



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL

ROSE MARY BORBA COSTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS E TRABALHADORES
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE**

FEIRA DE SANTANA – BA

2025

ROSE MARY BORBA COSTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS E TRABALHADORES
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas,
Planejamento, Gestão em Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão do Trabalho,
Educação Permanente e o Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lúcia Silva
Servo

FEIRA DE SANTANA – BA

2025

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Costa, Rose Mary Borba
C875r Representações sociais de usuários e trabalhadores da Atenção
Primária à Saúde sobre as práticas integrativas e complementares em
saúde/ Rose Mary Borba Costa. – 2025.
185f. : il.

Orientadora: Maria Lucia Silva Servo

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva, 2025.

1. Atenção primária à saúde. 2. Usuários e trabalhadores da saúde.
3. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. 4. Representações
sociais. I. Servo, Maria Lucia Silva, orient. II. Universidade Estadual de
Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Mestrado
Profissional em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU: 614

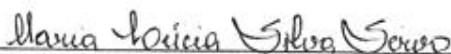
ROSE MARY BORBA COSTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS E TRABALHADORES
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE**

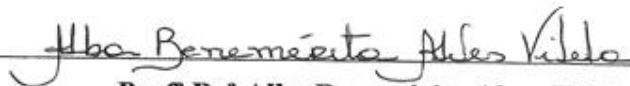
Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Estadual de Feira de Santana,
como parte do requisito para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva

Aprovada em: 17 de janeiro de 2025. Feira de Santana-BA.

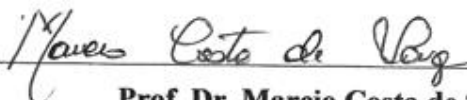
BANCA EXAMINADORA



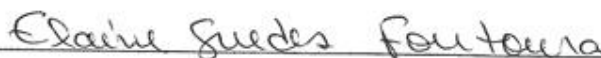
Profª Drª Maria Lúcia Silva Servo
Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS
Orientadora – Membro Titular



Profª Drª Alba Benemérita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB
Membro Titular



Prof. Dr. Marcio Costa de Souza
Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS
Membro Titular



Profª Drª Elaine Guedes Fontoura
Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pela permissão da existência humana, por todas as oportunidades e pela confiança depositada em mim para exercer tão grandiosa atividade nesta vida, que é trabalhar com e para pessoas, no exercício e prática da enfermagem.

Ao meu querido companheiro de lutas e de vitórias ELMO, pelo amor, dedicação, confiança e empenho em nossa trajetória de vida. Por acreditar e oportunizar o meu caminhar, com abrigo, apoio, palavras e conselhos, impulsionando-me nos momentos de incerteza para que eu fosse em busca dos meus sonhos.

À minha filha MARIANA, ponto de luz em minha vida, sempre com palavras de incentivo, carinho e exemplo.

Ao meu filho MATEUS e à minha nora, CLAUDIA, que sempre tinham palavras incentivadoras neste meu caminhar.

À minha mãe, VIVALDA, por haver me recebido neste mundo e me oportunizado um lar e uma família.

Aos meus irmãos, minha sogra, meus cunhados e sobrinhos e a todos os familiares que me incentivaram a realizar este trabalho.

À minha querida orientadora, MARIA LÚCIA SILVA SERVO, por ter me escolhido, num momento de luz, e que com sua sabedoria, humildade e competência me fez acreditar que era possível fazer mais e melhor, sempre me incentivando e compartilhando a sua experiência e o seu conhecimento. Obrigada a Deus por tê-la colocado na minha trajetória e no meu caminhar.

Aos professores ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA, ELAINE GUEDES FONTOURA, KLEIZE ARAÚJO DE OLIVEIRA, MARCIO COSTA DE SOUZA e PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO, por terem aceitado de forma cordial e atenciosa o convite para participar do processo de avaliação e, assim, contribuir para o meu crescimento e aprimoramento acadêmico.

Aos queridos professores do mestrado profissional de saúde coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, pelo empenho, compromisso, carinho, afeto e fortalecimento de novos aprendizados.

Aos companheiros de turma pela harmonia, amizade, carinho e afeto e por compartilharem conhecimento, gestos e atitudes. Que possamos juntos compactuar o compromisso com a saúde coletiva.

Aos colegas de trabalho do município de Camaçari-BA, por terem, mesmo a distância, colaborado para que esse momento acontecesse com palavras de incentivo, encorajamento e força.

Aos usuários e trabalhadores de saúde da APS de Camaçari-BA, aos quais expresso minha gratidão, pois, de forma significativa me receberam e colaboraram com o seu tempo para participar desta pesquisa.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho.

A todos vocês, minha imensa gratidão!

COSTA, R.M.B. “Representações sociais de usuários e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde sobre as práticas integrativas e complementares em saúde”. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva (MSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana, 186f. 2025.

RESUMO

Introdução: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são modos de promoção da saúde e prevenção e recuperação de agravos, por meio de técnicas que buscam uma abordagem do ser humano em suas dimensões biológica, psicológica e social; utilizam recursos terapêuticos que visam a aproximar o homem de si mesmo, do outro e do meio social e permitem interação do usuário com os trabalhadores de saúde que trazem consigo representações sobre o binômio saúde-doença, as quais se revelam durante o tratamento terapêutico. **Objetivo:** analisar as representações sociais de usuários e trabalhadores de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, tendo por base a Teoria das Representações Sociais. **Metodologia:** pesquisa exploratória e qualitativa, realizada nas unidades de saúde do Distrito Sanitário da Costa Litorânea do município de Camaçari, Bahia, Brasil. Os participantes foram 23 usuários e 7 trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada. O projeto foi aprovado pelo CEP com o Parecer 6.593.803. Os dados coletados foram processados a partir do *software* Iramuteq e submetidos à análise de similitude e análise de conteúdo. Após a apreensão dos núcleos de sentido, chegamos às seguintes categorias: compreensão do usuário sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; experiências vivenciadas por usuários com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; dificuldades/limites para o acesso do usuário ao tratamento através das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; e facilidades/possibilidades para o acesso do usuário ao tratamento através das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; estratégias utilizadas por trabalhadores de saúde para o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; dificuldades/limites vivenciados por trabalhadores de saúde para a implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; e facilidades/possibilidades reveladas por trabalhadores de saúde para realizar as Práticas Integrativas e Complementares. **Resultados:** as representações sociais reveladas pelos usuários e trabalhadores de saúde indicam uma mudança paradigmática, de uma saúde biomédica para um modelo centrado no acolhimento, na escuta ativa, no cuidar mais humanizado e menos mecanicista e no autocuidado, o qual, ainda sofre resistência para sua inserção e implantação, pelo desconhecimento ou receio injustificável de que as Práticas Integrativas tomarão o espaço que hoje é hegemônico da biomedicina. **Considerações finais:** tendo em vista a inexistência de uma política municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e o fato de que a sua oferta está restrita ao âmbito de algumas unidades de saúde, tornando maiores os desafios para universalizar o atendimento, consideramos importante investir na organização do sistema de saúde e na captação e formação dos recursos humanos. Os resultados do estudo geraram os produtos técnicos, a seguir: Cartilha Educativa para usuários e trabalhadores de saúde e o projeto de intervenção “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em ação na Atenção Primária à Saúde: um agir intervencionista com foco na auriculoterapia”.

Palavras-chaves: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Representações Sociais. Usuários. Trabalhadores de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Integrative and Complementary Health Practices are ways of promoting health and preventing and recovering from illnesses, through techniques that seek to approach the human being in its biological, psychological and social dimensions; they use therapeutic resources that aim to bring people closer to themselves, to others and to the social environment and allow interaction between the user and health workers who bring with them representations about the health-disease binomial, which are revealed during therapeutic treatment. **Objective:** to analyze the social representations of users and health workers who work in Primary Health Care about Integrative and Complementary Health Practices, based on the Theory of Social Representations. **Methodology:** exploratory and qualitative research, carried out in the health units of the Coastal Health District of the municipality of Camaçari, Bahia, Brazil. The participants were 23 users and 7 workers of Primary Health Care. For data collection, semi-structured interviews were used. The project was approved by the CEP with Opinion number 6,593,803. The collected data were processed using the Iramuteq software and submitted to similarity analysis and content analysis. After capturing the core meanings, we arrived at the following categories: user understanding of Integrative and Complementary Health Practices; experiences lived by users with Integrative and Complementary Health Practices; difficulties/limits for user access to treatment through Integrative and Complementary Health Practices; and facilities/possibilities for user access to treatment through Integrative and Complementary Health Practices; social representations of health workers about Integrative and Complementary Health Practices; strategies used by health workers for the development of Integrative and Complementary Health Practices; difficulties/limitations experienced by health workers for the implementation of Integrative and Complementary Health Practices; and facilities/possibilities revealed by health workers to carry out Integrative and Complementary Health Practices. **Results:** the social representations revealed by users and health workers of Primary Health Care about Integrative and Complementary Health Practices indicate a paradigmatic change, from a biomedical health to a model centered on reception, active listening, more humanized and less mechanistic care and self-care, which still faces resistance to its insertion and implementation, due to lack of knowledge or unjustifiable fear that Integrative and Complementary Health Practices will take the space that is currently hegemonic of biomedicine. **Final considerations:** given the lack of a municipal policy on Integrative and Complementary Health Practices and the fact that their provision is restricted to a few health units, making it more challenging to universalize care, we consider it important to invest in the organization of the health system and in the recruitment and training of human resources. The results of the study generated the following technical products: Educational Booklet on Integrative and Complementary Health Practices for users and health workers and the intervention project “Integrative and Complementary Health Practices in Action in Primary Health Care: an interventionist approach focused on auriculotherapy”.

