T), definida como uma prática de promoção à saúde para o desenvolvimento de habilidades pessoais, de fortalecimento da autonomia dos praticantes, para a melhoria da saúde e qualidade de vida. Essa iniciativa ocorre regularmente em 222 Espaços de Saúde, e conta com 277 instrutores e cerca de 12.000 praticantes em todo o município de Belo Horizonte. Constatou-se que essas práticas têm tido um importante papel na promoção da saúde (mental) desenvolvida no município de Belo Horizonte (RANDOW et al., 2020).

Outro estudo que demonstra a promoção da saúde diante das PICs refere o yoga como estratégia para a promoção, prevenção e tratamento na saúde mental. Desse modo, vê-se o yoga como ferramenta para o cuidado de si, uma vez que é uma atividade com o olhar voltado para o interior do Ser, reconhecendo-se enquanto ser-no-mundo e ser-para-o-mundo que se direciona para benefícios físicos, mentais e sociais. O yoga se mostra como uma ótima práxis na promoção de saúde mental, além de ser um dispositivo para o desenvolvimento do autocuidado e do autoconhecimento, serve como uma prática educativa que direciona o sujeito à consciência de si. De uma maneira geral, pode-se constatar os ganhos na qualidade de vida do sujeito praticante, desde as mudanças no padrão de pensamento até suas ações em prol da saúde (ROSA; MIRANDA, 2017).

Esses achados são corroborados por uma pesquisa onde constatou-se que o yoga ensina os praticantes a cuidarem de si, através do autoconhecimento e da reflexão, expressados nos cuidados com o corpo, no cuidado com o outro, com a alimentação, com o sono, na busca ativa pela transformação pessoal e na procura da harmonia entre corpo e alma. Concluiu-se que o yoga na atualidade se encontra num campo de forças da promoção da saúde onde a saúde dos indivíduos pode ser produzida por práticas libertadoras, como as PICs (RAMOS, 2018).

Estudo realizado nos Estados Unidos apresenta recomendações baseadas em evidências para o uso de PICs no tratamento de depressão, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Essa pesquisa constatou os benefícios dessas terapêuticas (cromoterapia, meditação mindfulness, fitoterapia e acupuntura) para a saúde

mental dos indivíduos. A cromoterapia foi considerada um tratamento razoável como monoterapia para transtorno depressivo maior e eficaz para depressão sazonal. Em relação à meditação mindfulness identificou-se efeitos benéficos para o transtorno depressivo maior, especialmente em pacientes com depressão leve a moderada. Já a fitoterapia (princípios ativos: kava, maracujá e camomila) pode ser considerada para o tratamento adjuvante de curto prazo do TAG, assim como intervenções baseadas em meditação mindfulness podem ser benéficas para o TAG. Constatou-se ainda que, a acupuntura e a meditação mindfulness podem ser benéficas como tratamento complementar à terapia convencional para indivíduos com TEPT (ASHER; GERKIN; GAYNES, 2017).

Verifica-se que a inserção das PICs nas ações em saúde tem o objetivo de produzir atenção integral aos indivíduos e assim proporcionar diversos benefícios, em relação a aspectos clínicos e psíquicos, como é observado nas seguintes afirmações:

[...] Os benefícios, eles, ao meu ver, são inúmeros [...] desde questões clínicas até de controle de algumas condições crônicas, como ansiedade, diabetes, pessoas de difícil controle, que melhoram a adesão. Questões de saúde mental, assim, muitas... [...] pessoas com diagnósticos duros, como esquizofrenia, [...] foram acolhidos, enfim, mudaram um pouco o caminho da sua história a partir da incorporação de algumas práticas, como a meditação, na sua vida. E a auriculoterapia, pra mim assim, tem um resultado que é na hora. [...] Muita gente com questões de ansiedade, hoje a grande maioria das pessoas que buscam, bem por questões de ansiedade ou questão de depressão, conflito, estresse. [...] crises do ciclo vital, eu vejo que as PICs tem uma atuação super importante né[...] ah vai fazer vestibular, tá estressada, não tá dormindo, vai ganhar uma fluoxetina e daqui pouco não é isso, precisa equilibrar, precisa aprender a meditar, precisa aprender a respirar, daí faz uma respiração consciente antes de estudar, o desempenho melhora, é bem interessante. [...] cessação do tabagismo, que conseguem parar de fumar durante o tratamento, pessoas que estão em acompanhamento do peso, que querem perder peso, que junto com o acompanhamento nutricional usam algumas das práticas, sentem-se menos ansiosas, sentem-se mais confiantes com o processo [...] Usar uma prática que vai ajudar a diminuir a irritabilidade, que vai ajudar a dormir melhor, a gente tem uma grande epidemia de insônia hoje em dia (E1)

Os benefícios na prática direta são vários, muitos [...] Na saúde mental, eu acho que... muita redução de estresse, é uma coisa que eu vejo bastante, redução de dores no corpo em função da próprio estresse, das tensões, acho que tem uma redução das tensões importante. [...] E saúde mental é redução de ansiedade, é redução de angústia, é redução de...o paciente: tem um carço aqui na minha garganta- sente angústia né, é a redução desses sintomas físicos também traz saúde mental, esse alívio né. [...] questão da redução do sofrimento. (E2)

Eu, por exemplo, nos pacientes que eu aplico, eu acho, eu percebi que eles tiveram uma melhora [...] Então coloca, não sei, eu faço assim: ah então olha que interessante tem uma sementinha aqui que trabalha a ansiedade, então tu pode fazer essa massagem aqui enquanto tu tiver muito ansiosa e aí vou falando daquilo ali e ao mesmo tempo eu vou perguntando porque que ela se sente daquele jeito, o que que tá acontecendo que ela tá se sentindo daquele jeito e a gente vai tendo um diálogo. [...] eu acredito que quando a pessoa consegue ser escutada, consegue falar um pouco das suas preocupações ela também consegue repensar naquilo que tá um pouco incomodativo pra ela. Então isso ajuda as pessoas, eu acho que ajuda ela encontrar

um caminho melhor pra ela, uma solução melhor pra aquilo que tá incomodando né (E4)

Percebe-se através desses depoimentos, que as PICs podem vir a contribuir em diferentes aspectos da vida dos indivíduos, tais como: o aspecto físico, emocional, mental, espiritual, comportamental e social.

Estas práticas auxiliam desde questões pontuais (dores, fadiga, estresse, etc) até condições crônicas (diabetes, hipertensão, transtornos mentais, etc.). Ficou evidenciado também, o quanto tudo está interligado, ou seja, não há dissociação entre a dimensão física, mental, emocional, social e espiritual. Quando é realizada uma prática, ao mesmo tempo que esta beneficiará uma questão, por exemplo, de ordem física, que traz incômodo para determinada pessoa, ela estará trazendo redução de sofrimento de ordem psíquica, pois é sabido que em alguns casos uma condição física afeta a saúde mental e vice-versa.

Observa-se esta relação em uma pesquisa realizada com pacientes psiquiátricos crônicos que frequentavam um Centro Comunitário de Saúde Mental no leste da Turquia. Nesse estudo, foram examinados os efeitos do treinamento de relaxamento muscular progressivo e da musicoterapia no nível de raiva e na qualidade do sono dos indivíduos que utilizavam esse serviço. Os pesquisadores constataram que essas práticas, aplicadas à pacientes psiquiátricos crônicos, aumentaram a qualidade do sono, reduziram o nível de raiva e melhoraram o controle de impulso da raiva. Os achados dessa pesquisa revelaram a importância dos profissionais de saúde mental e enfermagem incorporarem essas práticas no cuidado ao paciente psiquiátrico (IÇEL; BASOGUL, 2021).

Além disso, observa-se que o modo de acolher o outro, escutar suas angústias, anseios, preocupações, é importante, pois muitas vezes é a partir desse momento que o profissional pode construir o vínculo terapêutico com o sujeito, e assim conseqüentemente realizar um cuidado com vistas à atenção integral à saúde. Sendo que através desse cuidado o sujeito consegue traçar um novo caminho em sua vida, encontrar soluções para suas dificuldades e anseios.

Acredita-se que as PICs, assim como demonstrado pelas participantes, possuem esse potencial, de perceber o ser humano de forma biopsicossocial.

Em relação às questões clínicas, há pesquisas que demonstram a eficácia dessas práticas, como estudo clínico randomizado desenvolvido por Ornela et al. (2016) com o objetivo de analisar o efeito da acupuntura na obesidade. A partir do acompanhamento oferecido, observou-se uma resposta com relação à perda de peso e medidas corporais através de 10 sessões de acupuntura, atividade física e reeducação alimentar. Esse estudo destacou ainda resultados da acupuntura não somente na redução do peso, mas, também, na melhora de aspectos da qualidade

de vida dos indivíduos com obesidade, como o controle da ansiedade, tensão emocional e autoestima, além de aumentar a motivação.

Schacht et al. (2020), através da experiência de uma intervenção de auriculoterapia realizada em um Grupo de Tabagismo em município de Santa Catarina, constatou que esta prática mostrou-se promissora neste contexto, podendo trazer benefícios direto aos pacientes tabagistas, em relação à disposição para cessar com o hábito de fumar e diminuição da ansiedade quanto para a promoção da qualidade de vida.

Pesquisa realizada por Machado; Rodrigues; Silva (2013) demonstrou efeito positivo da utilização da reflexologia podal na melhora da qualidade do sono.

Outro estudo que demonstra os benefícios relatados pelas participantes é sobre o yoga. Durante a análise Vorkapic; Rangé (2011), apontaram que houve uma considerável redução nos níveis de ansiedade e estresse. O yoga é capaz de melhorar significativamente diferentes domínios do estado de saúde, como a saúde mental e a função do papel emocional. Práticas de curto e longo prazo estão associadas a uma redução de cortisol, catecolaminas, taxa metabólica e consumo de oxigênio. Essa prática é uma boa intervenção, confiável, bem-sucedida e com boa relação custo-benefício no tratamento da ansiedade.

Entende-se que as PICs são dispositivos terapêuticos que possibilitam uma ampliação da atenção à saúde e do processo saúde-doença, complementam o cuidado e propõem um olhar integrativo na saúde. Essas práticas promovem um novo fazer em saúde e proporcionam ao indivíduo o desenvolvimento da autonomia, do autoconhecimento, do autocuidado, e seu protagonismo no processo de cuidado.

Na perspectiva do uso das PICs, o ser humano é visto como um indivíduo que possui diversas dimensões (físico, mental, emocional, social e espiritual) interconectadas, que devem ser abordadas para que se promova a saúde e bem-estar. Para isso, é preciso que o trabalhador de saúde avalie as necessidades de saúde dos seus usuários (pacientes) e os benefícios do uso de PICs no cuidado em saúde realizado por eles, com vistas à promoção da saúde (mental) e consequentemente da qualidade de vida do seus usuários.

Nota-se que os estudos revelaram que a utilização dessas práticas traz inúmeros benefícios, tais como a redução da ansiedade, de sofrimento e do estresse, insônia, superação de pensamentos obsessivos, depressão, sintomas de diabetes, entre outros. Logo, pode-se afirmar que esses recursos auxiliam na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Além disso, é relatado pela participante E1 sobre o uso dessas práticas na atual pandemia.

[...] pras pessoas que estão em sofrimento psíquico em função da pandemia, as PICs tem uma atuação muito, muito importante e quem bom que muitas iniciativas vieram pra que as pessoas pudessem acessar, conhecer, então as pessoas que nunca tiveram acesso, acessaram de alguma forma [...] puderam conhecer o grupo de meditação que eu fazia na unidade, tinha umas 20 pessoas mais ou menos, na linha de transmissão que mando agora, mais de 150 pessoas recebem de meditação semanalmente, que eu gravo.[...] rapaz foi que me disse assim: ah tu vê, na semana que eu não faço eu me sinto mais ansioso, ou, ah, eu escuto o áudio antes de dormir porque ... é muito difícil de dormir. (E1)

Diante do atual cenário social em que vivemos, causado pela pandemia Covid-19, faz-se necessário utilizar dispositivos de cuidado e autocuidado que promovam e preservem a saúde física e mental do sujeito, considerando os impactos do isolamento social na qualidade de vida da população. Sendo assim, práticas que proporcionem cuidado integral a partir de uma visão holística do ser humano, que o auxiliem no protagonismo do cuidado e que poderão contribuir na saúde do sujeito, são relevantes e devem ser bem acolhidas para o momento que vivenciamos. As PICs têm sido usadas durante a pandemia para melhoria da qualidade de vida, autocuidado, equilíbrio mental e emocional. Destaca-se que a utilização das PICs não são impostas ou nem se propõem a substituição de condutas ou protocolos definidos pela comunidade científica para tratamento da Covid-19 (BRASIL, 2020).

Sendo que, diante dessa circunstância, as PICs podem ser ofertadas aos profissionais de saúde e à população em geral para cuidar do estado emocional e físico. Dessa forma, pode-se afirmar que as práticas também podem beneficiar à saúde das crianças, não somente no contexto da pandemia, mas também em seus variados contextos e situações como demonstra a fala abaixo:

[...] o tuiná que é uma massagem pediátrica chinesa, que é uma massagem de pontos de acupuntura, durante as crises das crianças aqui no CAPS, uma crise de atenção psicomotora, bem antes da medicação eu vou trabalhando bastante com o tuiná, eu vejo que a criança sai da crise, isso é bem legal. Olha que maravilhoso [...] tirar uma criança de uma crise sem usar alopática, isso é incrível na minha opinião. Isso é inovador, entendeu, na minha opinião, extremamente inovador, tu não precisar usar de meios invasivos né pra tirar uma pessoa de uma crise [...] Muitos crianças saem da crise sem medicação, então isso é bem visível. (E2)

Estas práticas podem ser usadas na promoção da saúde da criança, visto que as mesmas compreendem as diferentes fases da vida e os distintos processos vitais, porém é necessário entender as particularidades de cada criança e as limitações para cada idade. Na acupuntura, por exemplo, em crianças até sete anos de idade não se utiliza agulhas, e sim sementes pequenas.

¹ Pandemia covid-19: também conhecida como pandemia de coronavírus, é uma pandemia em curso, sendo esta uma doença respiratória aguda causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2, recém descoberto.

Já a homeopatia é utilizada nas crianças não apenas no adocimento físico, mas para harmonizar desequilíbrios, como no processo de desmame ou nascimento dos primeiros dentes (BRASIL, 2012).

No que diz respeito ao uso das plantas medicinais e a fitoterapia no público infantil é importante ressaltar que não é aconselhável que menores de dois anos façam uso de chás sem a orientação de um profissional de saúde (BRASIL, 2012).

Entretanto, é possível pensar também na saúde das crianças em outras circunstâncias e instituições, como o projeto de PICs na escola, no estado do Rio Grande do Norte. A proposta visa discutir sobre a realidade da medicalização de problemas comuns relacionados ao aprendizado e adaptação social. Dentre as possibilidades, é apresentado essas práticas, consideradas uma estratégia de mudança no padrão biologizante e medicalizante do cuidado e da promoção da saúde, com repercussão efetiva na aprendizagem e desenvolvimento de crianças. O objetivo é atender à criança em idade escolar, em condições de fragilidade social em virtude dos agravos fomentados pela violência, drogas e prostituição infantil, com a oferta de práticas esportivas, atendimento individual e coletivo com as PICs (Terapia Floral, Aromaterapia e Reiki) (MOTA; LOPES, 2016).

Diante disso, percebe-se estas como recursos que podem vir a ser utilizado em variados contextos na saúde da criança, proporcionando bem-estar e melhorando a qualidade de vida, sem a utilização de meios invasivos para tal. Como é relatado pela participante sobre os benefícios dessas práticas para os usuários de um CAPS Infantil.

[...] Tem um paciente que eu trato, [...] é um menino super medicado com alopatria e mesmo assim não dá conta. Ele gritava muito, ele se batia, ele tinha bem mais convulsões antes, aí ele começou a fazer reiki com uma colega, melhorou muito. A mãe começou atendimento comigo e eu passei orientações pra ela de como fazer uns procedimentos em casa do ayurveda, passar o óleo na cabeça passar na ponta do pé e ela disse que isso reduziu bastante as convulsões, as crises de agressividade, bastante, relato interessante. (E2)

Há estudos que corroboram sobre o efeito benéfico das PICs em crianças, como por exemplo, a pesquisa realizada por Barbosa et al. (2011) que observou os efeitos da Shantala na interação entre mãe e criança com Síndrome de Down e concluiu-se que a massagem contribui de forma positiva para o fortalecer o binômio mãe/filho, promove mais carinho e afeto e também contribui para a melhora do desenvolvimento psicomotor.

Em uma pesquisa realizada por Machado (2012) sobre a utilização de PICs em crianças e adolescentes com diagnóstico de diabete melito tipo 1 (DM1), constatou-se uma prevalência de 41,5% no uso de PICs, indicando um interesse na utilização dessa terapia pelos responsáveis

por esses pacientes. Um dos principais motivos para o uso de PICs foi a busca por experimentar alternativas que ajudassem na melhora da glicemia diminuindo os riscos trazidos com a evolução da doença, mesmo com o tratamento convencional. O mesmo autor salienta que, estudos indicam que pessoas com DM1 recorrem às PICs para aliviar os sintomas (fadiga, cansaço, sede e fome intensa, micção frequente e perda de peso) da doença, para inibir sua evolução ou para reduzir os efeitos colaterais ocasionados pela terapia convencional.

Na saúde mental, uma pesquisa identificou que as principais razões de utilização de PICs em crianças com diagnóstico psiquiátrico são: o papel complementar das PICs no gerenciamento das doenças quando combinada com tratamento convencional, o alívio dos sintomas por entender que as PICs tratam tanto os sintomas quanto as causas e a abordagem natural e holística dessas práticas, pois as PICs focam na pessoa como um todo (mente, corpo e espírito). Essas razões indicam que as pessoas usam esses recursos terapêuticos principalmente por causa da abordagem natural e holística para promover a saúde e prevenir doenças. Além disso, para os pesquisadores a maioria dos pais das crianças que utilizam PICs percebem essas práticas importantes para tratar os problemas de saúde mental, sendo essenciais para a saúde geral das crianças (WANG et al., 2018).

Considerando tais pesquisas e o depoimento da profissional, entende-se que deveria se realizar mais estudos a respeito do benefício ou efeito dessas terapêuticas às crianças, para que estas possam ser utilizadas de forma ampliada nos serviços de saúde.

Outro ponto abordado pelas entrevistadas diz respeito aos efeitos benéficos nas dores, principalmente em dores crônicas:

Eu vejo assim, muitos benefícios [...], os pacientes com dores crônicas que acabam se deprimindo por conta da dor né? Então quando tu alivia bastante a dor tu consegue melhorar o aporte de serotonina nesses pacientes, eles também começam a responder melhor o tratamento e começam a ter uma virada, digamos assim, na questão do humor né. [...] pacientes que são deprimidos, mas que tu vai vendo que o fundo daquela depressão é uma dor crônica, então assim aquela dor crônica que consome aquela pessoa, né. Então ela realmente não tem a alegria de viver, ela não tem, ela não se motiva pra viver, quando ela alivia aquela dor dela, ela começa a se motivar pra viver e pra outras coisas. (E3)

Identifica-se nessa fala que a sensação de dor está associada a depressão, pois para a profissional estas dores intercorrem em sentimentos e sensações desfavoráveis a qualidade de vida.

No Brasil estima-se que a dor crônica acometa cerca de 30 a 40% da população e especialmente no contexto da atenção básica a palavra “dor” é dita e ouvida praticamente todos os dias na rotina de atendimentos (MANFROI et al., 2019).

A partir de relatos, numa UBS na região sul de Florianópolis (SC), uma fisioterapeuta, fundou um grupo aberto, visando promover autonomia no tratamento da dor (aguda e crônica). Desse modo, a dor passa a ser olhada de acordo com cada pessoa, levando em conta a condição social, o contexto cultural e sua história. Diante desse grupo, os participantes apontaram que ao trabalhar Lian Gong/Qi Gong, meditação e auriculoterapia, contemplando o elemento lúdico, este tornou-se um local de reconhecimento da subjetividade da dor de cada um, pelo indivíduo que sentia e pelo coletivo, gerando melhoras nas dores específicas e trazendo boas sensações aos que estão envolvidos, como alegria, entusiasmo e prazer. Constatou-se ainda, que com a criação do grupo e o engajamento das pessoas, diminuiu os pedidos de sessões de fisioterapia e proporcionou maior autonomia do participante em atender a sua própria dor (MANFROI et al., 2019).

A realização desse tipo de ação é interessante para se refletir como se pode empregar essas práticas não somente em atendimentos individuais, mas também atendimentos grupais, possibilitando a socialização, além de contribuir para questões de ordem emocional e física.

Além das contribuições já elencadas, é exposto pela participante sobre a aplicação e os efeitos positivos das PICs na obstetria.

[...] dentro da acupuntura, eu faço acupuntura obstétrica, faço muita acupuntura obstétrica, então as minhas pacientes ... as gestantes, assim, uso muito pra dor lombar, eu uso muito pra enjoo, eu uso muito pra ansiedade (risos), né.. o medo que vai chegando no último trimestre, também a questão do parto né, de preparação para o parto. Na saúde da mulher, eu trabalho muito com pacientes inférteis que tem dificuldade de engravidar, então também tem uma resposta muito boa [...] Mais saudável e tudo. (E3)

Sabe-se que a gestação é um acontecimento esperado para as mulheres, porém em alguns casos pode ocorrer infertilidade devido a alterações no aparelho reprodutor. Todavia, no contexto gestacional podem ocorrer diversas modificações no corpo da mulher, sejam elas fisiológicas, posturais e emocionais.

Sendo assim, um estudo realizado por Costa et al. (2017), teve o intuito de analisar as produções científicas sobre o uso da acupuntura antes, durante e após a gestação, considerando os efeitos dessa intervenção, constatou-se que nos processos reprodutivos, a acupuntura interfere na liberação imediata de neurotransmissores, que por consequência estimulam o hormônio liberador de gonadotrofinas influenciando assim o ciclo menstrual, a ovulação e, consequentemente a fertilização, bem como estimulação da inervação simpática sobre o útero através da inibição e ativação do fluxo sanguíneo. Essa prática, portanto, apresenta um efeito promissor para infertilidade e não demonstra ser inferior à terapia hormonal padrão. Entretanto

os autores afirmam que os estudos são escassos e controversos, sendo necessárias mais pesquisas para tal afirmação.

A acupuntura demonstra grande efeito na resolução da dor pélvica e lombar de gestantes, não demonstrando efeitos adversos significativos quando comparada a outras técnicas, também verificou-se seus efeitos positivos e promissores no meio hospitalar, quando utilizada para redução de sintomas de dor, náusea e vômito decorrentes do uso da medicação. Outra resposta positiva sobre a acupuntura na gestação refere-se a depressão, onde a mesma apresenta maior taxa de resposta no controle da depressão do que demais tratamentos, mostrando-se como segura e eficaz durante a gestação para casos de depressão. Além disso, a acupuntura também reduz a insônia e melhora significativamente a qualidade do sono durante a gestação (COSTA et al., 2017).

Desse modo, esse estudo ratifica a explanação da profissional sobre o uso dessa prática no período gestacional, sendo que esta pode possibilitar respostas positivas, como por exemplo, redução da náusea, da dor lombar e ansiedade, em relação as demandas apresentadas pelas gestantes.

Contudo, outra questão trazida pelas participantes é a redução do uso de medicação através das PICs, que pode também ser considerado um benefício para os usuários dos serviços.

Em estudo realizado por Mendes et al. (2019) verificou que o uso das PICs supera o tratamento medicamentoso, pois proporciona bem-estar e relaxamento a quem as utiliza. As práticas integrativas podem ser usadas como um meio de diminuir o uso de medicamentos nos tratamentos ou na prevenção de doenças.

A redução do uso de medicamentos é apontado pelas entrevistadas:

[...]Eu acho que em relação a saúde mental assim, o que a gente vê... a gente consegue diminuir o número de fármacos, claro que não... essa diminuição do uso do fármaco é junto com a equipe médica que já passou o paciente pra nós, então a gente consegue diminuir o número de fármacos, a gente consegue que esse paciente consiga gerenciar muito melhor as suas crises de ansiedade né, ou até que ele tenha crises muito leves né, então isso eu considero isso um ganho muito bom. Porque no momento em que tu consegue fazer que o paciente não use tanta medicação né, isso já favorece ele, porque a medicação sempre tem um efeito bom mas também tem o efeito colateral[...] Então muitos pacientes a gente tem uma diminuição na dosagem, ficando bem com aquela dosagem, a gente vai fazendo propostas com o paciente, o paciente mesmo vai dando os retornos e vão se desapegando da medicação. (E3)

[...]redução da própria medicalização em relação ao uso das PICs, né, com intuito de não substituir, mas de complementar (E2)

Sabe-se que houve um avanço significativo em relação à oferta terapêutica medicamentosa, levando à medicalização, por vezes, excessiva dos processos de vida das pessoas, além dos efeitos colaterais associados às medicações, sobretudo as psicotrópicas.

A medicalização da vida corresponde à produção de dependência do modelo biomédico pela sociedade, o que repercute na perda de autonomia frente à situação de saúde ou doença (SILVA; TESSER, 2013). Vê-se na sociedade atual, cada vez mais a tendência em patologizar situações e comportamentos que são próprios do ser humano e da convivência social. Diante disso, questiona-se sobre o número exagerado de diagnósticos psiquiátricos e do uso indiscriminado de psicofármacos atrelados aos discursos hegemônicos (SILVA; ALBUQUERQUE, 2019).