Keywords: Integrative and Complementary Health Practices. Primary Health Care. Social Representations. Users. Health workers.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	–	Atenção Básica
AIS	–	Ações Integradas de Saúde
APS	–	Atenção Primária à Saúde
ATPICS	–	Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
BVS	–	Biblioteca Virtual em Saúde
CEO	–	Centro de Especialidades Odontológicas
CEONC	–	Centro de Oncologia de Camaçari
CRES	–	Centro de Referência de Especialidades em Saúde
CER	–	Centro Especializado em Reabilitação
CAPS	–	Centros de Atenção Psicossocial
Cofen		Conselho Federal de Enfermagem
CNS	–	Conselho Nacional de Saúde
DAB/MS	–	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DAB/SMS		Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde
DGC	–	Diretoria de Gestão do Cuidado
ESPII	–	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
eSF	–	Equipes de Saúde da Família
ESF	–	Estratégia de Saúde da Família
SESP	–	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
Unicef	–	Fundo das Nações Unidas para a Infância
HGRS	–	Hospital Geral Roberto Santos
HUPES	–	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	–	Instituto de Humanidades, Arte e Ciências Professor Milton Santos
IHB	–	International Health Board
MCA	–	Medicina Complementar e Alternativa
MT	–	Medicina Tradicional
MTC	–	Medicina Tradicional Complementar
MPSC	–	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
MS	–	Ministério da Saúde
NOB	–	Normas Operacionais Básicas
NOAS	–	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NASF	–	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUPICS	– Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
NUPISC	– Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
UNESCO	– Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
OMS	– Organização Mundial de Saúde
ONGs	– Organizações Não Governamentais
OPAS	– Organização Pan-Americana da Saúde
PEPICS-BA	– Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	– Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PICS	– Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	– Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PSF	– Programa de Saúde da Família
PMAQ-AB	– Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
RAS	– Rede de Atenção à Saúde
RS	– Representação Social
Sesab	– Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SAPS	– Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SAMU	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	– Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SIGTAP	– Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIA	– Sistema de Informação Ambulatorial
SIS	– Sistema de Informação em Saúde
SISAB	– Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SIH	– Sistema de Informação Hospitalar
SUS	– Sistema Único de Saúde
SUDS	– Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados
SAIS	– Superintendência de Atenção Integral à Saúde
TRS	– Teoria das Representações Sociais
UNIFAL	– Unidade de Apoio às Pessoas com Doença Falciforme
UPA	– Unidades de Pronto Atendimento
USF	– Unidades de Saúde da Família
WHO	– World Health Organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

DIAGRAMA

Diagrama 1 – Etapas do processo de análise de conteúdo.....	81
---	----

FIGURAS

Figura 1 – Árvore de Similitude referente à compreensão do usuário sobre PICS..	85
Figura 2 – Árvore de Similitude das experiências vivenciadas pelos usuários com as PICS.....	89
Figura 3 – Árvore de Similitude das dificuldades/limites para o acesso do usuário ao tratamento através das PICS.....	94
Figura 4 – Árvore de Similitude sobre facilidades/possibilidades para o acesso do usuário ao tratamento através das PICS.....	99
Figura 5 – Árvore de Similitude referente às representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre as PICS.....	103
Figura 6 – Árvore de Similitude das estratégias utilizadas por trabalhadores de saúde para o desenvolvimento das PICS.....	110
Figura 7 – Árvore de Similitude sobre dificuldades/limites vivenciados por trabalhadores de saúde para a implantação das PICS.....	115
Figura 8 – Árvore de similitude sobre facilidades/possibilidades reveladas por trabalhadores de saúde para realizar as PICS.....	123

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do número de atendimentos com PICS, Brasil, 2019–2024 (1º trimestre), por macrorregiões.....	42
Gráfico 2 – Evolução do número de atendimentos com PICS, Bahia, 2019–2024, (1º trimestre).....	51
Gráfico 3 – Número de atendimentos com PICS na APS de Camaçari-BA, 2021–2024 (1º semestre).....	69

QUADROS

Quadro 1 – Produções científicas sobre Representações Sociais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde publicadas entre 2001 e 2022.....	23
Quadro 2 – Tipos e descrições das PICS recomendadas pela Portaria 971/2006....	46
Quadro 3 – Tipos e descrições das PICS recomendadas pela Portaria 849/2017....	47
Quadro 4 – Tipos e descrições das PICS recomendadas pela Portaria 702/2018....	48

Quadro 5 – Número de atendimentos, por tipo de PICS, Bahia, 2019–2024 (1º trimestre).....	53
Quadro 6 – Linha do Tempo das PICS, Camaçari-BA, 2007–2023.....	68
Quadro 7 – Número de atendimentos por tipo de PICS, Camaçari-BA, 2021–2024 (1º semestre).....	69
Quadro 8 – Caracterização dos usuários participantes da Pesquisa. Distrito Sanitário da Costa Litorânea, Camaçari-BA, 2024.....	72
Quadro 9 – Caracterização dos trabalhadores de saúde participantes da pesquisa. Distrito Sanitário da Costa Litorânea, Camaçari-BA, 2024.....	74

MAPAS

Mapa 1 – Número de atendimentos com PICS, Brasil, 2019–2024 (1º trimestre), por macrorregiões.....	42
Mapa 2 – Divisão territorial por distritos sanitários de Camaçari-BA.....	63
Mapa 3 – Divisão territorial por regiões do Distrito Sanitário da Sede de Camaçari-BA.....	64
Mapa 4 – Divisão territorial por regiões do Distrito Sanitário da Costa Litorânea de Camaçari-BA.....	65

SUMÁRIO

1	MINHA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL.....	13
2	A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	18
3	ENCONTRO COM AS VOZES TEÓRICAS.....	27
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UMA HISTÓRIA E DE UM CONCEITO.....	28
3.2	DA MEDICINA TRADICIONAL ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: O CAMINHAR ATÉ A ATUALIDADE.....	34
3.2.1	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária à Saúde: novas formas de cuidado.....	43
3.2.2	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Estado da Bahia....	48
3.3	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA RELAÇÃO COM AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.....	53
4	O DESENHO METODOLÓGICO.....	59
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	61
4.2	CAMPO EMPÍRICO – O CENÁRIO DA PESQUISA.....	61
4.2.1	O Distrito Sanitário da Sede.....	62
4.2.2	O Distrito Sanitário da Costa Litorânea.....	63
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	70
4.4	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	73
4.5	SISTEMÁTICA PARA A COLETA DE DADOS.....	75
4.6	MÉTODOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	76
4.6.1	Processamento dos dados a partir do Software Iramuteq.....	76
4.6.1.1	A análise de similitude.....	77
4.6.2	A análise de conteúdo.....	78
4.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	80
5	ANALISANDO, APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS A PARTIR DAS VOZES DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES DE SAÚDE DA APS SOBRE AS PICS.....	82
5.1	COMPREENSÃO DO USUÁRIO SOBRE PICS.....	83
5.2	EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR USUÁRIOS COM AS PICS.....	88

5.3	DIFICULDADES/LIMITES PARA O ACESSO DO USUÁRIO AO TRATAMENTO ATRAVÉS DAS PICS.....	93
5.4	FACILIDADES/POSSIBILIDADES PARA O ACESSO DO USUÁRIO AO TRATAMENTO ATRAVÉS DAS PICS.....	97
5.5	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE PICS.....	101
5.6	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS POR TRABALHADORES DE SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO DAS PICS.....	108
5.7	DIFICULDADES/LIMITES VIVENCIADOS POR TRABALHADORES DE SAÚDE PARA A IMPLANTAÇÃO DAS PICS.....	114
5.8	FACILIDADES/POSSIBILIDADES REVELADAS POR TRABALHADORES DE SAÚDE PARA REALIZAR AS PICS.....	121
6	UM AGIR INTERVENCIONISTA NA RELAÇÃO TRABALHADORES DE SAÚDE E USUÁRIOS NO CONTEXTO DAS PICS NA APS.....	127
6.1	CARTILHA EDUCATIVA SOBRE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.....	128
6.2	PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	151
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
	REFERÊNCIAS.....	164
	APÊNDICE 1 – CARTA DE ANUÊNCIA.....	176
	APÊNDICE 2 – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	177
	APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA USUÁRIOS.....	178
	APÊNDICE 4 – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA TRABALHADORES DE SAÚDE.....	179
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	180

1. MINHA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

(...) a construção do conhecimento consiste na flexibilidade em admitir situações e possibilidades, que a despeito de serem plausíveis hoje, no passado foram motivo de condenação e no futuro poderão ser razão de risos (Leme, 2012).

Este trabalho é resultado de um projeto de pesquisa que nasceu lastreado na nossa experiência profissional acumulada ao longo de mais de vinte anos trabalhando com o Sistema Único de Saúde (SUS), na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no âmbito hospitalar, o que nos permitiu, pelo contato quase diário com as comunidades e equipes de saúde de diferentes lugares – usuários e trabalhadores – compreender aspectos relacionados à vivência humana e perceber, a partir dessa reflexão, que era preciso fazer mais do que o convencional e protocolar.

As reflexões geraram inquietação e a necessidade de encontrar outros caminhos, novos saberes além dos convencionados, que nos levassem a um novo paradigma, a uma visão mais ampliada sobre as possibilidades na relação dos indivíduos com as variadas formas de cuidado, não apenas no sentido da humanização, mas sobretudo da construção de um modelo segundo o qual o usuário assumisse papel ativo no processo de prevenção à doença e recuperação da saúde.

Nossa trajetória como enfermeira teve início na ESF, em Porto Velho (1999–2008), e prosseguiu em Salvador (2012–2014), período no qual experienciamos uma nova forma de cuidado em saúde, redirecionando e reorientando a visão e a atuação como agente de transformação, o que possibilitou desenvolver e incorporar ações para promover a aproximação com os demais trabalhadores, com a realidade e com as demandas dos usuários.

A relação dicotômica entre a saúde biomédica e a saúde holística¹ ficou perceptível quando passamos a trabalhar no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) (2009–2013), cuja atenção estava voltada para a recuperação e a cura das patologias, e na ESF (2012–2014), cujo foco de atenção estava na promoção e prevenção à saúde, ambos em Salvador. Esses modelos se apresentam como dimensões teóricas na produção do cuidado, tendo em vista a articulação entre as respostas dadas às demandas, de acordo com as necessidades individuais e coletivas, seja na Atenção Primária à Saúde (APS), seja em outros níveis de complexidade do sistema, o que envolve a organização, a coordenação dos serviços e a conduta dos profissionais (Assis et al., 2010).

Os anos de 2012 e 2013, nos quais estivemos exercendo atividade profissional simultaneamente no HGRS e na ESF/Salvador, foram marcantes porque foi quando percebemos o que Neves, Porcaro e Curvo (2017, p. 628) afirmam ao definirem o modelo biomédico de saúde “não apenas [como] um paradigma de gestão de um domínio importante

¹ Saúde holística baseia-se em uma combinação de conhecimentos e de práticas de saúde que procuram abordar o ser humano nas suas dimensões física, mental e espiritual, em uma interação ecológica-social e cósmica, apontando para uma visão sistêmica e transdisciplinar do processo saúde-doença. (Fonte: Abordagem Holística na Formação de Enfermeiras - Biblioteca Virtual de Enfermagem - Cofen, 2020).

em nossa vida”, mas como uma “racionalidade que busca determinar as possibilidades de se viver uma vida”, ignorando o conjunto de representações vinculadas aos reflexos, percepções, ideias, estímulos e respostas inerentes à realidade cultural e socioambiental do indivíduo.

Com a mudança para o município de Camaçari-BA, em agosto de 2014, nova fase foi iniciada, já que, na função de apoiadora institucional, atuando na Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (DAB/SMS), nosso trabalho consistia em estabelecer a ligação entre a gestão municipal e as unidades da APS e suas respectivas equipes de saúde.

O trabalho do apoiador institucional consiste em ativar espaços coletivos, promover a interação entre a rede de saber, de cuidado e de cogestão e a qualificação dos trabalhadores, como também transformar as práticas em saúde para contribuir com a melhoria da qualidade da gestão no SUS (Oliveira, 2011).

A APS, como primeiro nível de atenção à saúde, tem na ESF uma das frentes de ações para levar serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), e se configura em um espaço onde transitam diferentes poderes e saberes, pois as relações e as práticas em saúde perpassam por diversos entendimentos e significados.

No curso desse processo de trabalho, fomos percebendo que as estratégias de atenção à saúde ainda estavam pautadas em uma perspectiva assistencialista fragmentada, medicalizante, apoiadas em normas e parâmetros que tinham mais foco na doença do que no indivíduo, e que as tecnologias transformavam os conhecimentos em saberes e instrumentos de intervenção na produção do cuidado sem considerar o que sentia ou desejava o usuário.

Surgiu, então, a busca por novas possibilidades, a partir da inquietação a respeito dessa forma de abordagem conservadora baseada em padrões estabelecidos e consolidados na prática da assistência à saúde, sem acompanhar, todavia, as mudanças que vinham ocorrendo na sociedade em termos de uma nova visão do sujeito do cuidado pleno de representações.

Nessa perspectiva de um olhar mais humanizado sobre o sujeito, no processo terapêutico do cuidado em saúde, há que serem contempladas as duas dimensões que lhe são inerentes: o corpo anátomo-clínico e o corpo afetivo, ou seja, o ser biológico e o ser social, aquele que trilha por caminhos que perpassam pela subjetividade e pelo viver de cada pessoa (Franco; Hubner, 2019).

O contato diário com usuários e trabalhadores de saúde da APS no ciclo das atividades profissionais mostrou que era possível superar o *status quo* para prestar um atendimento mais consentâneo às necessidades e expectativas de ambos, o que nos levou à busca por uma especialização que fosse o ponto de partida dessa mudança.

Em 2017, para concretizar o nosso desejo, iniciamos a formação em Medicina Tradicional Chinesa (MTC) com a realização de um curso de especialização em acupuntura, dando-nos a oportunidade de vivenciar uma nova experiência profissional, como acupunturista, no município de Camaçari-BA, a partir de 2019 até os dias atuais.

A acupuntura é um tipo de terapia reflexa baseada numa concepção filosófica, que considera os sistemas orgânicos como indissociáveis, pois, é da harmonia funcional existente entre seus elementos, numa relação dialética entre o particular e o universal, morfologia e função, estímulo e controle, onde uma parte não pode ser compreendida a não ser quando relacionada com o todo, que resulta a promoção e manutenção da saúde (Szabó; Bechara, 2010).

Durante esse movimento de mudança, utilizando-se de uma prática não convencional, que nos possibilitou uma visão e concepção ampliadas do processo saúde–doença–cura, foi possível perceber que usuários e trabalhadores de saúde da APS, para além das normas e convenções preestabelecidas, carregavam conteúdos intrínsecos às suas relações com o meio social em que vivem. Posteriormente, identificamos que esses conteúdos eram reflexos das representações sociais (RS), ou seja, estavam consubstanciados nas histórias de vida dos usuários e seus significados.

Diante dessa nova perspectiva, surgiu o interesse pelas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)² por representarem um novo paradigma na forma de se fazer saúde no Brasil, com maiores possibilidades de interlocução entre usuários e trabalhadores de saúde da APS, e entre estes e o meio social, a comunidade com a qual interagem e na qual se apoiam.

No processo de aprendizado, enquanto aluna do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC), buscamos a Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici, para que tivéssemos uma maior familiaridade e compreensão sobre o que circula e como se processa o conhecimento dentro do universo do pensamento das pessoas e da sociedade, uma vez que, este mesmo conhecimento nascido da experiência cotidiana, seja ao nível da percepção individual, seja pelo que é construído na sociedade e pelas ciências, acaba por remeter a um significado, a uma representação, a uma forma de saber e de interpretar o mundo, orientando as condutas e as comunicações.

A TRS, portanto, nos deu a base teórica que precisávamos para compreender as representações de usuários e trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS e propor meios de intervir na realidade local e resgatar a dimensão humanística no atendimento, favorecendo à

² A abreviatura para Práticas Integrativas e Complementares em Saúde pode variar conforme o autor. Adotamos, neste trabalho, PICS, porque ela é usada atualmente pelo Ministério da Saúde.

redução da procura pelo tratamento biomédico, do consumo de medicamentos e da hiperutilização dos serviços de saúde.

2. A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Sabemos que é possível conhecer e viver melhor a verdade e a qualidade desses valores em sociedade, demasiadamente humana, deixando no passado o véu que, agora, cobre o manto do arrogante biopoder nas ciências da saúde e seus aparatos expressos no complexo médico-industrial (Souza, 2015).

O campo das PICS integra sistemas médicos complexos que possuem teorias próprias sobre o binômio saúde–doença, considera o homem um ser vitalista, sob uma perspectiva biopsicossocial e espiritual, e traz para o cuidado em saúde diferentes racionalidades científicas e processos terapêuticos que dialogam com a ciência biomédica (Bahia, 2019).

As PICS são consideradas terapêuticas de promoção, prevenção, métodos para diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, com o uso tecnologias eficazes e seguras que abordam a multidimensionalidade do ser humano e o integra ao meio ambiente em que vive e à sociedade com a qual ele interage, gerando um vínculo acolhedor e uma visão sistêmica do cuidado à saúde, que inclui o autocuidado (Brasil, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir da segunda metade do Século XX, passou a incentivar os países membros à adoção de políticas públicas visando à regulamentação, implantação, implementação, ampliação do acesso e avaliação da eficiência e segurança de práticas que integrassem a Medicina Tradicional Complementar/Alternativa em seus sistemas de saúde (OMS, 2002).

A constatação pela OMS de que as práticas tradicionais se diferenciam pela origem, acesso, conhecimentos e crenças sanitárias entre as populações que as utilizam, motivou a criação de diferentes denominações para o mesmo conjunto de procedimentos, ou seja, de acordo com o país onde são utilizadas, o nome pode variar de Medicina Complementar e Alternativa (MCA) para Medicina Tradicional (MT), ou para Medicina Tradicional Complementar e Integrativa (MTCI), que corresponde à fusão dos anteriores (OMS, 2013).

No Brasil, em 2003, uma comissão do Ministério da Saúde (MS) formada por técnicos, médicos e especialistas em terapias alternativas, deu o título de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares à proposta submetida às instâncias governamentais de saúde de estados e municípios e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) para aprovação. Todavia, houve restrições quanto ao emprego do termo *medicina*, pois, o seu uso deve ser exclusivo para designar o exercício da profissão médica, segundo o conselho (Toniol, 2016).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), já com novo nome e as alterações técnicas solicitadas incorporadas ao texto, foi aprovada pelo CNS em fevereiro de 2006, com a finalidade de atender, incorporar e implementar experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, fixando o seu marco histórico fundamental (Brasil, 2006; 2015).

No Estado da Bahia, a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (PEPICS-BA) foi aprovada no Conselho Estadual de Saúde (CES), por meio da Resolução CES-BA 22/2019, e baseia-se na PNPIC, destacando a importância da articulação e envolvimento dos 417 municípios baianos, da valorização das práticas tradicionais e populares já existentes para a consolidação de um novo paradigma, incorporando princípios, conceitos e práticas oriundos de diferentes sistemas complexos de atenção à saúde (Bahia, 2019).

Conquanto as PICS possam ser disponibilizadas em todos os âmbitos da atenção à saúde, o MS recomenda que elas sejam ofertadas principalmente na APS, em virtude do acesso rápido e universal de usuários e de uma maior interação entre estes e os trabalhadores de saúde, abrindo espaço para que as questões relacionadas à qualidade de vida, parceria e promoção à saúde sejam abertamente tratadas (Brasil, 2015; Tesser, 2009).

Por esta razão, a PNPIC traz no seu arcabouço recomendações para a implantação e implementação de ações e serviços, com ênfase na APS, para garantir a prevenção, promoção e recuperação, com base no cuidado humanizado, integral e continuado (Barros; Siegel; Simoni, 2007).

O enfoque da política das PICS na APS se justifica pela garantia do princípio da integralidade, uma vez que pode ampliar as possibilidades da inclusão ativa de usuários como sujeitos de seus tratamentos; no entanto, deve-se reconhecer que existe uma ampla hegemonia da legitimidade social e acadêmica, sobre quem e a partir de que tipo de conhecimentos podem ser validadas as práticas e os saberes em saúde–doença (Tesser; Souza; Nascimento, 2018).

No processo de adoecimento, o usuário que busca o tratamento e a cura para sua enfermidade já traz consigo um conjunto de representações criadas a partir de conhecimentos inatos e adquiridos quando de sua interação com o meio social, o que faz dele um sujeito sobre o qual se deve ter um olhar diferenciado.

Por outro lado, para os responsáveis pelo cuidado, trabalhadores de saúde, as representações sobre o adoecer e o curar podem ter sido construídas com base em outro nível de experiências, sejam elas acadêmicas, culturais, sociais ou pessoais, desassemelhadas daquelas que são trazidas pelos usuários.

Neste estudo, foram analisadas as RS de usuários e trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS, sob os postulados da TRS de Serge Moscovici (2003), fundamentados na ideia de que uma RS é o sentido que se dá a um fato, quando este corresponde a um modelo possível de compreensão por intermédio de imagens, crenças e comportamentos.

As RS são criadas a partir do funcionamento de dois mecanismos, a ancoragem e a objetivação. A ancoragem é o mecanismo por meio do qual o sujeito “tenta *ancorar* ideias estranhas, reduzi-las a categorias e imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar”, enquanto a objetivação consiste em “transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico” (Moscovici, 2007, p. 60-61).

A familiarização com o que é estranho e potencialmente ameaçador, que no processo de criação das RS corresponde à função cognitiva, evidencia os mecanismos da ancoragem e objetivação, ao revelar de que modo esse desconhecido é ajustado às representações já existentes, para transformá-lo em imagens que deem concretude ao que antes era uma abstração (Spink, 1993).