A ampla gama de sintomas presentes nos manuais bem como a forma diagnóstica proposta por eles permitem que muitos acontecimentos cotidianos, sofrimentos passageiros ou outros comportamentos, possam ser registrados como sintomas próprios de transtornos mentais. A socialização do DSM na formação médica geral permite que clínicos de outras especialidades, que não a psiquiátrica, possam medicar com facilidade seus pacientes. Não se trata de sugerir a manutenção do domínio psiquiátrico nesse caso, mas de revelar a banalização do diagnóstico e o uso irrestrito de medicações como intervenção diante da vida [...] (GUARIDO, 2007, p. 158).

É necessário compreender o quanto isso é prejudicial, pois quanto mais discursos e ações desse modo são produzidos, mais indivíduos se tornam adoecidos, seja pela negação de sua subjetividade ou por silenciar seus conflitos. (SILVA; ALBUQUERQUE, 2019). Percebe-se que a sociedade muitas vezes impõe padrões de vida e conduta sem considerar as experiências e singularidade do sujeito.

A medicalização da vida configura-se como um fenômeno global, e tem-se cada vez mais o diagnóstico e a prescrição excessiva de medicamentos para pessoas com dificuldades e comportamentos próprios, sendo estes caracterizados como transtornos (SILVA; ALBUQUERQUE, 2019).

A medicação acaba por participar da nomeação do transtorno, o sintoma/transtorno está no funcionamento bioquímico, sem considerar a história de vida e o contexto social do sujeito e os efeitos da medicação validam os diagnósticos. Salienta-se que não se trata de negar o uso de medicamentos, especialmente os psicofármacos, mas de analisar e refletir a respeito da banalização da existência e naturalização do sofrimento, culpabilizando o indivíduo por suas demandas (GUARIDO, 2007).

Diante disso, deve-se considerar outras tecnologias e dispositivos em saúde, como as PICs, enquanto alternativa para não simplificar o cuidado em saúde mental ao mero uso de

medicações. Sendo que diversas PICs podem contribuir para sanar ou aliviar o sofrimento psíquico, fazendo um movimento contrário ao processo de medicalização e do uso indiscriminado de tecnologias duras, colocando o sujeito como o centro da terapêutica e não a doença.

Observa-se que na saúde mental as PICs podem se tornar aliadas na produção de um melhor atendimento e na redução de psicofármacos, a fim de proporcionar o bem-estar do indivíduo através de terapêutica não invasiva.

O modelo de atenção psicossocial da saúde mental, atualmente, busca desconstruir a lógica de que os psicofármacos são o único tratamento para questões de saúde mental. Esse modelo tem a finalidade de promover novos dispositivos de cuidados nos serviços de saúde, em especial nos serviços de saúde mental (BEZERRA et al., 2016).

Então nessa questão de pacientes, por exemplo, que tinham depressão, e a depressão era muito ligada a dor lombar limitante e que tiveram uma boa melhora, esses pacientes não usam mais antidepressivos e nem analgésicos. [...] claro que continuam com manutenção porque são pacientes que têm uma limitação um pouco maior, então assim, eles mantem uma manutenção quinzenal ou uma manutenção mensal e então a gente tem dois desses pacientes assim, eu acho que assim, foi um sucesso sabe, muito grande. Eles continuam vindo nas suas consultas, continua a adesão ao tratamento bem boa e conseguiram ficar sem fármacos, tanto analgésicos, anti-inflamatórios, como também conseguiram não usar mais o antidepressivo. (E3)

As PICs geram respostas positivas ao tratamento, são de fácil aplicação e podem gerar efeitos positivos tanto psicológicos, como fisiológicos. Intervenções não farmacológicas, como por exemplo, a utilização de plantas medicinais é um fator que ajuda na qualidade de vida do paciente, possibilitando que ele exerça autocuidado e autonomia. (MENDES et al., 2019). O mesmo autor refere que essas terapêuticas, visam aumentar a qualidade de vida do indivíduo, estimulando o bem-estar físico e mental, assim como redução de danos e agravos.

No entanto, ainda pode-se observar que, apesar dessas mudanças, há um alto consumo de medicamentos entre os usuários atendidos pelos entrevistados, como ilustrado no depoimento a seguir:

[...] hoje na atenção básica o que eu percebo na minha experiência é que parece que só remédio que resolve [...] no meu entendimento ela tá virada numa situação muito curativa, muito medicalizada né. Eu acredito que foi menos há um tempo atrás, mas hoje tá muito... as pessoas vão atrás de medicação. Então por que que isso tá acontecendo? Porque acho que eles estão mais adoecidos também né, porque no momento que tu não tem outras ferramentas, que tua ferramenta é consulta médica, tua ferramenta é consulta de praticamente de situação aguda né, tu precisa de que? Medicação. [...] Hoje na questão da saúde, nós estamos trabalhando muito mais no agudo né, e o agudo é medicação, só que como que a gente vai sair dessa depois, essa que é a minha preocupação. (E4)

Essa fala demonstra que o modelo biomédico ainda está presente em determinados locais e ainda faz parte do discurso de alguns profissionais e quando não há outras alternativas e sim uma oferta “padronizada” de consultas, a medicação surge como resposta às situações, especialmente em questões agudas na APS.

No modelo biomédico o ser humano é visto como uma máquina, fragmentando o olhar sobre o sujeito, centrando-se na doença e no aspecto eminentemente biológico do processo saúde-doença, desconsiderando outros aspectos como, por exemplo, social e emocional/psíquico.

Esse modelo está centralizado em diagnósticos clínicos e na cura através de procedimentos e equipamentos de tecnologia, enfatizando à cura das doenças em detrimento da promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo que essa cura e a prática de saúde ocorre dentro do ambiente hospitalar na figura do médico.

Diante dessas características, pode-se afirmar que o modelo biomédico não reconhece a saúde como um todo, ou seja, nega outros condicionantes como o social, mental, emocional, espiritual, etc, e ainda nega outras alternativas de cuidado em saúde, como as apresentadas pelas PICs.

De acordo com Menéndez (2009), o modelo biomédico permanece utilizando explicações de cunho curativista, biologicista para adoecimentos onde encontram soluções prioritariamente nos fármacos, reforçando o olhar biomédico sobre processo saúde-doença.

Apesar da participante apontar para a ocorrência de uma atenção voltada para o curativismo, em sua vivência profissional, ela traz reflexões acerca da necessidade de ampliar o leque de possibilidades nas ações de saúde, tanto para as situações agudas quanto crônicas.

[...] uma pessoa tá lá se sentindo ruim e a gente conseguir evitar que ela ao ponto de ter que tomar medicação (fluoxetina), porque no caso ela consegue usar a auriculoterapia, consegue fazer a acupuntura, consegue fazer lá, a meditação, consegue fazer outras questões, a PICs nesse sentido ela tem muita força, eu acredito sim, ela tem... porque eu sempre digo pras pessoas que elas tem que encontrar um caminho diferente de só medicação. Eu digo, medicação ela vai te ajudar até um certo tempo, depois ela não vai resolver porque o corpo acostuma, tu tem que achar um outro caminho, tu tem que achar um caminho junto e a PICs é um desses caminhos. (E4)

Pesquisa realizada por Tesser; Silva (2013) aponta que durante o estudo vários usuários que apresentavam problemas crônicos, e que utilizaram fármacos por um longo período e/ou algum tratamento cirúrgico, em muitos momentos apresentaram melhora através de PICs, mais especificamente na acupuntura. Em casos de dores crônicas, os usuários faziam uso

frequentemente de anti-inflamatórios, o que provoca reações adversas, sendo que foi observado casos de iatrogenias medicamentosas.

Os mesmos autores observaram que apesar dos limites da acupuntura, ela pode ser uma terapêutica alternativa ou complementar, possibilitando redução no uso de medicamentos. Constataram ainda que esta prática, especialmente em patologias crônicas pode auxiliar a diminuir a polimedicação e também melhorar a potência do cuidado.

Sendo assim, por meio dessas práticas pode-se reduzir o uso desnecessário de medicamentos e os efeitos adversos relacionados a eles, especialmente nos tratamentos crônicos. Entretanto, algumas situações agudas de sofrimento psíquico, tais como ansiedade e angústia, mediante a avaliação de profissional competente, poderiam ser tratadas com PICs para aliviar seu sofrimento e proporcionar bem-estar.

5.3 A enfermagem na promoção da saúde mental por meio das PICs

Promoção da saúde está relacionada à qualidade de vida, aos aspectos que influenciam as relações, o convívio e o cotidiano a qual o indivíduo está inserido. Isto é, refere-se a medidas que visem aumentar a saúde e o bem-estar geral, não enfatizando especificamente uma doença ou desordem a partir de estratégias para a transformação das condições de vida e de trabalho que influenciam nos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial e integral. Tem como principal finalidade melhorar e buscar condições mais satisfatórias de vida (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2008).

A promoção da saúde, apreendida a partir da sua concepção primordial, é considerada como um processo que capacita a pessoa a tomar o controle e a melhorar a sua saúde (OMS, 1986). Esta concepção foi corroborada com a ideia de promoção da saúde de uma das participantes do estudo:

A promoção da saúde (mental) não é uma coisa que tu dê pro sujeito né, é uma coisa que tu promove e o sujeito vai absorver aquilo da maneira que ele consegue também. Então assim, às vezes tu promove uma sessão de acupuntura, por exemplo, e o sujeito sai mais tranquilo, mas ele precisa fazer um deslocamento daquela posição dele no cotidiano por que senão vai continuar tudo igual, não é que ela seja a solução para todos os problemas, mas ela promove sim saúde (mental). (E2)

A carta de Ottawa, documento básico e de suma importância na construção de concepções acerca de promoção da saúde em todo o mundo, refere-se a promoção da saúde como um conjunto de ações de elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis,

criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. Dessa forma, a promoção da saúde pode ser vista como uma estratégia de produção de saúde, com o intuito de se pensar e atuar de forma articulada à outras políticas públicas, viabilizando ações que favoreçam atender às necessidades dos indivíduos e coletividades.

Ao longo dos anos, ocorreram diversos movimentos com intuito de fortalecer a Promoção da Saúde no SUS, assim como a ampliação das práticas integrativas e complementares (PICs), tornando-se um eixo de ação na saúde pública brasileira. Acredita-se que isso é necessário devido ao fato das práticas de promoção de saúde demandarem por novos dispositivos de atenção à saúde, a fim de superar ações com enfoque no biológico. Neste contexto, destaca-se as PICs no cuidado e promoção à saúde mental.

A saúde mental é uma grande área de conhecimento e de ações que se caracterizam por seu caráter amplamente inter e transdisciplinar e intersetorial. No campo individual pode ser definida como um estado de bem-estar emocional e psicológico, mediante o qual o sujeito é capaz de fazer uso das suas habilidades emocionais e cognitivas, funções sociais e de responder às solicitações ordinárias da vida cotidiana. (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Diante disso, as PICs são constituídas e pautadas em uma proposta de inovação da assistência à saúde mental, que envolve uma tecnologia leve, consonante aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, buscando, portanto, um novo conceito em saúde mental, auxiliando no tratamento dos transtornos mentais, a fim de abarcar os pressupostos da promoção à saúde mental. Sendo que a PNPIC sugere que essas práticas têm potencial para ampliar o cuidado à saúde mental da população (BRASIL, 2006b).

Essas práticas estão inseridas atualmente nas Redes de Atenção Psicossocial, com o objetivo de fornecer um suporte terapêutico não invasivo, a fim de proporcionar meios de tratamentos que visem o bem-estar do indivíduo, conciliando muitas vezes com o conhecimento empírico que o indivíduo apresenta consigo (LIMA; SILVA; TESSER, 2014).

Sendo assim, pode-se refletir a respeito da utilização dessas práticas na promoção à saúde mental agenciadas pela enfermagem, mais especificamente na assistência do enfermeiro aos usuários do sistema público de saúde.

A enfermagem é considerada por Wanda Horta (1974, p. 10) como “a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais”.

De acordo com Santos (2006, p. 218) o Enfermeiro é um profissional:

[...] com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Esta análise sobre o enfermeiro, constituem os princípios de formação do egresso em enfermagem, tais como: olhar o indivíduo como ser indissociável nas dimensões biológica, psicológica, social, humana, cultural e espiritual; presar pela integralidade da atenção à saúde do ser humano, considerando-se as particularidades ambientais, atitudinais, sociais, políticas, econômicas e culturais, individuais e coletivas; realizar ações de promoção da saúde com intuito de produzir qualidade de vida, bem-estar, e também de prevenção, de recuperação, de redução de danos e reabilitação como estratégia de atenção e cuidado em saúde; autonomia, rigor técnico-científico, atenção biopsicossocial e humanização nas ações em saúde, nas práticas baseadas em evidências e no cuidado à pessoa, como ação terapêutica da enfermagem no trabalho interprofissional da saúde (BRASIL, 2018).