Assim, para Luz (2012, p. 225), as representações de corpo, saúde, doença e tratamento se diferenciam e se expressam de acordo com o imaginário mecanicista de uma racionalidade médica, na qual o sujeito esteja inserido, pois, “a saúde como positivamente é imaginada não existe e a representação mais recorrente de doença é a da invalidez permanente, realidade na qual o corpo é uma máquina a ser consertada, mas possivelmente já sem conserto”.

No entanto, as representações sobre o binômio saúde–doença possuem posições e saberes diferentes, já que sofrem a influência do meio, da classe social, dos valores individuais e das construções coletivas que permeiam os espaços comunitários nos quais os indivíduos estão inseridos (Moscovici, 2007).

Um período inicial de leituras e pesquisas bibliográficas sobre as RS nos fizeram compreender a dinâmica e complexidade que o seu universo revela, por estarem presentes nas histórias de vida dos usuários e no imaginário dos trabalhadores de saúde da APS, e produzirem sentidos e significados às práticas do cuidado, despertando o interesse pelo tema e a delimitação do objeto de estudo.

A TRS de Serge Moscovici traz elementos para o estudo sobre as PICS, pois, permite analisar a interação entre os atores sociais envolvidos no processo – usuários e trabalhadores de saúde da APS – e compreender que elementos estão presentes na escolha terapêutica, permeados por pensamentos, sentimentos e emoções, que são representações do seu cotidiano.

Este estudo tem por objeto as RS de usuários e trabalhadores de saúde que, respectivamente, buscam e oferecem tratamento por meio das PICS, nas unidades de APS do Distrito Sanitário da Costa Litorânea, do município de Camaçari-BA.

Para nos certificarmos da originalidade desta pesquisa científica, realizamos buscas sobre RS de usuários e trabalhadores de saúde sobre as PICS na APS, nas bases de dados especializadas em publicações de trabalhos científicos, a seguir relacionadas: SciELO³, Portal de Periódicos e Banco de Teses e Dissertações da Capes (Portal Sucupira), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Redalyc e LILACS. Adotamos critérios para a seleção de trabalhos que pudessem subsidiar o presente estudo, a saber: aproximação com o objeto e o tipo de pesquisa; ano de publicação (entre 2001 e 2022); local do estudo (Brasil) e âmbito da pesquisa (APS).

Utilizamos, separadamente, os descritores: “representações sociais AND terapias complementares AND trabalhadores de saúde AND atenção primária à saúde; “representações sociais AND terapias complementares AND usuários AND atenção primária à saúde” ou “psicologia social AND terapias complementares AND trabalhadores de saúde”, e pré-selecionamos 174 títulos nos quais apareceram pelo menos dois descritores, sendo um deles, obrigatoriamente, “representações sociais”.

Após a leitura dos títulos, das palavras-chaves e dos resumos dos trabalhos pré-selecionados inicialmente, identificamos 91 publicações cujos objetos de estudo relacionavam RS e PICS, sendo 55 na plataforma SciELO, 20 no Portal Sucupira, 8 na BVS, 5 no Portal Redalyc e 3 no LILACS, porém, 85 delas ou limitavam seu campo de pesquisa a uma modalidade de PICS, ou não estavam circunscritas ao âmbito da APS, por isso, foram excluídos da seleção, restando 5 estudos que foram utilizados com referências neste trabalho, apresentados no Quadro 1.

³ *Scientific Eletronic Library Online*

Quadro 1 – Produções científicas sobre Representações Sociais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde publicadas entre 2001 a 2022

Trabalho Nº 1	Título/autor	O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde (Queiroz, 2000).
	Publicação	Cadernos de Saúde Pública, v. 16, n. 2, p. 363–375, abr – jun. 2000
	Resumo	Aborda as RS de intelectuais, professores universitários, médicos e enfermeiros na rede básica de serviço de saúde em Campinas. Apresenta o significado simbólico relacionado ao termo "medicina alternativa" e conclui, com base no sentido forjado pela experiência de vida profissional desses atores sociais, que a medicina alternativa não está em oposição à medicina alopática.
Trabalho Nº 2	Título/autor	Portfólio para práticas integrativas e complementares em saúde para pessoa idosa (Alves, 2018).
	Publicação	Repositório Institucional da UFPB. João Pessoa, 2018
	Resumo	Analisa as RS da pessoa idosa sobre as PICS. Mostra a imagem da pessoa idosa socializada, capaz de promover saúde, autonomia e autoconhecimento das suas necessidades. Propõe a elaboração de um portfólio informativo das PICS a partir das representações sociais da pessoa idosa.
Trabalho Nº 3	Título/autor	Práticas integrativas e complementares em saúde no olhar da pessoa idosa (Miguel, Alves, Moreira, 2021).
	Publicação	Anais do VIII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Campina Grande: Realize Editora, 2021.
	Resumo	Verificar as RS da pessoa idosa sobre as PICS, em face do crescimento populacional nesta faixa etária e da escassez de recursos. As RS mostraram um quadro positivo em relação à imagem da pessoa idosa socializada, pois ele possui autonomia, conhecimento das suas necessidades, podendo promover a própria saúde.
Trabalho Nº 4	Título/autor	Representações dos profissionais da saúde pública sobre as práticas integrativas e complementares em saúde na Cidade de Viçosa-MG, Brasil (Andrade, Doula, Vieira, Ribeiro, 2021)
	Publicação	<i>Research, Society and Development</i> , v. 10, n. 5, Vargem Grande Paulista, SP, 2021.
	Resumo	Os profissionais desconhecem a PNPIC, mas reconhecem as PICS por ela abrangidas. Conclui-se que a ineficiência na divulgação da política influencia as percepções sobre sua eficácia e possibilidade de serem executadas.
Trabalho Nº 5	Título/autor	Representações sociais dos profissionais de saúde da atenção primária sobre as práticas integrativas e complementares em saúde em um município no interior da Bahia (Costa, 2022)
	Apresentação	Universidade Estadual de Feira de Santana, 2022
	Resumo	Compreender as RS dos trabalhadores de saúde que atuam na APS sobre as PICS. As RS dos trabalhadores de saúde da APS descritas permitem afirmar que o imaginário coletivo sobre as PICS está ancorado na concepção ampliada do processo saúde-doença. Os saberes construídos na prática social dos trabalhadores de saúde a partir das suas concepções e experiências sobre as PICS na APS tem alcance de transformação no saber-fazer saúde, direcionam suas motivações, intencionalidades, significações, ações e condutas no cotidiano em saúde.

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Os cinco trabalhos utilizados como referências nesta pesquisa, relacionados no Quadro 1, foram os que mais se aproximaram do seu objeto, porque têm em comum o estudo das RS de usuários ou trabalhadores de saúde sobre as PICS examinadas em seu conjunto, de acordo com uma perspectiva mais abrangente, trazem um olhar sobre aspectos inerentes à PNPIC, sua aplicabilidade e eficácia na saúde pública e circunscrevem-se ao âmbito da APS.

Os estudos selecionados têm como ponto principal a busca pela compreensão de como se processa o conhecimento sobre as PICS por meio das RS, no olhar direcionado para diferentes sujeitos – trabalhadores de saúde, usuários em geral e pessoas idosas –, na tentativa de entender o que revelam as suas percepções sobre o processo saúde–doença.

Queiroz (2000) focaliza as RS sobre o conceito de medicina alternativa de intelectuais, professores universitários da Faculdade de Ciências Médicas e profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) na rede básica de serviços de saúde de Campinas-SP, além de investigar a trajetória que levou esses profissionais a optar por uma perspectiva teórica e prática dissidente em relação ao paradigma científico positivista hegemônico, concluindo que, as dissidências, em termos teóricos, têm papel importante no desenvolvimento da ciência.

No estudo realizado por Alves (2018), a pesquisa objetivou conhecer as RS da pessoa idosa sobre as PICS e examinar a compatibilidade da linguagem de publicações científicas e documentos informativos com o nível de conhecimento e capacidade de apreensão da informação por eles. A pesquisa demonstrou a necessidade de criação de um portfólio destinado à pessoa idosa, com informações e ilustrações em linguagem acessível, clara e objetiva sobre as PICS, e concluiu que os sujeitos pesquisados apresentaram um posicionamento positivo e relacionado à imagem da *pessoa idosa socializada*, capaz de promover saúde, possuir autonomia e ter um autoconhecimento sobre as suas necessidades.

As PICS sob o olhar da pessoa idosa, objeto de estudo de Miguel, Alves e Moreira (2021), se constitui em um tema atual pela importância de se promover e prevenir saúde por meio dos métodos complementares, pela necessidade do desenvolvimento de ferramentas que fortaleçam a atenção primária, devido ao crescimento populacional das pessoas idosas e à escassez dos recursos disponíveis para o cuidado assistencial na enfermidade. O resultado da pesquisa permitiu verificar as RS da pessoa idosa sobre as PICS, compreender as suas atitudes frente ao seu uso e demonstrar um posicionamento positivo relacionado à imagem da pessoa idosa socializada.

O estudo elaborado por Andrade, Doula, Vieira e Ribeiro (2021), ao pesquisarem as representações de trabalhadores de saúde da cidade de Viçosa-MG, objetivou saber se as PICS eram conhecidas e aceitas como uma forma de tratamento oferecida pela rede pública de saúde e tratar da possibilidade de inserção de benzedeiras no SUS. Os autores concluíram que os trabalhadores de saúde de Viçosa-MG desconhecem a PNPIC, mas reconhecem as práticas por ela abrangidas, e que a ineficiência na divulgação da política influencia as percepções sobre sua eficácia e possibilidade de serem executadas. Quanto à inserção de benzedeiras no SUS, as RS associam-nas a crendices populares, prática só utilizada onde as pessoas não têm acesso a

tratamento medicamentoso, revelando desconfiança sobre o que não é monetizado, por ser ineficaz e de má qualidade.

O trabalho de Costa (2022) aborda as RS de trabalhadores de saúde vinculados à APS, em um município do interior baiano, e chama a atenção para a necessidade de se pensar em traçar novos caminhos para a implementação das PICS na APS, a partir de três pontos: melhoria contínua dos processos organizacionais, investimento em infraestrutura e recursos materiais e estratégias de educação permanente.

Os estudos revelam que as RS dos participantes trazem no seu arcabouço conhecimentos culturalmente carregados, que adquirem sentido e significado pleno no contexto sociocultural e situacional e que se manifestam atrelados à racionalidade da biomedicina, ao mesmo tempo que abrem espaços e possibilidades para outros sistemas médicos.