Veja que este perfil profissional está de acordo com os pressupostos da PNPIC, pois entende-se que assim como essa política, há comprometimento na construção e execução do processo de trabalho da enfermagem a partir de recursos que qualifiquem e proporcionem resolutividade nas ações de saúde através da atenção integral aos indivíduos e coletividades.

Diante disso, evidencia-se que a aplicabilidade das PICs, torna-se fundamental a atuação dos profissionais enfermeiros para difundir as terapêuticas e modos preventivos aos usuários. Entretanto, há de se incentivar essa discussão como compromisso de todos os envolvidos: docentes, enfermeiros assistenciais, alunos de graduação e pós-graduação. Considera-se que o ensino das PICs no cuidado de enfermagem é uma possibilidade valiosa para a construção de profissionais de saúde mais conscientes, reflexivos, comprometidos consigo e com o próximo (PARANAGUÁ; BEZERRA, 2008; BUÓGO, 2012).

Estudo realizado na África do Sul teve como objetivo determinar o conhecimento e as percepções dos enfermeiros sobre as PICs, mais especificamente como suplementos fitoterápicos e nutricionais, práticas da mente e do corpo (meditação, acupuntura, técnicas de relaxamento, toque terapêutico, oração / cura espiritual, musicoterapia e grupos de apoio) e práticas manipulativas baseadas no corpo (massagem terapêutica e aromaterapia). Os pesquisadores afirmam que esses recursos foram escolhidos, pois várias dessas práticas são

aprovadas pelo Conselho de Profissionais de Saúde da África do Sul. De acordo com a pesquisa, as PICs são significativamente utilizadas por enfermeiros, sendo algumas práticas mais populares do que outras. As terapias mais utilizadas foram as seguintes: oração/ cura espiritual, suplementos nutricionais, musicoterapia, massagem terapêutica e grupos de apoio. É possível que essas terapias sejam mais populares entre os enfermeiros, pois são facilmente acessíveis e também são cobertas pela maioria dos planos de assistência à saúde na África do Sul (SIBIYA; MAHARAJ; BHAGWAN, 2017).

O mesmo estudo ainda aponta que os enfermeiros apoiam o uso de PICs na prática de enfermagem, para tanto, acreditam que é importante que eles possam aconselhar os pacientes com segurança, recomendando que o ensino sobre essas práticas seja incluído no currículo de enfermagem. Além disso, os pesquisadores apontam que mais pesquisas são necessárias para orientar os gestores de enfermagem e educadores sobre quais cursos de treinamento ou workshops que precisam ser incluídos na enfermagem, a fim de capacitar os enfermeiros com o conhecimento e as habilidades em PICs, visto que muitas dessas práticas são raramente incluídas na educação de enfermagem (SIBIYA; MAHARAJ; BHAGWAN, 2017).

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para Saúde apresentam que os Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e componentes curriculares devem estar coerentes com as necessidades sociais em saúde, observando-se: os pressupostos e fundamentos da promoção da saúde e seus determinantes, da Educação Permanente em Saúde (EPS), e das PICs como elementos constituintes da formação, reafirmando o conceito ampliado de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Neste contexto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) orienta que as diretrizes dos cursos de graduação da área da saúde considerem os pressupostos e fundamentos da promoção da saúde e seus determinantes, da Educação Popular em Saúde, e das PICs como elementos constituintes da formação, objetivando que os egressos estejam preparados para reorientar os serviços de saúde; o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e da cidadania, com olhar emancipatório; e a humanização e a integralidade na atenção à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Desse modo, percebe-se a importância dessas práticas estarem incorporadas aos PPC na graduação da saúde, em especial da enfermagem, possibilitando aos seus egressos, não só implementarem em sua práxis esses dispositivos de cuidado, como também, contribuir para a promoção da saúde (mental) na perspectiva da integralidade e consolidação dos princípios do SUS.

Apesar de existir essas orientações referente a inserção dessas práticas nos currículos e de sua relevância para a formação dos alunos do ensino superior, acredita-se que o processo está ocorrendo a passos lentos na graduação, mesmo que as universidades estejam empenhadas a oportunizarem disciplinas em seus cursos, ainda há uma maior formação ou capacitação desses profissionais em cursos de educação continuada ou especializações, sobretudo por iniciativa própria.

É interessante pensar também, em como se daria essa formação aos alunos na graduação, será que temos professores capacitados para oferecer isso aos graduandos? É relevante pensar a respeito, pois será que o ensino superior está se voltando efetivamente para essa área de atuação para que possa problematizar esse conhecimento aos seus egressos? Pode-se pensar ainda se essas práticas são ou serão incorporadas a esses PPC de modo efetivo e não optativo, como outras disciplinas. Quem são ou serão os facilitadores desse conhecimento? São docentes do corpo institucional ou profissionais que prestam cuidado através dessas práticas? Acredita-se que seja necessário que se tenha conhecimento nessa área enquanto alternativa terapêutica em saúde para que o docente enfermeiro esteja apto para transmitir o conhecimento de forma técnica (fundamentada em conhecimento científico) e em consonância com os princípios da PNPIC e do SUS.

Supõe-se que cabe a indagação e reflexão a respeito, para que essas terapêuticas não sejam banalizadas e para que não se entre em um ciclo vicioso referente a formação dos futuros profissionais, pois a literatura a respeito da temática refere a falta de profissionais capacitados para atuar com essas práticas no SUS, mas se essas não forem incluídas de fato nos currículos como uma prática de cuidado e assistência como qualquer outra, possivelmente esbarre-se com essa dificuldade, referente à recursos humanos, por um bom tempo.

Considera-se que por meio das PICs é possível aprender e praticar saúde e cuidado na enfermagem através de ações que promovam ao indivíduo resgatar ou construir capacidade para a promoção da saúde.

Diante disso, é possível afirmar que é oportuna essa formação na graduação de enfermagem, pois percebe-se que o enfermeiro é um profissional que possui qualificações para exercer as PICs, tais como: visão integrativa do ser humano, humanização nas ações em saúde, práticas baseadas no cuidado, sendo que este profissional também atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Vale salientar ainda que, o Conselho Federal de Enfermagem apoia o Ministério da Saúde na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC), portanto o enfermeiro pode atuar de forma regular de acordo com a política, desde que tenha capacitação

na área, a fim de prestar um atendimento qualificado e seguro para a população (COFEN, 2017, 2018).

A expansão na utilização das PICs têm se tornado um novo caminho, ou também pode-se dizer que as mesmas ampliaram a assistência de enfermagem, além disso, a enfermagem contempla por sua natureza a essência do cuidado, assim como as PICs. Ou seja, foco da enfermagem é o ato de cuidar, e o cuidado é amplo. Requer empatia, visão holística, é ver para além da doença, é ter capacidade de compreender as necessidades do sujeito cuidado a partir de um cuidado responsável e efetivo, e as práticas possibilitam integrar isso nas ações do enfermeiro. Essa constatação é observada através dos aspectos referidos pelas participantes:

[...] as PICs na atenção primária elas tem essa função primordial da promoção da saúde, prevenção do adoecimento. Então o enfermeiro, que é uma das profissões presentes em todas as unidades básicas de atenção primária e eu penso que é a profissão do cuidado também né, na nossa formação, por mais que a gente não atue diretamente no cuidado, quando tu escolhe ser enfermeira, tinha uma questão do cuidado inerente a tua profissão. Então as PICs têm a ver com o cuidado, tem a ver com uma escuta qualificada, então eu penso que o enfermeiro é o profissional mais capacitado. (E1)

[...]o enfermeiro ele já é um profissional que tem um olhar pro cuidado, ele já é um profissional que é talhado pra olhar aquele ser humano e ver o que que falta pra esse ser humano se “independizar” e chegar ao seu autocuidado. Eu acho que isso aí já é algo muito importante que tem no âmago do enfermeiro, do profissional enfermeiro. Então as práticas integrativas elas vem complementar esse olhar do enfermeiro, porque eu acho que é esse olhar que é o diferencial. Porque, por exemplo, quando eu vou atender eu atendo, o meu olhar é olhar de enfermeira, é o olhar do processo de enfermagem, é o olhar de saber quais são as necessidades básicas daquele paciente que estão afetadas, aonde, qual o grau de dependência desse paciente, o que ele necessita pra ele se “independizar”, o que ele necessita para ser potente do seu autocuidado. Então é esse olhar, é com esse olhar que eu congrego as outras práticas integrativas pra que eu preste o cuidado de enfermagem com mais excelência. (E3)

Pra mim isso tá tudo integrado, porque a enfermagem ela trabalha mais com a questão do cuidado. (E4)

Considerando as falas acima, há a indicação de que o enfermeiro é o profissional com a formação congruente para atuar com as PICs, agregando seu olhar e assim prestar uma assistência integrativa e holística aos usuários. Essas práticas têm um potencial para que o cuidado de enfermagem seja realizado com excelência, pois o profissional consegue avaliar as necessidades do indivíduo a partir de uma visão holística, que comumente não seria considerada no modelo biomédico, e assim prestar uma assistência adequada às demandas desse indivíduo. As PICs ampliam o olhar do profissional e também do usuário sobre o processo saúde-doença, elas viabilizam para que a doença seja colocada “entre parênteses” (em suspensão), dando espaço para o sujeito com necessidades de saúde. Acredita-se que buscar modelos de cuidado

integrativos, que ampliam a atuação do profissional e auxiliam na efetividade do cuidado sejam essenciais para o bem-estar do ser humano.

Além disso, o fato de que o número de enfermeiros atuando no SUS ser significativo, serviços como os da APS e serviços especializados em saúde em geral e em saúde mental têm entre seus membros obrigatoriamente a participação do enfermeiro. Assim, ao incorporar as PICs no seu processo de trabalho, dado que a sua formação profissional desenvolve uma série de competências que podem ser potencializadas tais como a adoção de práticas inovadoras e de baixo custo em saúde.

De acordo com Magalhães e Alvim (2013), a enfermagem ao produzir práticas de cuidado nesse sentido, possibilita ao sujeito, a partir de trocas e construção de saberes, que o mesmo disponha de autonomia e através disso, seja possível instiga-lo a elaborar seus próprios recursos para a promoção de saúde.

Desse modo as PICs e a enfermagem se conectam através de ações que visam o cuidado integral e por consequência o bem-estar do ser humano. Com relação a isso, as profissionais trouxeram os seguintes relatos:

Acho que é uma profissão muito próxima das PICs. Claro que a gente tem que ter uma identificação, querer gostar né, porque é uma outra forma da gente cuidar, é uma outra forma da gente olhar o processo saúde-doença. Mas acho que o enfermeiro tem todos os instrumentos necessários, se for o desejo dele né, para buscar uma formação nessa área. (E1)

[...]Acho que a enfermeira é fundamental, eu não teria outra formação que eu fizesse que me privilegiasse tanto assim dentro das práticas que eu to[...]Então a questão da enfermagem como essa arte de cuidar, a questão do cuidado tem muito a ver com as PICs. (E2)

[...]Eu acho que as práticas integrativas e complementares elas se casam muito bem com a enfermagem, porque na enfermagem, na profissão já tem esse jeito de olhar né... mais amplo, mais integral. (E3)

E como é apontado por Alvim et al. (2013, p. 145), as PICs “são concebidas como qualificadoras do cuidado. Buscam a interação do enfermeiro com o indivíduo e a energia que os envolve canalizada para o cuidado, energia esta entendida como fator principal na promoção, proteção e recuperação da saúde”, essa reflexão corrobora com as falas dos entrevistados.

A enfermagem é uma profissão que está atrelada a essas recursos, pois ambos possuem as mesmas premissas, como um cuidado humanizado e integral e também sua próxima relação com práticas de prevenção e promoção da saúde.

Além disso, observa-se que é abordado pelos participantes a necessidade que o profissional tenha proximidade com a temática em tela e assim buscar formação adequada.

Entende-se que isso é fundamental para exercer essas práticas com segurança e efetividade e pode-se pensar o enfermeiro como protagonista na construção do cuidado em PICs, visto que o ato de cuidar é a essência da enfermagem.

Ressalta-se ainda que, 12 dessas práticas (acupuntura, fitoterapia, homeopatia, ortomolecular, terapia floral, reflexologia podal, reiki, yoga, toque terapêutico, musicoterapia, cromoterapia e hipnose) são reconhecidas pelo COFEN como especialidade de Enfermagem em PICs, assegurando o respaldo desse profissional para atuação nesse contexto (COFEN, 2018). Observa-se que esse rol de práticas reconhecidas pelo COFEN como especialidade, ainda não contempla todas as PICs mencionadas na PNPIC, dificultando a atuação por enfermeiros que possuem formação em outras áreas de conhecimento desses sistemas terapêuticos e consequentemente reduzindo o escopo de ofertas para os usuários nos serviços de saúde, especialmente no SUS.