Considerando que, dos trabalhos científicos sobre RS e PICS que foram objeto de busca, não encontramos nenhum cujo escopo seja analisar e descrever as RS de usuários e de trabalhadores de saúde sobre as PICS concomitantemente, em uma única pesquisa, o presente estudo será uma referência pela sua abrangência – as RS de quem busca atendimento por meio das PICS e daqueles que lhes prestam atendimento em saúde – e porque agregará novos conhecimentos e significados ao cuidado na APS.

Com base no aporte da literatura, na vivência prática como enfermeira, trabalhadora da saúde, e como discente do MPSC/UEFS, buscamos analisar as RS de usuários e trabalhadores de saúde sobre as PICS na APS do município de Camaçari-BA. Sob a fundamentação apresentada, a presente pesquisa respondeu à seguinte questão: como se revelam, sobre as PICS, as representações sociais de usuários e de trabalhadores de saúde que atuam na APS do município de Camaçari-BA?

Assim sendo, delimitamos como objetivo geral da presente investigação: analisar as representações sociais de usuários e trabalhadores de saúde que atuam na APS sobre as PICS. Como objetivos específicos, foram definidos os seguintes: 1) compreender as concepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre as PICS; 2) identificar as experiências de usuários sobre as PICS; 3) conhecer dificuldades/limites, facilidades/possibilidades dos usuários para realizar o tratamento por meio das PICS; 4) descrever as dificuldades/limites, facilidades/possibilidades dos trabalhadores de saúde para implantar as PICS na APS; 5) apontar estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para implementação das PICS na APS.

O estudo das RS de usuários e trabalhadores de saúde que utilizam as PICS nas unidades de APS do Distrito Sanitário da Costa Litorânea do Município de Camaçari-BA é socialmente relevante porque facilitará a formulação de políticas e estratégias para a ampliação

da Rede PICS, fornecerá elementos para a melhoria da oferta e do atendimento e propiciará as condições de uma melhor interação entre usuários e trabalhadores de saúde da APS.

Diante dos resultados que o estudo apresentou, foi elaborado um projeto de intervenção e uma cartilha sobre as PICS e as diversas técnicas que podem ser aplicadas nas práticas cotidianas do cuidado, buscando intervir na realidade local e resgatar a dimensão humanística no atendimento, favorecendo à redução da procura pelo tratamento biomédico, do consumo de medicamentos e da hiper utilização dos serviços de saúde.

3. ENCONTRO COM AS VOZES TEÓRICAS

Ninguém hoje ousaria negar a evidência de que toda ciência é comprometida. Ela veicula interesses e visões de mundo historicamente construídas e se submete e resiste aos limites dados pelos esquemas de dominação vigentes (...). A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. É uma condição da pesquisa que, uma vez conhecida e assumida, pode ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento (Minayo, 2001).

A fundamentação teórica que embasou a presente investigação é composta em sua estrutura dos subitens a seguir: Atenção Primária à Saúde: a construção de uma história e de um conceito; Da Medicina Tradicional Chinesa às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: o caminhar até a atualidade e A Teoria das Representações Sociais e sua relação com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

3.1 Atenção Primária à Saúde: a construção de uma história e de um conceito

A OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) produziram, conjuntamente, importantes documentos nos quais indicam que a APS tem um papel essencial na estrutura e no funcionamento dos sistemas públicos de saúde, porque podem produzir transformações, dar respostas e atender às expectativas e necessidades de saúde das populações (Oliveira; Chioro, 2018).

A trajetória da APS no mundo tem início em 1920, na Inglaterra, com um relatório escrito pelo médico Bertrand Dawson, também conhecido como Lord Dawson, apresentado ao Ministro da Saúde do Reino Unido, com o qual defendia a criação e organização de um sistema de saúde constituído de uma rede regionalizada e hierarquizada, com base geográfica definida e formada por uma equipe multiprofissional, o que, posteriormente, em 1948, influenciou a criação do sistema nacional de saúde britânico e reorientou a organização dos sistemas de saúde em vários países (Lavras, 2011).

Entretanto, a base de transformação da saúde coletiva encontra suas raízes ainda no Século XIX, com o surgimento de um movimento denominado medicina social, que reuniu trabalhadores, sindicalistas, políticos e médicos, mormente na Alemanha, Inglaterra e França, “em torno da concepção de saúde como resultante de condições de vida e ambientais” (Campos *et al.*, 2006, p.82).

Na Alemanha, por exemplo, a noção de territorialização e descentralização das responsabilidades surge, de forma mais incisiva, em 1848, com o relatório de Rudolf Virchow⁴, após a investigação de uma severa epidemia de febre tifoide que ocorreu em Upper Silesia, área rural da Prússia⁵, no qual incluiu recomendações a respeito da necessidade de uma reforma econômica, política e social que proporcionasse uma melhoria na qualidade de vida da

⁴ Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821 – 1902) foi médico, antropólogo, patologista, biólogo, escritor e político alemão. É considerado o pai da patologia moderna e da medicina social.

⁵ O Reino da Prússia, em 1848, pertencia ao Império Alemão. Em 1947, logo após o fim da 2ª Guerra Mundial, a Prússia deixou de existir oficialmente e seu antigo território, atualmente, é ocupado pela Estônia, Letônia e Lituânia e uma parte da Polônia.

população local, e concluiu que a saúde estava relacionada à democracia, educação, liberdade e prosperidade das pessoas (Campos *et al.*, 2006).

Nos Estados Unidos, com o surgimento dos centros de saúde, a partir de 1910, os cuidados com a saúde da população ganharam um caráter social e um sentido comunitário, pois se pretendia alcançar as comunidades excluídas. A experiência dos centros de saúde foi, então, disseminada em países da Europa, América Latina e Oriente, por iniciativa da International Health Board (IHB), um braço da Fundação Rockefeller para a saúde (Faria, 2007).

Em 1940, como uma consequência da experiência com os centros de saúde, foram lançados os fundamentos da medicina integral voltada para a educação médica, e em 1960, com uma visão direcionada ao combate à pobreza, vimos o surgimento da medicina comunitária com o objetivo de reunir em um mesmo sistema os modelos testados e validados em outros locais, o que foi, posteriormente, associado ao conceito de atenção primária à saúde (Mello Viana, 2011).

Na China, apesar das escassas fontes de pesquisa em torno deste assunto, constatarem-se substanciais mudanças na política de saúde desde a tomada do poder por Mao Tsé-Tung (1949) até abril de 2009, ano em que o governo chinês, sob a liderança do primeiro-ministro Wen Jiabo, promoveu uma reestruturação do serviço de saúde que incluía, dentre outras medidas, a constituição de centros de saúde para os cuidados de atenção primária (Silva, 2015).

No período sob Mao (1949–1976), a economia predominantemente estatizada da China possibilitou maior aporte de recursos públicos para o fortalecimento do sistema de saúde e a instituição de programas de ações de saúde preventiva em áreas rurais, entretanto, com as reformas econômicas implantadas por Deng Xiaoping, a partir de 1978, a cobertura dos serviços de saúde nas aldeias, que era de 90%, caiu para 5% no final da década de 70 (Silva, 2015).

Neste mesmo período, a OMS já vinha exercendo seu papel como fomentador de políticas de saúde voltadas à atenção primária entre os países do Pacífico Ocidental Asiático – China, Camboja, República Democrática Popular do Laos, Malásia e Vietnã – e incentivador à implantação de sistemas descentralizados de saúde, com foco na medicina comunitária, buscando interiorizar a saúde ao nível dos distritos e áreas rurais por meio da participação ativa das comunidades envolvidas, para criar nelas um sentido de responsabilidade para com a saúde e outros serviços sociais (OMS, 1998).

Os resultados dessas experiências ocorridas no mundo, desde a primeira metade do século XIX até o advento da 2ª Guerra Mundial e, sobretudo, a partir das décadas de 1960 e 1970 foram fundamentais para que a APS passasse a ocupar lugar de destaque na agenda

política dos governos, o que levou a OMS, em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a organizar, em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão.

Entretanto, não há precisão quanto ao início da trajetória histórica da APS no Brasil, mas, é possível afirmar que esse movimento acompanhou o que estava acontecendo em países da Europa e nos Estados Unidos, a partir do início do século XX. Em São Paulo, por exemplo, surgem os Centros de Saúde Escola, em 1920, e o primeiro Centro de Higiene, uma iniciativa do médico sanitaria Geraldo Horácio de Paula Souza, por cujas propostas se buscava uma ação integral, a promoção e a prevenção da saúde pela educação sanitária, quando as ações de saúde pública possuíam um caráter provisório e estavam voltadas para o combate às doenças epidêmicas (Mascarenhas, 2006; Lavras, 2011).

Posteriormente, no Rio de Janeiro, na década de 1930, foram criados os Centros de Saúde com propostas de implantar uma rede sanitária que defendesse a saúde pública como função do Estado, com o fortalecimento do poder de intervenção do governo central, a criação de um ministério e a estratégia da educação sanitária como redentora da saúde nacional (Campos, 2007).

Em 1960, destacamos a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), cuja atuação marcou os serviços de saúde pública e de assistência médica nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, predominantemente voltada para a atenção materno-infantil e para o enfrentamento das grandes endemias.

Nos municípios de Campinas, Niterói, Londrina, Montes Claros, Teresina, São Luís, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville, sob influência do movimento da reforma sanitária, a APS desenvolveu-se sob a forma de medicina comunitária, a partir de 1970, com apoio das universidades públicas (Lavras, 2011).

Nos anos 70, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), no intuito de interiorizar o atendimento à saúde e simplificar o acesso das populações não alcançadas pelos programas governamentais anteriores. O PIASS consistia em um conjunto de ações médicas simplificadas, caracterizando-se como uma política pontual e de baixa resolutividade, que se mostrou ineficaz fornecer uma atenção integral à população (Matta; Marosini, 2002).

Ao final da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em 1978, os 134 países representados no conclave assinaram a “Declaração de Alma-Ata”, por meio qual propuseram uma meta que consistia em atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, política que ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”.

Da Declaração de Alma-Ata, cuja proposta pautava-se na ampliação da cobertura dos sistemas nacionais de saúde e, consequentemente, no atingimento das metas estabelecidas no “Programa Saúde Para Todos no Ano 2000”, os países signatários também reivindicaram a seguinte definição de APS, denominada, no texto extraído da declaração (item VI), de cuidados primários de saúde (Matta; Marosini, 2002):

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Brasil, 2002).

O conceito estabelecido pela OMS em 1978 foi um importante marco para o desenvolvimento da APS no mundo, porque traz elementos que favorecem aos princípios de equidade, eficiência, efetividade e busca uma maior integração dos serviços locais ao sistema nacional de saúde, permitindo a participação ativa de indivíduos e da comunidade (Lavras, 2011).