Acredita-se que seria interessante que os conselhos profissionais, as instituições de saúde e o próprio Ministério da Saúde pudessem entrar em consenso sobre a utilização dessas práticas pelos profissionais da saúde, quais serão certificadas e assim dando respaldo para os profissionais atuarem.

É relevante nesse sentido, mencionar que a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) faz referência a especialidade em Enfermagem Holística onde há algumas PICs como intervenções essenciais para a efetivação do processo de cuidado do enfermeiro, tais como aromaterapia, arteterapia, biblioterapia musicoterapia, reiki, meditação, toque terapêutico, terapia com animais, terapia de relaxamento, entre outras (BULECHEK, 2016). Observa-se que algumas dessas terapias não fazem parte da PNPIC (ex: toque terapêutico e biblioterapia), mas ainda assim são consideradas terapias alternativas ou complementares ao tratamento alopático, no Brasil e em outros países, como os Estados Unidos.

Percebe-se que essas práticas estão incluídas na NIC como possibilidade do enfermeiro intervir no cuidado em saúde dos indivíduos com a finalidade de promover saúde, e o COFEN, também reconhece que essas práticas utilizam de técnicas milenares para a promoção da saúde, tratamento e reabilitação que tem impacto na saúde mental.

Diante disso, é necessário refletir sobre o processo de trabalho do enfermeiro à promoção da saúde, que de acordo com Nascimento et al. (2017) deve basear-se em estratégias que visem um atendimento integral, e que compreendam o contexto social do indivíduo e da família dele de forma global, a fim de suprir suas demandas, em todos os níveis de atenção à saúde.

A abordagem do sujeito deve envolver aspectos clínicos e psíquicos através de uma escuta sensível, para que se possa elaborar um plano terapêutico eficaz. Essa questão é mencionada pelos profissionais, e isto está vinculado a capacidade do enfermeiro considerar o sujeito e suas potencialidades, o sujeito enquanto sujeito de vida e de histórias. É relevante mencionar que a participante E2 se refere às questões clínicas dos usuários nos serviços de saúde mental, na visão da mesma, essas demandas por vezes podem ser deixadas de lado pelos profissionais de saúde mental. Acredita-se ser importante refletir acerca dessa questão, pois quando há algum sofrimento psíquico ou transtorno mental, em alguns casos, os profissionais acabam por realizar uma abordagem dicotômica do ser humano, desconsiderando assim, a lógica da atenção integral.

Acho que o enfermeiro ele é o profissional ideal pra essa prática porque ele tem uma formação que é muito abrangente na questão clínica e ao mesmo tempo ela vai para a saúde mental onde as questões clínicas são meio negligenciadas. O enfermeiro tem esse papel de também trazer essas questões clínicas, físicas e mostrar que quando eles melhoram o paciente também melhora o humor, então eu acho que tem essa relação, sabe, e o enfermeiro tem a formação ideal nesse sentido, tanto para entendimento de questão clínica quanto questão psíquica e poder atuar nessas duas questões juntas dentro da saúde mental dentro das práticas integrativas. (E2)

[...]na questão da saúde mental, eu acho assim, que o olhar que o enfermeiro tem sobre o outro, como um ser potente e ver até onde estão as potências desse outro ser pra que ele possa de “independizar”, se ele não consegue fazer uma potência total, mas o quanto mais independente ele tiver melhor. Quanto mais ele tiver conseguindo fazer o autocuidado, melhor. (E3)

Outro contexto abordado nos depoimentos refere-se sobre o exercício do enfermeiro enquanto profissional na saúde mental e o quanto as PICs podem sustentar o modo de conduzir os atendimentos na enfermagem.

Essas práticas são um potente referencial para qualificar a escuta, pois permitem uma visão mais sutil, delicada e criativa do cuidado. A capacitação e formação na área de PICs pode trazer sustentabilidade para atuação em serviços de saúde mental.

[...] Olha eu não sei como eu trabalharia na saúde mental se eu não tivesse essa formação, acho que eu ficaria totalmente perdida. [...]Se eu não tivesse essa formação de práticas eu não estaria na saúde mental [...]. É necessariamente pra mim estar aqui na saúde mental essa formação que eu fiz, tanto na medicina chinesa quanto as outras, me deram base para o trabalho que eu faço hoje. [...]Hoje eu faço uma escuta com uma base de conhecimento, pelo yoga, pela ayurveda. A pessoa vai falando e eu já vou vendo a face dela, já vou fazendo uma avaliação, tu entende, é uma escuta muito qualificada, tu entendeu. Vou ajudando ela a olhar umas coisa que ela não tá não conseguindo ver, mas é a partir das PICs, entendeu. Pra mim, certamente como enfermeira, não trabalharia na saúde mental se não tivesse essa formação. Porque as PICs nasceram antes da saúde mental pra mim né, mas ao

mesmo tempo foram elas que me levaram pra trabalhar com a saúde mental, que me levaram à essa visão sutil, mais delicada, mais acolhedora né. (E2)

[...]o processo das PICs é tu poder criar, usar a tua criatividade no atendimento, poder criar, poder fazer o teu fazer não ficar aquém do que o outro precisa, acho que não ficar nesse lugar de que tudo que ninguém quer fazer a enfermagem faz, sabe, tem tudo isso também né. Então acho que foi isso que me... eu não me vejo, não consigo me ver como enfermeira do CAPS sem ter essa formação que eu tenho [...] entendimento que uma constipação pode tá causando uma crise de agressividade que é negligenciada muitas vezes na saúde mental, porque só se vê a questão psíquica, acho que a enfermagem consegue ver bem esse ponto de vista e integrar bem isso, assim, pra ter o entendimento clínico, o físico e o psíquico junto, não separar. Acho que essa é a grande visão que as PICs podem trazer, essa união. (E2)

Percebe-se que o grande diferencial de ser enfermeiro com formação em PICs, é poder conciliar melhor o olhar clínico, em seus aspectos físicos e psíquicos, sem dissociá-los, com vista a uma visão integral.

Nesse contexto é importante o enfermeiro apropriar-se de seu papel frente as PICs, possibilitando assim, ampliar sua atuação e suas ferramentas de diagnóstico e intervenção.

O enfermeiro também é mencionado como promotor de vínculo, sendo possível afirmar que essa percepção esteja associada ao fato de o enfermeiro ser o profissional que mais está em contato com os usuários em todos os níveis de atenção. O vínculo na saúde mental é uma importante ferramenta na condução da terapêutica em conjunto com o usuário.

[...] Eu acho favorável, eu acho que a enfermagem tem uma grande condição de trabalhar com as PICs na saúde, principalmente na saúde mental. [...] o enfermeiro ele faz a produção do vínculo, a atenção básica faz isso. O enfermeiro faz muito a questão do vínculo e as práticas integrativas, no caso, os enfermeiros trabalham, ela precisa de vínculo com o paciente. Então eu acho que a enfermagem, é uma profissão que tem uma grande condição de trabalhar com as PICs na saúde mental, entendeu, eu acho que sim[...] acho que a enfermagem sim, com essas questões do acolhimento e da consulta de enfermagem, a enfermagem tem sim como trabalhar com isto, deveria ser uma das questões de consulta em saúde, em consulta de enfermagem né. (E4)

Nessa fala também é referenciada a utilização das PICs como ferramenta na consulta de enfermagem. A consulta de enfermagem é um direito estabelecido por lei, sendo essa um ato privativo do enfermeiro e que pode ser considerada uma ferramenta fundamental para a atuação do enfermeiro, possibilitando que o profissional realize um cuidado de qualidade.

Para Oliveira (2012) através da consulta de enfermagem é possível detectar precocemente desvios de saúde e realizar o acompanhamento de medidas já instituídas, a fim de proporcionar o bem-estar das pessoas. Viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao usuário, facilita a identificação de problemas e auxilia na tomada de decisões. Considerando, ainda que, a consulta de enfermagem deve estar baseada nos princípios de

universalidade, integralidade, equidade e resolutividade das ações de saúde (DALLA LANA; PERRANDO; RESTA, 2005).

Na consulta de enfermagem a relação interpessoal, empatia, respeito, garantia da autonomia e devem ser transversais durante os demais procedimentos. A realização da consulta como atividade indispensável de enfermagem, para promover a saúde, está diretamente ligada à oferta de cuidado na atenção primária. Em saúde mental, essa contribui como estratégia na longitudinalidade do cuidado na APS e amplia o conjunto de atividades na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e é uma das formas de assistência do cuidado que traz reconhecimento ao profissional, compartilhamento de saberes e dá autonomia possível à pessoa e aos familiares. (BOLSONI, 2015; 2016)

A consulta de enfermagem, deve ocorrer de forma sistemática possibilitando o conhecimento daquele que recebe o cuidado, obtendo subsídios para auxiliar a autonomia do usuário, de forma que as necessidades básicas possam ser identificadas dentro da singularidade do indivíduo, de maneira individualizada. Na APS, a consulta de enfermagem em saúde mental é uma ação privativa do enfermeiro que prioriza a pessoa expressar suas dificuldades, identificá-las e buscar a resolutividade em conjunto com o profissional. Além disso, o enfermeiro é o suporte para a pessoa buscar sua recuperação. A enfermagem atua na saúde mental dos indivíduos, visando a promoção da saúde (mental) a partir do equilíbrio das emoções, adaptações e redução dos níveis de estresse, entre outros (BOLSONI, 2015). Desse modo, acredita-se ser possível utilizar as PICs como dispositivo de cuidado na consulta de enfermagem, especialmente para a saúde mental.

Por exemplo, na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a ansiedade é reconhecida como um possível diagnóstico de enfermagem. Diante disso, foi realizado um estudo numa ESF no estado do Rio de Janeiro, utilizando o Reiki como intervenção de enfermagem aliado ao cuidado de enfermagem à pessoa com ansiedade, bem como a construção de um instrumento de consulta de enfermagem com uso de Reiki (VELLINHO, 2019).

Para isso foi elaborado um plano terapêutico singular para cada um dos dez participantes do estudo onde se utilizou o Reiki com intervenção e cuidado à saúde do trabalhador com relato de ansiedade. Baseado no Processo de Enfermagem foi elaborado um instrumento para nortear a consulta de enfermagem ao trabalhador de saúde, com detalhes operacionais e especificações sobre o cuidado utilizando o Reiki à pessoa com ansiedade, tais como: o que avaliar, o que fazer, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a promoção, prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. O instrumento visa trazer subsídios

para o enfermeiro realizar a consulta de enfermagem com o uso de Reiki para profissionais com relato de ansiedade atuantes no campo de pesquisa (VELLINHO, 2019).

Na etapa primeira etapa onde realiza-se o Histórico de Enfermagem, ocorre o acolhimento norteado por escuta ativa e para levantamento das demandas do profissional com relato de ansiedade, em um ambiente favorável à expressão de suas necessidades, sentimentos e expectativas. Na segunda etapa, do Diagnóstico de Enfermagem é aplicado o questionário sociodemográfico e de saúde, o instrumento de avaliação de ansiedade para identificar as características definidoras e os fatores relacionados à ansiedade dos profissionais. Durante a terceira etapa, que se refere ao Planejamento é elaborado o Plano Terapêutico Singular com o reiki para cada profissional, com número de consultas, tempo estimado e com os resultados esperados de reduzir a ansiedade do profissional de saúde. Na Intervenção de Enfermagem são realizadas as sessões de Reiki, por profissional devidamente habilitado nessa terapia, em um local apropriado e acolhedor para a realização da técnica. Já na etapa de Avaliação aplica-se novamente o instrumento de avaliação da ansiedade para analisar se ocorreu melhora ou não dos níveis de ansiedade (VELLINHO, 2019). Percebe-se que as PICs podem vir a contribuir com a assistência de enfermagem, inclusive na saúde mental do trabalhador, de modo a complementar e ampliar o cuidado, principalmente na saúde mental. É interessante pensar que essas práticas podem ser instrumentos que influenciam fortemente na qualidade da assistência prestada. Constata-se que os enfermeiros devem estar cientes de que realizar ações direcionadas para promoção da saúde é algo cada vez mais necessário, devido ao cotidiano agitado do mundo atual, onde as pessoas estão desenvolvendo cada vez mais ansiedade, depressão, estresse e doenças crônicas como diabetes, hipertensão, entre outros. Diante disso, é necessário que se possa fazer uso de técnicas que almejam produzir relaxamento, autocuidado, autoconhecimento, alívio de sofrimento e bem-estar físico, mental, emocional e espiritual.

Acredita-se que o enfermeiro é um profissional que possui capacidade para exercer esse cuidado a partir das PICs, orientando, indicando e auxiliando no caminho do cuidado à saúde, permitindo o sujeito cuidar de sua própria saúde.

Contudo, salienta-se que cabe ao enfermeiro refletir e se julgar necessário, reivindicar em seus locais de trabalho, a legitimação dessas práticas no cuidado de enfermagem e também a utilização das PICs na consulta de enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa possibilitou analisar as concepções e práticas de enfermeiros sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) enquanto estratégia de promoção à saúde mental nos serviços de saúde de uma instituição de saúde de Porto Alegre.

Para as enfermeiras entrevistadas as PICs são fundamentais para exercer o cuidado de enfermagem com maior primor, para eles essas práticas são um caminho para promover saúde e cuidado, além de entenderem que estas qualificam a escuta, auxiliam na construção do vínculo terapêutico, proporcionam atenção à saúde de modo integral e potencializam o cuidado, especialmente na saúde mental. Além disso, são consideradas novos dispositivos para promover atenção psicossocial por meio de conhecimento inovador que irão agregar à prática de cuidado em saúde mental, possibilitando um novo olhar (integral) sobre o ser humano e consequentemente um entendimento diferenciado acerca do processo saúde-doença.

De acordo com as participantes do estudo, a PNPIC possibilitou fomentar estes recursos terapêuticos e trouxe amparo legal para a utilização das PICs nos serviços de saúde do SUS. E apesar de haver dificuldades no processo de trabalho com essas práticas, é evidenciado pelos enfermeiros diversos benefícios e resultados positivos na saúde (mental) dos usuários. As PICs, como meditação, reiki, acupuntura, auriculoterapia, ayurveda, entre outras praticadas pelas profissionais, foram mencionadas como recursos que promovem e recuperam a saúde (mental) e podem evitar ou minimizar adoecimentos.

Assim, ao longo desta pesquisa percebeu-se que a incorporação de práticas de cuidado que visam atender as necessidades das pessoas a partir de projetos terapêuticos singulares requer, além da compreensão ampliada do que se configura como uma demanda de saúde, maiores investimentos na formação e qualificação de recursos humanos para atuarem na área da saúde e de gestores comprometidos com a implantação de políticas promotoras de saúde como a PNPIC. Outra questão a ser destacada refere-se ao suporte físico, estrutural e de insumos para a utilização dessas práticas, se faz necessário investimento por parte dos gestores, pois acredita-se que é de responsabilidade da gestão prover materiais e não dos profissionais da saúde, uma vez que a PNPIC visa avançar na institucionalização das PICs no âmbito do SUS.

Nesse estudo a PNPIC se mostrou como um marco na consolidação desses recursos terapêuticos no SUS, essa política direcionou e legitimou o processo de trabalho dos profissionais que atuam nesse contexto e sua ampliação trouxe pluralismo para atenção à saúde. Acredita-se que a participação de profissionais de saúde, gestores e usuários na condução dessa política, seja a nível municipal, estadual ou nacional é de suma importância, pois possibilita o

fortalecimento dessas ações pelo SUS através do controle social. Nesse sentido, o Grupo de Trabalho (GT) referenciado pelas participantes da pesquisa, além de ser um espaço com intuito de ofertar educação continuada e capacitação na área, socialização e sustentação para demandas referente ao processo de trabalho, pode ser um potente meio de tensionar e defender os interesses do grupo frente a gestão institucional.

O resgate da abordagem holística (físico, mental, emocional, espiritual) do indivíduo, é evidenciado através dessa pesquisa, possibilitando que o mesmo seja atendido de acordo com suas demandas, de modo que a integralidade da atenção à saúde seja, de fato, incorporada nos diversos cenários de cuidado. É perceptível que através das PICs pode-se desenvolver ou resgatar a autonomia, autoconhecimento, autocuidado, bem-estar, saúde (mental) dos sujeitos, por consequência compreende diversos benéficos como demonstrado nesta pesquisa. Constatou-se também que essas práticas possuem caráter desmedicalizador, indo de encontro ao modelo biomédico, enfatizando o sujeito e não a doença. No campo da saúde mental as PICs podem se tornar um dispositivo que promove a redução na utilização de psicofármacos, auxiliam na construção do vínculo terapêutico e escuta qualificada e no tratamento dos transtornos mentais, a fim de abarcar os pressupostos da promoção à saúde mental, e assim ampliar o cuidado à saúde mental da população.

Pode-se compreender até esse momento que as PICs já fazem parte do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde do SUS, sendo frequentemente utilizado por profissionais da enfermagem. Nesta pesquisa o enfermeiro foi apontado como o profissional que possui qualificação para atuar com esses recursos, visto que é a enfermagem uma profissão que traz em sua essência do ato de cuidar, de forma humanizada e integral, o que por sua vez tem proximidade com os princípios das PICs. Para as participantes, o enfermeiro possui formação que o possibilita compreender o ser humano como um ser biopsicossocial e assim ter maior entendimento referente a questões clínicas e psíquicas e, conseqüentemente atuar de forma a envolver o biológico e psíquico na atenção psicossocial incorporando as práticas integrativas e complementares.

Adoção dessas práticas é uma estratégia para que o enfermeiro qualifique e viabilize o cuidado de forma a prevenir agravos, promover e recuperar a saúde. O presente estudo traz importantes contribuições para a formação, qualificação e atuação de profissionais de saúde nos serviços públicos, no sentido de indicar não só as circunstâncias e os fatores implicados como também, apontar a relevância dessas práticas no campo da promoção da saúde (mental).

Outro aspecto a ser considerado diante deste estudo, refere-se a liberdade de escolha pela terapêutica a ser utilizada, que se aplica tanto aos usuários dos serviços de saúde quanto

aos profissionais neles atuantes, pois essa condição está baseada no cuidado ético prestado pela enfermagem e também pelos diretrizes da PNPIC. Dessa forma, salienta-se que profissionais e principalmente os usuários, devam estar a par das discussões e decisões sobre a utilização das PICs no processo de cuidado a fim de compreender o que cada um entende e pensa a respeito, e de como a sua participação se daria de forma efetiva na implementação dessas práticas.

Diante desta pesquisa e reflexões, é possível afirmar que as PICs sob a ótica das enfermeiras, se configuram como estratégias para a promoção, prevenção e recuperação da saúde (mental). Ressalta-se que para a pesquisadora é um compromisso social das universidades, das instituições públicas de saúde, dos gestores e profissionais da saúde o desenvolvimento e incorporação de tecnologias de cuidado e de integralidade da atenção à saúde, como as PICs, com a finalidade de promover saúde individual e coletiva.

Este estudo teve como limitação a dificuldade para acessar os participantes por se tratar de um grupo específico de entrevistados e devido a este momento atípico que estamos vivenciando ocasionado pela pandemia Covid-19.

Sugere-se que estudos semelhantes a este possam ser desenvolvidos em outros cenários para comparação dos resultados com vistas ao fortalecimento das PICs realizadas por enfermeiros para a promoção da saúde mental. Os resultados desta pesquisa serão apresentados ao COREN/RS e ABEN com o intuito de subsidiar a tomada de decisão e orientação para o uso de PICs por enfermeiros.

Contudo, é oportuno mencionar que embora a participação dos usuários enquanto controle social, não tenha sido referenciada pelos participantes neste estudo, entende-se que essa participação é relevante para aperfeiçoar as ações em saúde a partir das necessidades dos sujeitos através de políticas públicas, como a PNPIC. Diante disso, deve-se considerar a realização de pesquisas sobre participação do usuário, e que esse possa ser ouvido na implementação e na condução das ações referentes às PICs, fortalecendo o controle social.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.R; ATHAYDE, F.T.S. Promoção da saúde, qualidade de vida e iniquidade em saúde: reflexões para a saúde pública. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 9(2), 165-172, jun, 2015.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Temas em Saúde. Rio de Janeiro, 3ª Edição, Ed. Fiocruz, 2011.
- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2001.
- ALVIM, N.A.T. et al. Práticas integrativas e complementares no cuidado: aplicabilidade e implicações para a enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 17, 2013, p. 137-152. Natal: **O clássico e o emergente: Desafios da pesquisa em enfermagem**, 2013.
- AKERMAN, M. **Delineando um marco conceitual para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida**. Abrasco-Pró-GT de Promoção da Saúde e DLIS. Rio de Janeiro-Porto Alegre, 2003.
- AZEVEDO, E; PELICIONI, M.C.F. Práticas Integrativas e Complementares de desafios para a educação. **Trab. Educ Saúde**; 9(3):361-378, 2011.
- ALBUQUERQUE, M. C. S. Et al. Relacionamento Interpessoal entre usuários e profissionais de saúde na atenção psicossocial. **Cogitare Enferm**. Jul/set; 21(3): 01-09, 2016.
- AURELIANO, A.W. Terapias espirituais e complementares no tratamento do câncer: a experiência de pacientes oncológicos em Florianópolis (SC). **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 21 (1): 18-24, 2013.
- ANTUNES, C.E et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Revista electrónica trimestral de enfermería. Enfermería Global**, n. 29, enero, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Atitude de Ampliação de Acesso. Brasília (DF), 2006b.
- _____. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.
- _____. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, 2016. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 07 abril 2016. Capítulo 3, art. 5º.

_____. Lei n. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. **Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 fev. 1998.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 set. 1990.

_____. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 09 abr. 2001.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil Brasília: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF) 1986b.** (citado em setembro, 2019) Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde:** Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, 2001.

_____. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 1986, Brasília. **Relatório final.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da saúde.** Secretaria da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da saúde. Documentos para discussão. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Opas, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. Ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS) e Departamento de Atenção Básica (DAB). Brasília (DF), 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2017^a**, Altera a Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 272 p. 2012.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. Promoção de saúde e qualidade de vida. Tema: Cidades Saudáveis. **Radis**, n.19, p.12-3, 2000.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. **Recomendação nº 041 de 22 de maio**, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Boletim quadrimestral do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde, 2020.

BARROS, N.F; TOVEY, P. O ensino das terapias alternativas e complementares em escolas de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 28(2), p.207-14, mar. 2007.

BARROS, M.M.M.; JORGE, M.S.B.; PINTO, A.G.A. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 72-83, 2010.

BARBOSA, K. C et al. Efeitos da Shantala na Interação entre Mãe e Criança com Síndrome de Down. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum**, 21(2): 356-61, 2011.

BUSS, M. P. **Promoção da Saúde como orientadora das práticas em saúde**: Promoção da Saúde: Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BARRY, M. M. Addressing the determinants of positive mental health: Concepts, evidence and practice. **International Journal of Mental Health Promotion**, 11(3), 4-17, 2009.

BACKES, V. M. S.; NIETSCHE, E. A.; CAMPONOGARA, S. et al. A educação continuada dos alunos egressos: compromisso da universidade? **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 200-204, mar./abr. 2002.

BEZERRA, I.C; MORAIS, J.B; PAULA, M.L; SILVA, T.M.R; JORGE, MS.B. Uso de psicofármacos na Atenção Psicossocial: Uma Análise à Luz da Gestão do Cuidado. **Saúde em debate**, v.40, n.110, p. 148-161, 2016.

BIRDEE, G.S.; AYALA, S.G.; WALLSTON, K.A. Cross-sectional analysis of health-related quality of life and elements of yoga practice. **BMC Complement Altern Med**, 17: 83, 2017.

BURKE, A.; LAM, C.N.; STUSSMAN, B. et al. Prevalence and patterns of use of mantra, mindfulness and spiritual meditation among adults in the United States. **BMC Complement Altern Med** 17: 316, 2017.

BULECHEK, G.M et al. **Classificação das intervenções em enfermagem (NIC)** [tradução de Denise Costa Rodrigues], 6. Ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

BUÓGO, M; KRUNO, R..B; SOARES, A.L; STROSCHEIN, K. A. O cuidado e o ensino das práticas integrativas: relato de experiência. **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, Jun, 11: 59, 2012.

BOLSONI, E.B; HEUSY, I.P.M, SILVA, Z.F, PADILHA, M.I, RODRIGUES, J. Consulta de enfermagem em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, out.-dez.;11(4):199-07, 2015.

BOLSONI, E.B; HEUSY, I.P.M; SILVA, Z.F; PADILHA, M.I; RODRIGUES, PERES, J.M; MORAIS, R. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: revisão Integrativa. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. (Ed. Port.) vol.12, n.4, Ribeirão Preto, dez. 2016.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CAMPOS, G.W.S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**, In: Campos G.W.S. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc Saúde Coletiva**, 9(3):669-78, 2004.

CESTARI, V.R.F; FLORÊNCIO, R.S; MOREIRA, T.M.M; PESSOA, V.L.M.P, BARBOSA, I.V; LIMA, F.E.T, et al. Nursing competencies in promoting the health of individuals with chronic diseases. **Rev Bras Enferm**, 69(6):1129-37, 2016.