No período de 1983–1993, com o processo de redemocratização em curso, surgem três propostas que vão mudar substancialmente a forma de se fazer saúde no Brasil: Ações Integradas de Saúde (AIS)⁶ (1983–1987), Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS)⁷ (1988–1989) e SUS, a partir de 1990.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, se constituiu em um marco político para a universalização da saúde no Brasil. Os debates e discussões que marcaram essa conferência culminaram na instituição de um novo modelo em saúde, a partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, e edição da Lei 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde, que estatuiu no seu arcabouço jurídico-legal a criação do SUS (Costa, 2016).

⁶ Projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando a um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, no qual ações curativo-preventivas e educativas eram integradas e estabelecidas como área prioritária para a promoção da saúde da mulher e da criança.

⁷ Programa que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Dentro do sistema de saúde brasileiro, a APS se constitui em um modelo assistencial entendido como o primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde nos âmbitos individual e coletivo, respondendo por uma diversidade de ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, por meio do diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, com a finalidade de desenvolver a manutenção da saúde em uma atenção integral.

Para que a APS se configurasse dentro do sistema de saúde como um modelo nacional e uniforme, apesar das experiências bem sucedidas apresentadas por estados e municípios de forma não sistêmica, foi imprescindível a municipalização do SUS, no início da década de 1990, com a estruturação dos sistemas municipais de saúde, dotados de mais recursos financeiros provenientes do MS e de um conjunto de normas operacionais denominadas Normas Operacionais Básicas (NOB), 1991–1996, e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2001–2002 (Lavras, 2011).

Posteriormente, em 1994, com uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi proposto pelo MS o Programa de Saúde da Família (PSF), que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, culminando na definição do financiamento do sistema de saúde por meio da Emenda Constitucional 29/2000 – regulamentada pela Lei Complementar 141/2012 (Brasil, 2012).

Em 2006, um conjunto de reformas institucionais do SUS foi pactuado pelas três esferas do Poder Executivo – União, estados e municípios, dando-se a ele o nome de Pacto pela Saúde, cujo objetivo era o de promover inovações e introduzir novas ferramentas de gestão para dotar o SUS de uma maior capacidade de oferecer respostas rápidas, melhorando sua eficiência e eficácia (Paim *et al.*, 2011).

Como parte integrante do Pacto pela Saúde, foi instituída, naquele mesmo ano, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a qual estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), para o PSF e o PACS (Brasil, 2006).

A PNAB foi revisada em 2011, por meio da Portaria 2.488, de 21 de outubro daquele ano, quando tornou equivalentes os termos *Atenção Básica* e *Atenção Primária à Saúde*, aplicando-se a ambos, indistintamente, os princípios e as diretrizes definidos naquele diploma legal e, por extensão, a todos os demais que lhe fossem anteriores ou posteriores (Brasil, 2011).

Desse modo, ao estabelecer equivalência aos termos *Atenção Básica* e *Atenção Primária à Saúde*, a PNAB definiu que um ou outro podem ser utilizados com a mesma

finalidade e sentido, tornando válidos para a APS os mesmos princípios fundamentais que orientam a AB, conforme se vê na parte preambular da Portaria 2.488/2011:

[A Atenção Básica] É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (Brasil, 2011).

No Brasil, atualmente, a ESF vem sendo utilizada para a expansão, qualificação e consolidação da rede de APS, por atuar mais próximo das comunidades e das famílias, e já conta com 42 mil unidades básicas de saúde, 44 mil Equipes de Saúde da Família (eSF) e 1.229 equipes de atenção primária responsáveis pela condução dos processos de territorialização e atuação sanitária, e da organização e reorientação do modelo de atenção (Fausto; Matta, 2007; Brasil, 2021).

Mesmo identificando os avanços na organização da APS no Brasil, no processo de expansão da rede SUS, há que se reconhecer a existência de entraves que devem ser superados para que os objetivos da política nacional possam ser alcançados e para que ela possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde (Ranzi *et al.*, 2021).

Com a reformulação da PNAB, em 2017, pela Portaria 2.423, de 21/09/2017, ficou definido que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estratégicas para a organização do SUS, com destaque para a APS, principal porta de entrada do sistema (Brasil, 2017); no entanto, ao admitir que outras instâncias existentes no sistema de saúde exerçam o mesmo papel, a nova diretriz pode comprometer a organização dos serviços, os quais passarão a ser ofertados fora dos parâmetros de atuação da APS e da relação comunidade–usuário–trabalhador de saúde.

Os entraves para o crescimento da APS com a qualidade e a segurança que ela se propõe a oferecer podem ser atribuídos, por um lado, a situações que dizem respeito à realidade de cada lugar (município, distrito, comunidade) e à formação e atuação das equipes, e, por outro, à necessidade de superar um padrão cultural que vigora tanto na sociedade como no aparelho formador, e que passa necessariamente pela valorização e legitimação das práticas desenvolvidas, sem deixar de reconhecer, no entanto, que os próprios desafios enfrentados pelo SUS em âmbito nacional desdobram-se em dificuldades ao nível local (Lavras, 2011).

Diante da relevância da APS para a reorientação das práticas em saúde e da heterogeneidade do contexto assistencial brasileiro, os serviços por ela ofertados devem se comunicar entre si para reconhecer as diferentes necessidades dos usuários, identificar o seu

comportamento, perceber como se apropriam do mundo e de suas relações e, assim, garantir o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do seu cuidado.

3.2 Da Medicina Tradicional às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: o caminhar até a atualidade

Na história da medicina, os diversos modelos de cuidado em saúde têm sofrido influências em cada época, seja pelo contexto em que os povos se desenvolveram, sua base cultural e social, sua relação com o Estado e a sociedade; seja porque, com o progresso da ciência, novas tecnologias surgiram e técnicas foram criadas, testadas e validadas, o que fez com que a medicina saísse do modelo empírico e passasse ao científico; contudo, não se deve desconsiderar a cultura, as tradições e a sabedoria popular predominantes em cada povo, pois trazem aspectos significativos que influenciam a sua própria forma de pensar e fazer a medicina e o seu modelo terapêutico (Otani e Barros, 2011; Froio, 2006).

No âmbito das medicinas denominadas naturais, a chinesa é a mais antiga, e chegou a ser considerada em um momento histórico como a arte médica da humanidade, mas sua expansão para outros continentes se deveu inicialmente às relações comerciais entre o Ocidente e o mundo asiático, em parte intensificadas pelas viagens do italiano Marco Polo⁸, no final do século XIII, o qual descreveu em um livro os relatos de suas passagens pela China e tudo o que aquele país oferecia de inusitado, destacando-se, dentre outras coisas, a MTC (Sournia, 1992; Roland, 2014).

Entretanto, é na Europa do século XVI, com o expansionismo marítimo e as viagens dos europeus ao continente asiático, e as sucessivas idas de comerciantes e jesuítas, que será possível estudar e compreender a cultura chinesa e suas tradições multimilenares, com especial interesse em suas técnicas médicas. O interesse despertado principalmente nos padres jesuítas levou um deles, o padre Harvieu, a escrever o primeiro tratado europeu de acupuntura – a mais antiga técnica da MTC – intitulado *Les secrets de la médecine des chinois*⁹, publicado em 1761 (Froio, 2012).

A partir do início do século XVII, a guerra comercial e a busca pela conquista de novos mercados entre países europeus levaram a Holanda a criar, em 1602, a Companhia Holandesa das Índias Orientais, o que ajudou na disseminação dos conhecimentos trazidos pelos padres jesuítas no século anterior, por influência de médicos da empresa holandesa, que

⁸ Marco Polo(1254 – 1324) foi um mercador, embaixador e explorador veneziano cujas aventuras estão registradas em *As Viagens de Marco Polo*, um livro que descreve para os europeus as maravilhas da China, de sua capital Pequim e de outras cidades e países da Ásia (Fonte: Wikipédia).

⁹ Os segredos da medicina chinesa (tradução livre).

já utilizam nas suas práticas terapêuticas as ervas medicinais vindas da Ásia (Sournia, 1992; Roland, 2014).

Apesar da dificuldade de transmissão do conhecimento, dos poucos relatos escritos existentes e da falta de pesquisas e estudos a respeito da MTC na Europa dos séculos XVII e XVIII, o interesse continuou crescendo, até que em 1930, o diplomata Soulié de Morant, depois de trabalhar na China e dominar o idioma chinês, traduziu os tratados médicos chineses para o francês e trouxe em definitivo para o Ocidente os fundamentos da MTC (White & Ernst, 2004).

Historicamente, como podemos ver, a influência e o contato da medicina chinesa com outros modelos médicos foram oportunizados pelas relações comerciais, quando daí ocorreu a troca de conhecimentos entre as diferentes civilizações ocidentais e orientais, o que possibilitou o avanço e o desenvolvimento médico nos últimos quinhentos anos.

Em 1949, a acupuntura começou a ser usada como modo terapêutico e passou a ser objeto de estudo científico em diversos países do Ocidente, integrando o conjunto das terapias conhecidas como medicinas complementares e alternativas (Wai, 2004; Tomoda; Wang, 2000), todavia, foi com a visita do presidente americano Richard Nixon à China, em 1970, que a MTC ganhou visibilidade internacional, dada à exploração midiática do evento e a divulgação massiva dos elementos culturais e tradicionais chineses para o mundo (Winkle, 2001).

No Brasil, os registros sobre a acupuntura são escassos, mas, sabe-se que sua história em nosso país foi iniciada com a chegada dos imigrantes chineses, em 1812, e japoneses, em 1908, apesar de seu uso ter ficado limitado a essas comunidades, em razão principalmente das dificuldades linguísticas. A sua difusão, no entanto, se intensificou com a fundação da Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental, na década de 1950, pelo fisioterapeuta Friedrich Johann Spaeth, nascido em Luxemburgo e naturalizado brasileiro (Froio, 2006).

Quando estudamos a história da medicina brasileira, percebemos que as ideias e os conhecimentos médicos aceitos e praticados na atualidade provêm de influências diversas e dos movimentos sociais do final da década de 1960, e constatamos que a disseminação da acupuntura no Brasil recebeu a contribuição do ideário incorporado pelo movimento de abrangência mundial denominado de contracultura¹⁰, que fez ressurgir antigas práticas em saúde e estimulou o surgimento e crescimento de novas terapias, com a gradual inserção da medicina chinesa na sociedade civil e nas instituições de saúde (Brant *et al.*, 2014; Souza e Luz, 2011).

¹⁰ A ideia de contracultura vem do idioma inglês *counterculture*. A **contracultura** se refere a um movimento libertário de contestação que surgiu na década de 60 nos Estados Unidos e ao conjunto de atitudes, ações, costumes e valores que se opõem aos princípios da cultura dominante (Rezende, 2023).

A inserção da acupuntura nas instituições brasileiras oficiais de saúde se deveu aos resultados positivos que o uso da medicina chinesa vinha proporcionando fora do âmbito da política governamental, e à sua divulgação entre públicos cada vez mais conectados globalmente por intermédio dos meios de comunicação de massa, o que exigiu das instituições públicas uma adequação no sentido de incorporarem essas técnicas aos programas de atendimento nacional.

Na década de 1980, tanto os movimentos organizados da sociedade civil, a exemplo das associações comunitárias e, posteriormente, das Organizações Não Governamentais (ONGs), quanto a própria demanda social de uma clientela na busca por serviços públicos de saúde, pressionaram progressiva e sistematicamente as instituições médicas para uma abertura à prática das medicinas denominadas alternativas (Luz, 1997).

Três iniciativas no Brasil da década de 1980 são citadas por Froio (2012): a primeira, refere-se à implantação do Departamento de Acupuntura, em 1981, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, com o intuito não só de atender a população, como também de fomentar a pesquisa científica; a segunda, diz respeito à abertura de um polo de estudo da acupuntura pela Universidade de Pelotas, em 1983, e a terceira, ocorrida no Rio de Janeiro em 1984, quando serviços de acupuntura foram oferecidos em três hospitais da rede pública.

Outro marco importante nesta década foi a Declaração de Veneza, por meio da qual a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO¹¹) estabeleceu premissas básicas para um diálogo construtivo entre a ciência e as formas tradicionais do saber, conforme podemos depreender de um dos trechos do Comunicado final do Colóquio “A Ciência diante das Fronteiras do Conhecimento”, ocorrido na cidade de Veneza, de 3 a 7 de março de 1986:

O conhecimento científico, devido a seu próprio movimento interno, chegou aos limites em que pode começar o diálogo com outras formas de conhecimento. Neste sentido, reconhecendo as diferenças fundamentais entre a ciência e a tradição, constatamos não sua oposição, mas sua complementaridade. O encontro inesperado e enriquecedor entre a ciência e as diferentes tradições do mundo permite pensar no aparecimento de uma nova visão da humanidade, até mesmo num novo racionalismo, que poderia levar a uma nova perspectiva metafísica.

Em 1990, com a popularização da acupuntura, tiveram início os debates sobre a sua regulamentação e legitimação, culminando no seu reconhecimento como ato médico em 1992,

¹¹ A **Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO)** - (acrônimo de *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*) é uma agência especializada das Nações Unidas (ONU) com sede em Paris, fundada em 16 de novembro de 1945 com o objetivo de contribuir para a paz e segurança no mundo mediante a educação, ciências naturais, ciências sociais/humanas e comunicações/informação (Fonte: Wikipédia).

pelo Conselho Federal de Medicina do Brasil, e como especialidade médica, em 1995. A partir desses atos validadores, foi elaborado um projeto com a finalidade de abrir novas linhas de investigação científica, criar padrões de qualidade na formação de especialistas e incrementar o intercâmbio científico, tecnológico e cultural entre o Brasil e a China, tudo com vistas ao aprimoramento do estudo e da prática da acupuntura em nosso país (Rocha, *et al.*, 2015; Froio, 2012).

Com o estudo cada vez mais aprimorado e a prática sendo recebida e aceita pela população, mas, sobretudo, com os resultados positivos apresentados pela acupuntura, a principal técnica dentre as alternativas e complementares, a ponto de se confundir com a própria MTC, a formulação de uma política nacional com o intuito de traçar as diretrizes e promover as ações para a inserção de serviços e produtos relacionados à MTC – acupuntura, homeopatia e fitoterapia no serviço de assistência à saúde foi uma questão de tempo. Tanto que, em 2006, o MS aprovou a PNPIC para ampliar o acesso dos usuários às PICS (Bulsing, 2013).

A acupuntura é um tipo de terapia reflexa baseada numa concepção filosófica, que considera os sistemas orgânicos como indissociáveis, pois, é da harmonia funcional existente entre seus elementos, numa relação dialética entre particular e universal, morfologia e função, estímulo e controle, onde uma parte não pode ser compreendida a não ser quando relacionada com o todo, que resulta a promoção e manutenção da saúde (Szabó; Bechara, 2010).

A MTC, além da acupuntura, a sua técnica mais conhecida e praticada mundialmente, inclui ainda um conjunto de práticas corporais e mentais e de outras técnicas (dentre elas o *Lian Gong* em 18 terapias, a auriculoterapia, moxaterapia ou moxabustão e ventosaterapia) contemplados na PNPIC, relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde (Brasil, 2006).

O *Lian Gong* em 18 Terapias é uma técnica que une a MTC e a medicina ocidental com as artes marciais e os antigos exercícios terapêuticos, e consiste em um conjunto de movimentos corporais que visam à prevenção e o tratamento de dores no pescoço, ombros, cintura, pernas e doenças crônicas. A expressão “18 terapias” deve-se ao fato de que toda a técnica é composta de 54 exercícios divididos em três partes contendo 18 exercícios cada uma delas – parte anterior, parte posterior e o *Yi Qi Gong*, para as doenças respiratórias (Associação Brasileira de Lian Gong em 18 Terapias, 2023).

A terapia auricular ou auriculoterapia promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha, nos quais todo o organismo se encontra representado como um microsistema, e pode ser executada de forma complementar à medicina convencional. Para a aplicação da terapia auricular são utilizados

materiais como: agulhas, cristais e sementes de mostarda, entre outros (Contim; Santo e Moretto, 2020).

A moxaterapia ou moxabustão é uma técnica que consiste em aquecer regiões ou pontos de acupuntura através da queima da erva medicinal chamada *artemisia vulgaris* ou *sinensis*, ou outros tipos de ervas e materiais, com a finalidade de promover a melhora na circulação do sangue e dos líquidos orgânicos, otimizando a nutrição dos órgãos (CMBA, 2023).

A ventosaterapia é uma técnica de medicina alternativa que envolve o uso de copos de vidro, plástico ou acrílico para criar um vácuo na pele e, assim, promover a circulação do meridiano e aumentar o fluxo sanguíneo na região estagnada, o que pode ajudar a aliviar a dor, reduzir a inflamação e promover a cicatrização (CMBA, 2023).

Em 2008, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹², as PICS foram incluídas em seu escopo de ações e passaram a fazer parte de documentos técnicos do MS voltados à AB, o que exigiu a incorporação de profissionais especializados de diferentes áreas do conhecimento para garantir o suporte necessário às eSF, tornando exequível, desde então, que outros programas e ações do SUS, a exemplo da Academia da Saúde¹³, passassem a oferecê-las.

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), órgão responsável pela gestão nacional da PNPIC, com as atribuições de normatizar o uso, sensibilizar trabalhadores, usuários e a população em geral, divulgar e monitorar as ações que visem ao esclarecimento, à promoção e oferta das PICS, as inseriu, em 2011, no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), para fomentar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da oferta (Cavalcanti *et al.*, 2015).

A implantação da PNPIC nos três âmbitos governamentais – União, estados e municípios – possibilitou também a inclusão de variáveis de monitoramento nos sistemas de informação em saúde, como Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

¹² Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF foram criados através da Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, “com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (Art. 1º).

¹³ O Programa Academia da Saúde (PAS) é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos onde são ofertadas à população práticas de atividades físicas, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, promoção da alimentação saudável e **práticas integrativas e complementares em saúde**. Esses polos fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde e são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. (Portaria de Consolidação Nº 5/GM/MS, de 28/09/2017).

(SCNES), Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/DATASUS),) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH), o que permite o acompanhamento do desenvolvimento Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) dessas práticas no SUS, não somente para fins estatísticos, mas, para uma avaliação sistêmica do processo e as necessárias correções (Brasil, 2020).

De 2006 a 2018, o número de procedimentos adotados pelo SUS foi sendo ampliado, dos quatro inseridos pela Portaria 971/2006 – MTC/acupuntura, homeopatia, fitoterapia e crenoterapia – para 18 com a inserção de outras 14 práticas a partir da edição da Portaria 849/2017 – arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, *reiki*, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga –, até o quantitativo de 29 modalidades de PICS com a Portaria 702/2018, por meio da qual foram acrescentadas a apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica, ozonioterapia e terapia de florais.

A expansão das PICS no âmbito dos governos municipais segue ocorrendo, já que, historicamente, são os municípios que detêm modelos assistenciais nos quais se evidenciam as ações de saúde pautadas nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social e estabelecem novas culturas para o desenvolvimento da saúde pública no Brasil, em cuja organização se estrutura a Estratégia de Saúde da Família (ESF), capilarizando e ampliando o acesso à saúde por meio de suas equipes, todavia, ainda predominam os tratamentos que fazem uso de recursos terapêuticos baseados em conhecimentos acadêmicos, voltados para a cura e prevenção de doenças (Alves, 2018).

Os dados integrais do período 2019 a 2023, e os parciais relativos ao primeiro trimestre de 2024, obtidos por meio do Sistema de Informação em Saúde na Atenção Básica (SISAB), permitem uma comparação sumária da oferta de PICS no Brasil nos últimos cinco anos, considerando inclusive aqueles em que estivemos sob as restrições sanitárias em virtude da pandemia de Covid-19¹⁴ (2020/2021), e demonstram que o número de procedimentos aumenta progressivamente, ano após ano.

De acordo com o mapa ilustrado abaixo, que apresenta o Brasil dividido por macrorregiões, é possível observar que as regiões Sudeste e Sul se destacam em números

¹⁴ Em 11 de março de 2020, a Covid-19, doença causada pelo vírus Sars-CoV-2, foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. Em 5 de maio de 2023, a OMS declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à Covid-19 (Fonte: OMS).

absolutos de atendimentos, o que pode ser explicado, em parte, por uma cultura mais identificada com a diversificação de formas inovadoras de cuidados à saúde, possibilitando que um maior número de procedimentos seja ofertado, difundido e aceito pela população (Silva *et.al.*, 2023).