CONTATORE, O.A. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, Out. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 581/2018**. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós- Graduação Lato e Strictu Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Brasília (DF): COFEN; 2018. [Citado em dezembro, 2019] Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 573 de 31 de janeiro**, Aprovar o Parecer Técnico no 28/2018 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem, conforme anexo, 2018.

_____. **Resolução nº 569, de dezembro**, que aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, destinado a apresentar novos princípios gerais a serem incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de todos os cursos de graduação da área da saúde, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos nas IES, 2017.

CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

CZERESNIA, D; MACIEL, E.M.G.S; OVIEDO, R.A.M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

CHAER, L. Uma pesquisa sobre holismo e educação holística. *Fragmentos de Cultura*. Goiânia, v.16, n.4, p.555-66, abr.2006.

COSTA, A. S.; LOPES, S.; CORRALO, V.S; SÁ, C.A. O uso da acupuntura antes, durante e após a gestação: Uma revisão integrativa. **FisiSenectus**, Unochapecó, ano 5, n. 2, Jul/Dez., p. 13-26, 2017.

DOMINGOS, T. S; BRAGA, E. M. Massage with aromatherapy: effectiveness on anxiety of users with personality disorders in psychiatric hospitalization. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 49, n. 3, p.450-456, jun. 2015.

DALLA LANA, L.; PERRANDO, M.S; RESTA, D.G. **Consulta de enfermagem: um processo de cuidado**. Congresso Brasileiro de Enfermagem, nov. 2005.

ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. Saúde Mental na Escola: o que os educadores devem saber. São Paulo: Artmed, 2014.

FERNANDES, M.C.P; BACKES, V.M.S. **Educação em saúde**: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**, 2010.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência Saúde Coletiva**, maio/jun; 14(3): 743-52, 2009.

FERRAZ, I.S Et al. Autonomia do usuário na implementação de práticas integrativas complementares. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n.39 San José, Jul./Dec. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, Jan/mar. 2017.

HILL, A. **Guia das medicinas alternativas: todos os sistemas de cura natural**. São Paulo: Hemus, 1980.

HABIMORAD, P.H.L et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(2):395-405, 2020.

HERMAN, H.; SAXENA, S.; MOODIE, R. **Promoting mental health**: Concepts, emerging evidence, practice. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. Geneva: World Health Organization, 2005.

HAGEMANN, P. De M. S; MARTIN, L. C.; NEME, C.M. B. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas de depressão de pacientes em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.**, vol.41, n.1, pp.74-82, 2018.

HORTA, W.A.- Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enf. USR**, 5(1) 7-15,1974.

IÇEL, S.; BASOGUL, C. Effects of progressive muscle relaxation training with music therapy on sleep and anger of patients at Community Mental Health Center. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, 43 (2021) 101338.

KINSER, P. A. Et al. Feasibility, Acceptability, and Effects of Gentle Hatha Yoga for Women With Major Depression: Findings From a Randomized Controlled Mixed-Methods Study. **Archives Of Psychiatric Nursing**, Virgínia, v. 27, n. 3, p.137-147, jun. 2013.

KASPER, S; GASTPAR, M, MULLER, W.E, VOLZ, H.P, MOLLER, H.J, DIENEL, A. Silexan, an orally administered Lavandula oil preparation, is effective in the treatment of 'subsyndromal' anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. **Int Clin Psychopharmacol**. 2010;25(5):277-87.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, p.615-634, 2006.

LEMOS, J.Z; BATISTA, T.A; CANCIAN, T.A. Terapias alternativas sob o olhar dos graduandos em enfermagem. **Revista do Centro Universitário Barão do Mauá**, v.1, n.2, jul/dez.2001.

LINHARES, Â. M. B. Linguagens e Tecnologias: três histórias para um começo de conversa sobre arte e saúde. DF, ano 19, boletim 17, 2009.

LUZ, M. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas**: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): p.145-76, 2005.

LIMA, K.M.S.V.; SILVA, K.L.; TESSER, C.D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 261-272, 2014.

MASCARENHAS, N.B, MELO, C.M.M, FAGUNDES, N.C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev Bras Enferm**, Brasília, nov/dez; 65(6): 991-9, 2012.

MCMANUS,D. E. Reiki Is Better Than Placebo and Has Broad Potential as a Complementary Health Therapy. **Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine**, v. 22(4) 1051-1057, 2017.

MAEYAMA, M. A; DOLNY, L. L; KNOLL, R.K. Atenção básica à saúde [recurso eletrônico]: aproximando teoria e prática. Itajaí: UNIVALI, 2018.

MAEYAMA, M. A; JASPER, C.H; NILSON, L. G.; DOLNY, L. L.; CUTOLO, L. R. A. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.2, n.2, 2015.

MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. (org.). **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: LMP editora, 2006.

MACHADO, A.K.C; TERTULIANO, C.V.M. **Eficácia das Práticas Integrativas e Complementares na saúde mental da pessoa idosa**. Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, s/d.

MACHADO, L.C.B. **Práticas integrativas e complementares no tratamento de crianças e adolescentes com diabetes melito tipo 1: construção de um perfil**. Dissertação (Mestrado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

MACHADO, F.A.V; RODRIGUES, C.M, SILVA, P.A. Influência da Reflexologia Podal na qualidade do sono: estudo de caso. **Cad Naturol Terap Complem**, 2013.

MINAYO, M. C. De S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 Ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MIRANDA, A.S. Proposição de escopo para a avaliação da gestão no Sistema Único de Saúde. Relatório final de consultoria prestada ao Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2005.

METCALF, E.B; BERGER, C.B; NEGRI FILHO A.A. **A medicina tradicional, alternativa e complementar**. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, p.160-5, 2004.

MEHRY, E.E; FRANCO, T.B. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, abr., 2012.

MENÉNDEZ, E. L. Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

MENDES, D. S; MORAES F.S; LIMA, G. O; SILVA, P. R; CUNHA, T. A; CROSSETTI, M. G. O, et al. Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. **Journal Health NPEPS**, 4(1):302-318, jan/jun, 2019.

MOSCOVICI, F. Equipes Dão Certo: a multiplicação do talento humano. 9ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.

MOTA, M.T.S; LOPES, F.A. Temas e práticas sobre saúde, sexualidade e interação social. Natal, RN: EDUFRN, 2016.

MANFROI, N.M.; CORREIA, P.M.S; FRANZONI, W.C.; MORAES, B. L; STEIN, F.; MARINHO, A. Dor: o impulso na busca pela saúde por meio de práticas integrativas e complementares. **BrJP**, vol.2 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2019.

MONTEIRO, M.M; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M.F.S.A. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP** vol.43 no.2 São Paulo June 2009.

MAGALHÃES, M.G.M.; ALVIM, N.A.T. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 646-653, out.-dez., 2013.

NASCIMENTO, M.G.G; NADALETI, N.P; NADALETI S.C. O processo de trabalho do enfermeiro na promoção da saúde mental da população atendida na ESF: **uma análise reflexiva**, 2017. [Citado em maio, 2020] Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2097>>.

NASCIMENTO, M.C; ROMANO,V.F; CHAZAN, A.C.S; QUARESMA, C.H. Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Desafios para as universidades públicas. **Trab. Educ. Saúde** vol.16, n.2, Rio de Janeiro maio/ago. 2018.

OLIVEIRA, J.A; TEIXEIRA, S. M. F. (Im) **Previdência social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes,1989.

OLIVEIRA, H.M; GONÇALVES, M.J.F. **Educação em saúde**: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm**, Brasília, nov/dez; 57(6):761-3, 2004.

OLIVEIRA, Â.G.R.C; SOUZA, E.C.F. **A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial**, 1998.

ORNELA, R.G. Et al. Acupuntura no tratamento da obesidade. **J Health Sci Inst.**, 34(1):17-23, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Carta de Bangkok**. Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Bangkok, Tailândia, de 5 a 11 de agosto de 2005. [Citado em setembro, 2019] Disponível em: <www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/Carta%20Bangkok.doc>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Conferência de Nairobi**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, VII, Nairobi, 63 Kenya, 26 a 30 de Outubro de 2009.

_____. **Traditional Medicine Strategy 2002-2005**. Geneva: WHO, 2002.

_____. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

_____. **Declaração de Helsinque: sobre saúde em todas as políticas**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, VIII, Helsinque, Finlândia, 10 a 14 junho de 2013. [Citado em setembro, 2019] Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8%C2%AAConfer%C3%AAncia-Internacional-de-promo%C3%A7%C3%A3o-daSa%C3%BAde.pdf>>.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. BIS – Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PARANAGUÁ, T.T.B; BEZERRA, A.L.Q. Atuação do enfermeiro em um hospital especializado em práticas integrativas. **Rev Enferm UERJ**; 16(2):261-7; 2008.

PEREIRA, I. M. T. B., PENTEADO, R. Z., MARCELO, V. C. **Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável**. O mundo da saúde, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

PINHEIRO, R. **Práticas de saúde e integralidade**: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências, Brasília, 2002.

POLICARPO, M.C. **Integração das Medicinas Alternativas e Complementares no Plano Nacional de Saúde**. Dissertação de Mestrado em Gestão. Instituto Universitário de Lisboa, Portugal. Maio, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da saúde. **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC/RS)**. Porto Alegre, Mar. 2015.

ROECKER, S; MARCON S.S. **Educação em saúde: relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar**. Investig Educ Enferm. 29(3):381-9, 2011.

RANDOW, R. Et al. As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) como Ações de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte: Lian Gong em 18 Terapias. **Braz. J. Hea. Rev**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 16310-16325, nov./dez. 2020.

RAMOS, A.C.S. O yoga como mediador de aprendizagens para a promoção da saúde: entre cuidado, práticas e experiências de si. Dissertação de mestrado: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 144f, 2018.

REIS, C.C.L.; HORTALE, V.A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.492-501, mar./abr. 2004.

RICHARD, A.; SHEA, K. Delineation of Self-Care and Associated Concepts. **J Nurs Scholarsh**, 43(3):255-64, 2011.

ROSA, L.A; MIRANDA, S.V.A. O Yoga como prática integrativa na promoção de saúde mental: uma ferramenta ética para o cuidado de si. **Rizoma: experiências interdisciplinares em ciências humanas e ciências sociais aplicadas**, v. 1, n.2, p. 178-190, Abril, 2017.

SCHACHT, L. Et al. Aplicação da auriculoterapia em um grupo de tabagismo: relato de experiência. **Saúde E Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar**, 9(Supl.1), 23-24, 2020.

SANTOS, J.L.F.S; WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estud. Av.** Vol.13 no.35 São Paulo Jan./Apr. 1999.

SANTOS, AM; ASSIS, M.M.A; NASCIMENTO, M.A.A; JORGE, M.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**; 42(3):464-470, 2008.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, vol.17, n.11 Rio de Janeiro, Nov. 2012.

SOUZA, C.M et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo,36(3):452-460, 2012.

SEQUEIRA, C.; CARVALHO, J. C; SAMPAIO, F; SÁ, L, LLUCH-CANUT, T. MERINO, J.R. Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.11 Porto jun. 2014.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SIMONE, M.S. **Medicina ayurvédica e qualidade de vida**. Rev. Yoga.pro. Ago 2005.

SINGER, J. ADAMS, J. Integrating complementary and alternative medicine into mainstream healthcare services: the perspectives of health service managers. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, (14):167, 2014.

SIDANI, S. Self care. In: Doran D. Nursing Outcomes: the state of science. 2^a ed. USA: **Jones & Bartlett Publishers**, p.131-200, 2011.

SILVA, F.K.G; et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 30 (01) Jun. 2020.

SILVA, C.J.A; ALBUQUERQUE, M.K. Uma crítica à medicalização da vida: contribuições da abordagem centrada na pessoa. **Científico**, v. 19, n. 39, Fortaleza, jan./jun. 2019.

SIBIYA, M.N; MAHARAJ, L.; BHAGWAN, R. Perceptions of professional nurses towards complementary and alternative modalities (CAM) in the uMgungundlovu District, KwaZulu-Natal. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, 7 (2017) 18–23.

SALLES, L. F., RAFAEL, HOMO R.F. B.; SILVA, M. J. P. S. Situação do ensino das Práticas Integrativas e Complementares nos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia e Medicina. **Cogitare Enferm.** 19(4):741-62014; Out/Dez.

TROVÓ, M.M; SILVA, M.J.P. **Terapias alternativas/ complementares**: a visão do graduando de enfermagem. São Paulo, **Rev. Esc. Enfermagem USP**, 36(1), p. 80-7, fev. 2002.

TESSER, C. D. (org.). **Medicinas complementares: o que é necessário saber**. São Paulo: Ed. Unesp, 2010.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-20, 2008.

TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção de saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad Saúde Pública**, 25(8):1732-1742, 2009.

TESSER, C.D; SOUSA, I. M. C. De. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas afinidades Eletivas. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.2, p.336-350, 2012.

TESSER, C.D; SILVA. E.D.C da. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.11, p. 2186-2196, nov, 2013.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C.; NASCIMENTO, M.C. Práticas Integrativas e Complementares na atenção primária à saúde brasileira. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 174-188, set., 2018.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. São Paulo, **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.2, p.286-90, ago.1996.

TONIOL, R. Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. **Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur**, XXV (43), 2015.

TAKETA, H.O et al. Práticas Integrativas e Complementares Aplicadas à Saúde Mental: uma Prática de Humanização. In: **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde** [= Blucher Medical Proceedings, num.2, vol.1]. São Paulo: Editora Blucher, 2014.

VASCONCELLOS, M.J.Es. **Pensamento sistêmico**: novo paradigma da ciência. Campinas: Papyrus, 2002.

VOLKAPIC, C. F; RANGÉ,B. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Terapia Cognitiva**. V.7, n.1, Rio de Janeiro, jun., 2011.

VASCONCELOS, M.G.F; JORGE, M.S.B; CATRIB, A.M.F; BEZERRA, I.C; FRANCO, TB. Therapeutic design in Mental Health: practices and procedures in dimensions constituents of psychosocial care. **Interface** (Botucatu), 20(57):313-23, 2016.

VERAS, J.V. et al. Impacto da musicoterapia em uma unidade de terapia intensiva em São Luís MA: relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.2, p. 16900-16907 feb. 2021.

VELLINHO, L.P.B. Reiki aliado ao cuidado de enfermagem à pessoa com ansiedade: Proposta de Instrumento para Consulta de Enfermagem. Dissertação de Mestrado Profissional, UFF, Niterói, 80f., 2019.

YASUI, S.; LUZIO, C.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis e Psique**, 8(1): 173 – 190, 2018.

WANG, C.; PREISSER, J.; CHUNG Y.; LI, K. Complementary and alternative medicine use among children with mental health issues: results from the National Health Interview Survey. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, 18:241, 2018.

WOELK, H; SCHLAFKE, S. A multi-center, double-blind, randomised study of the Lavender oil preparation Silexan in comparison to Lorazepam for generalized anxiety disorder. **Phytomedicine**. 2010;17(2):94-9.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

1. CABEÇALHO	
Data: / /2020	Nº da Entrevista:
Local da entrevista:	Tempo duração:
Entrevistador:	Local de trabalho: () USF () UBS () CAPS

2. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO		
PICs:	Sexo: () M () F	Idade
Formação complementar:	Religião ou crença:	
Tempo de serviço:		
Em relação as PICS, responda:		
<ul style="list-style-type: none"> • Quais PICs você conhece? • Possui alguma formação específica nessas práticas? (Quais cursos você realizou?) 		

3. QUESTÕES DE ENTREVISTA
<ul style="list-style-type: none"> • O que você sabe sobre a Política de Práticas Integrativas e Complementares do SUS? • Que práticas você utiliza no seu exercício profissional? • Há quanto tempo utiliza essas práticas? • Utiliza algum insumo/material para realizar a PICs? (Como consegue este material?) • O que te motivou a buscar essas práticas? • Que benefícios você identifica no uso dessas práticas? • Que dificuldades você identifica na utilização dessas práticas? • Na sua opinião há relação das PICS com a Promoção da Saúde (mental)? • Como essas práticas podem favorecer a promoção da saúde mental dos usuários/pacientes?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulada “Práticas Integrativas e Complementares: Concepções e Práticas de Enfermeiros como Estratégia de Promoção à Saúde Mental”.

Justificativa

No contexto da Promoção à Saúde, as Práticas Integrativas e Complementares apresentam-se como importantes estratégias de cuidado. Acredita-se que a inclusão dessas práticas no tratamento à saúde dos usuários do SUS poderá contribuir não somente nas patologias físicas, mas também na totalidade do sujeito como ser biopsicossocial. Para tanto, faz-se necessário discutir sobre a sua utilização e potencialidades na promoção à saúde mental, e que desta forma as mesmas possam contribuir para a reorientação do atual modelo de saúde e consolidação de políticas públicas na área.

Objetivo da pesquisa: Analisar as concepções e práticas dos enfermeiros acerca das Práticas Integrativas e Complementares enquanto estratégia de promoção à saúde mental.

Os riscos associados ao estudo são mínimos, estando relacionados a possíveis desconfortos emocionais durante as entrevistas com o pesquisador, pois os participantes irão falar sobre aspectos de seu processo de trabalho. Caso haja desconfortos consideráveis, a pesquisadora solicitará ao participante se deseja ser encaminhado e/ou acompanhado por algum serviço de apoio para atendimento psicossocial específico. O participante da pesquisa que vier a sofrer algum tipo de dano resultante da sua participação neste estudo poderá solicitar assistência ou indenização, estejam estes danos previstos ou não no TCLE.

Os documentos da pesquisa, entre eles o TCLE, as entrevistas gravadas e transcritas estarão sob a guarda dos pesquisadores deste estudo e serão armazenadas em arquivo digital no computador e em arquivos de documentos impressos por cinco anos a contar a data de divulgação dos resultados da pesquisa junto à UFRGS. A participação neste estudo não trará benefício direto ao participante, porém contribuirá para o aumento dos conhecimentos sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros, auxiliando na visibilidade da temática.

Fui informada ainda:

- dos riscos e benefícios do presente estudo, assim como da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da metodologia, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa desenvolvida.
- que não terei nenhum tipo de ônus em participar da mesma, tampouco terei ressarcimento ou recebimento de valores por ter participado dessa pesquisa. Estou consciente de que minha participação é voluntária;
- da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- da segurança que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- da garantia que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
- da segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

A pesquisa observará também a sua adequação no que diz respeito aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas, prevalecendo sempre às probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis, tanto individuais como coletivos.

Neste termo e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados. Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

A mestranda responsável pelo estudo é Andrêssa Corino Mostardeiro (contato: ddssa06@hotmail.com) e está sendo desenvolvida sob a orientação do Professor Marcio Wagner Camatta (contato: mcamatta@gmail.com). Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniela Montano Wilhelms, Coordenadora-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2813, endereço Av. Francisco Trein 326, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – CETPS (ESCOLA TÉCNICA GHC), Gerência de Ensino e Pesquisa, das 08h às 12h e das 14h:30min

às 15:30h. Ou poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia pelo telefone (51)3308-5698/ e-mail: cep-psico@ufrgs.br , endereço Rua Ramiro Barcelos 2600, sala 116, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre.

Data: ____/____/2020.

Assinatura do participante ou responsável: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

ANEXO A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: concepções e práticas dos enfermeiros como estratégia de promoção à saúde mental

Pesquisador: MARCIO WAGNER CAMATTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 36048720.0.0000.5334

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.328.941

Apresentação do Projeto:

Os princípios da promoção da saúde possibilitam uma direção para a construção de ações efetivas que ofereçam mudanças das condições de vida das pessoas e das comunidades. Estas ações podem e devem ser realizadas nos espaços micro e macropolíticos, através de projetos que abarquem a interface de diversos setores e

políticas públicas, como também tecnologias de cuidado (MAEYAMA et al., 2015). Diante dessas contextualizações, percebe-se que os pressupostos do movimento da Promoção da Saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Salienta-se ainda, que o atual conceito de promoção da saúde, discutido pelo referencial teórico sob a interpretação de Dina Czeresnia, está relacionada a valores, ações individuais, governamentais comunitárias e intersetoriais e dos profissionais e serviços de saúde. Da mesma forma, sinaliza para a premência da implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes

favoráveis à saúde e reorientação dos serviços de saúde (CZERESNIA, 2009). Desde então, a criação de políticas públicas voltadas à integralidade da atenção à saúde que, segundo Pinheiro (2002, p.15) pode ser compreendida como "ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema". Inserido neste contexto de mudanças no campo da saúde, novas estratégias de cuidado vêm sendo instituídas, dentre as

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -



Continuação do Parecer: 4.328/941

quais se destacam as (PICs), também chamadas de terapias alternativas complementares, foco do presente estudo.

Segundo Hill (1980), as práticas integrativas e complementares são técnicas que visam à assistência à saúde dos indivíduos, no campo da prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as concepções e práticas dos enfermeiros sobre as Práticas Integrativas e Complementares enquanto estratégia de promoção à saúde mental nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Grupo Hospitalar Conceição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos associados ao estudo são classificados como mínimos e estão relacionados a possíveis desconfortos emocionais durante as entrevistas, visto que os participantes irão falar sobre aspectos de seu processo de trabalho.

Benefícios:

A participação neste estudo não trará benefício direto ao participante, porém contribuirá para o aumento dos conhecimentos sobre a temática em estudo e seus resultados poderão contribuir para estudos posteriores e, sobretudo, poderá auxiliar na visibilidade e consolidação das PICs.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo que será realizado com seis enfermeiros que atuam em unidades de saúde do GHC, nas quais se ofertam PICs. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas e os dados serão analisados por meio da análise temática de Minayo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória como a autorização da instituição de origem e o termo de consentimento livre e esclarecido contendo terminologia acessível aos participantes do estudo com riscos e benefícios, local e tempo de guarda as informações coletadas, objetivos do estudo, possibilidade de retirada do consentimento em qualquer tempo, garantia de anonimato, dados para contato com pesquisadores e com o comitê de ética em pesquisa estão presentes, assim como dados detalhados do projeto e dos pesquisadores, direito do participante a solicitar

indenização através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954; entre outras; e Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 19)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -**



Continuação do Parecer: 4.328.941

Recomendações:

RECOMENDAÇÃO DURANTE PANDEMIA COVID-19

Recomendamos verificar a pertinência e necessidade de adaptação da metodologia proposta pelo estudo em relação à pandemia da COVID-19.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os documentos apresentados no projeto indicam que este contempla os requisitos éticos indicados nas normativas para pesquisa com seres humanos.

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e finais da pesquisa, por meio de plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório", para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme norma operacional CNS 001/13.

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomendamos a todos os pesquisadores que avaliem os seus projetos de pesquisa em andamento e considerem os impactos da COVID-19 na continuidade de sua realização.

Esta recomendação se aplica a todos os projetos de pesquisa. Devem ser avaliadas as situações de interação pessoal em coletas de dados e outras situações decorrentes da realização dos estudos.

Caso necessite de uma consultoria, o CEP do Instituto de Psicologia fica à disposição para discutir cada situação de forma pontual.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1573580.pdf	24/09/2020 22:30:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_andressa_ok.docx	24/09/2020 21:40:53	Andrêssa Corino Mostardeiro	Aceito
Outros	CEP_TABELA_PARECER_andressa.docx	24/09/2020 21:31:41	Andrêssa Corino Mostardeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pdf_ok.pdf	24/09/2020 21:25:48	Andrêssa Corino Mostardeiro	Aceito
Outros	pendencia_respondida.docx	12/08/2020 13:46:37	Andrêssa Corino Mostardeiro	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -



Continuação do Parecer: 4.328.941

Outros	Aprovacao_compesq_andressa.pdf	29/07/2020 21:09:17	Andréssa Corino Mostardeiro	Aceito
Outros	Ata_qualificacao.pdf	29/07/2020 21:05:04	Andréssa Corino Mostardeiro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_PICS_Andressa_assinada.pdf	09/07/2020 16:10:56	MARCIO WAGNER CAMATTA	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_andressa.pdf	02/07/2020 17:20:24	Andréssa Corino Mostardeiro	Aceito
Outros	Lattes_Marcio_Camatta.pdf	02/07/2020 17:17:45	Andréssa Corino Mostardeiro	Aceito
Outros	relacao_integrantes_projeto_pesquisa.pdf	02/07/2020 17:17:06	Andréssa Corino Mostardeiro	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_relatorio.pdf	02/07/2020 17:16:09	Andréssa Corino Mostardeiro	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.pdf	02/07/2020 17:14:39	Andréssa Corino Mostardeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 08 de Outubro de 2020

Assinado por:
Oriana Holsbach Hadler
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 Fax: (51)3308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

ANEXO B



**TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR/SERVIÇO
ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA NO GHC**

Ref.: Projeto de pesquisa intitulado: **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL.**

Eu, **HELENA BEATRIZ SILVEIRA CUNHA** responsável pelo setor/serviço **GERÊNCIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA/HNSC/GHC**, tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa supracitado, desenvolvido por **ANDRÊSSA CORINO MOSTRADEIRO & MARCIO WAGNER CAMATTA**, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 29 de Junho de 2020.

Assinatura do Chefe do Serviço

Carimbo: Helena Beatriz Silveira Cunha
Gerente de Saúde Comunitária
Grupo Hospitalar Conceição