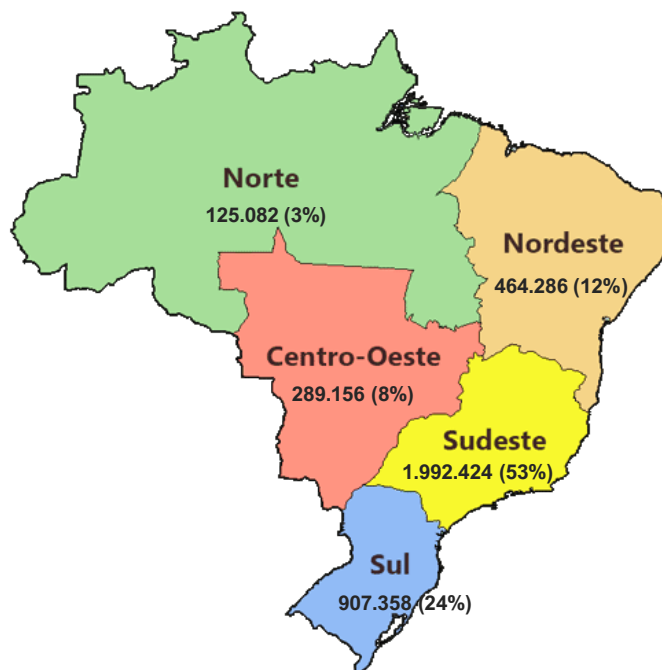
Outra razão para uma expansão maior no Sudeste e Sul pode estar vinculada ao grande número de municípios dessas macrorregiões que institucionalizaram uma política de práticas integrativas e complementares e ofertam as PICS, no âmbito do SUS, em 100% dos serviços de suas redes de saúde, a exemplo do município de Vitória, capital do Espírito Santo (Sacramento, 2017).

A criação de leis e a implantação de políticas estaduais de PICS nas macrorregiões Sudeste e Sul também são fatores que contribuíram decisivamente para a sua expansão e consolidação, pois são essas legislações as garantidoras da continuidade do processo e do compromisso institucional com as metas estabelecidas e as estratégias formuladas para ampliação da oferta e garantia dos serviços.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2024), 54% dos municípios brasileiros oferecem atendimentos individuais e coletivos em PICS por meio de 8.239 estabelecimentos de saúde na APS. Esse avanço deveu-se em grande parte ao movimento impulsionado pelos municípios, dentro do qual são identificados novos modelos de como aprender a lidar com a relação saúde-doença e novas práticas de cuidado à saúde.

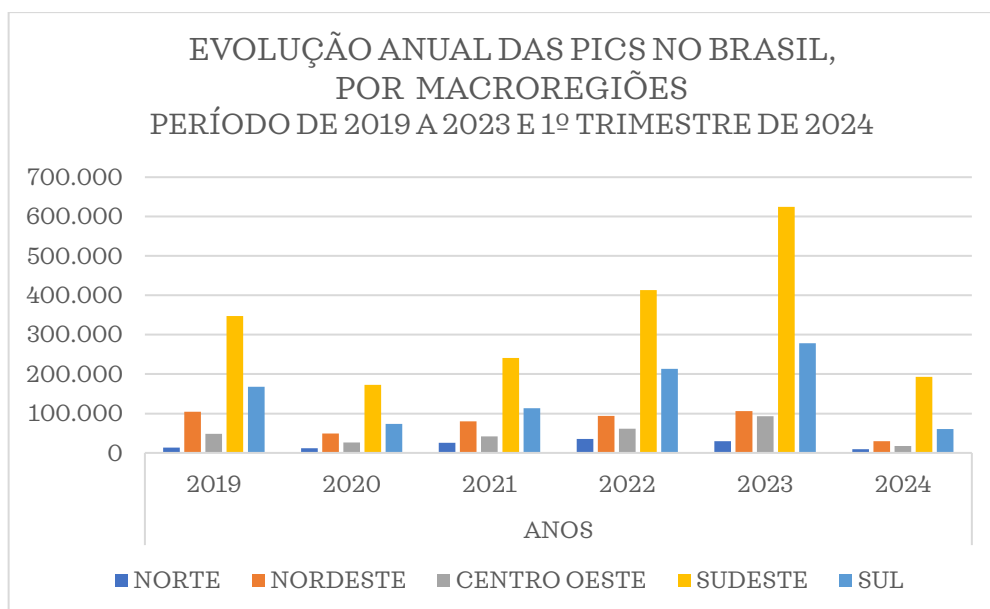
Uma melhor compreensão sobre a evolução das PICS nos últimos cinco anos no Brasil, por macrorregiões, é possível a partir da análise dos números de atendimentos prestados de janeiro de 2019 ao primeiro trimestre de 2024, os quais são disponibilizados pelo SISAB, conforme podemos ver na Mapa 1 e no Gráfico 1.

Mapa 1 – Número de atendimentos com PICS, Brasil, 2019–2024 (1º trimestre), por macrorregiões



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB.
Dados obtidos em 01/05/2024. Ilustração elaborada pela autora

Gráfico 1 – Evolução do número de atendimentos com PICS, Brasil, 2019–2024 (1º trimestre), por macrorregiões



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Dados obtidos em 01/05/2024. Ilustração elaborada pela autora.

No Mapa 1, os números mostrados sobre o mapa do Brasil dividido por macrorregiões nos dão uma visão global do número total de atendimentos por PICS no período de janeiro de 2019 a março de 2024, revelando, por exemplo, que mais da metade (53%) deles

foram prestados na Macrorregião Sudeste, e que as macrorregiões Norte, Nordeste e Centro-oeste juntas (23%) não alcançam a Macrorregião Sul, com 24% do total nacional.

Quando analisamos o Gráfico 1, que mostra os números dos atendimentos por PICS ano a ano, verificamos que o seu crescimento se deu de forma crescente e contínua, excepcionando-se os anos de 2020 e 2021, em virtude da pandemia de Covid-19, quando ocorreu uma redução da oferta. Em relação aos dois anos da crise sanitária, nota-se, porém, que 2020 foi o ponto mais baixo, tendo a curva de crescimento sido retomada em 2021.

Para justificar esse crescimento contínuo e consistente, podemos considerar um conjunto de fatores, tais como: a institucionalização das PICS a partir da criação das políticas estaduais e municipais, seguindo a política nacional; a luta e o trabalho desempenhado pelos profissionais para sensibilizar os gestores em todos os níveis; a estruturação de uma rede confiável de dados, capaz de dar visibilidade às ações e consolidar os registros nos sistemas de saúde; a ampliação da oferta; o compromisso dos gestores, reconhecendo, em muitos casos, a importância das PICS para a construção de um novo paradigma em saúde e, por fim, uma maior conscientização, não obstante incipiente, dos usuários e trabalhadores em saúde.

No entanto, observamos que a evolução das PICS não se deu na mesma proporção, quando comparamos os números de uma macrorregião com os de outra. Tomamos, por exemplo, os números das macrorregiões Nordeste e Sul, e os comparamos, considerando dois importantes elementos: o número de municípios e o total de habitantes.

A Macrorregião Sul possui 1.191 municípios, o que corresponde a 66% do número de municípios da Macrorregião Nordeste, que tem 1.793. Em termos de população, o Sul possui 29.937.706 habitantes, ou seja, 54% da população nordestina, estimada em 54.658.515 habitantes. Apesar de possuir um terço a mais de municípios que a Macrorregião Sul e uma população quase duas vezes maior, a Macrorregião Nordeste, no período de janeiro de 2019 a março de 2024, prestou 464.286 atendimentos, a metade dos 907.358 atendimentos realizados pelo Sul (Brasil, Censo 2022; 2024).

Uma amostra do que ocorre na Macrorregião Sul como um todo pode ser obtida quando compulsamos os dados do Rio Grande do Sul, estado com 497 municípios. De acordo com os dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde (Sesab), 82% deles, ou seja, 409 municípios oferecem atendimento por PICS atualmente (Bahia, 2024).

Quando comparamos com Pernambuco, o estado da Macrorregião Nordeste que mais atendimentos prestou no período de janeiro de 2019 a março de 2024, verificamos que 66% dos 187 municípios existentes oferecem PICS na sua rede de atenção. Apesar de possuir

mais que o dobro do número total de municípios na comparação com Pernambuco, o Rio Grande do Sul consegue atingir proporcionalmente 16% mais que o seu coirmão nordestino.

Ao abordarem a perspectiva de evolução das PICS nas capitais da Macrorregião Nordeste, Moura, Ferreira e Barros (2017) concluíram que, mesmo com o crescimento da oferta das PICS e do número de unidades de saúde, desde a criação da PNPIC, a evolução ainda é lenta, podendo tal lentidão ser atribuída, segundo as mesmas autoras, à falta de recursos humanos, de financiamento, divulgação e espaço físico.

Apesar do descompasso que verificamos no quadro geral de atendimentos no Brasil, com um crescimento mais acelerado nas macrorregiões Sudeste e Sul e mais lento nas macrorregiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, podemos concluir que, desde a implantação da PNPIC, em 2006, o acesso de usuários do SUS aos procedimentos de PICS vem se ampliando e se consolidando culturalmente, no âmbito da atenção primária, como uma nova forma de cuidado na saúde pública.

3.2.1 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária à Saúde: novas formas de cuidado

Conforme consta do texto introdutório da PNPIC (Brasil, 2006),

o campo das Práticas integrativas e complementares em saúde contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, (...) que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico, e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. (Introdução, item 1, anexo à Portaria 971/2006).

Apesar do MS considerar que as PICS podem ser disponibilizadas em todos os âmbitos da atenção à saúde, uma das diretrizes da PNPIC estabelece que a sua inserção deve ser incentivada principalmente na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (Brasil, 2006), pois, é na APS onde se encontram as equipes que promovem saúde em seus diferentes saberes.

Por vincular-se ao cuidado biomédico, a APS tinha a sua construção e legitimação nos sistemas de saúde centrados nas doenças, nas especialidades médicas, contudo, após a inserção da ESF, surge um novo paradigma para a biomedicina, centrado numa coordenação e ampliação do cuidado, que percebe o usuário e a comunidade como singularidades, e também permite um deslocamento para as questões de qualidade de vida, parceria, promoção da saúde e recomposição de uma harmonia entre saber profissional e leigo, o que se identifica com o ideário do SUS (Tesser; Sousa, 2012).

Nesse sentido, conforme afirmam Servo e Ribeiro (2018, p. 32), “a Estratégia de Saúde da Família é o locus privilegiado para a produção do cuidado integral, tendo em vista sua aproximação com a realidade social dos sujeitos e o vínculo com a comunidade”, o que contribuirá para dotar a produção do cuidado de uma visão positiva de saúde, por meio da qual sejam criados espaços de (con)vivência de relações afetivas, onde trabalhadores e usuários possam reconstruir e reinterpretar as práticas de saúde (Servo, 2011).

A reorientação do modelo assistencial a partir da implementação da PNPIC no SUS, com ênfase na atenção básica, criou um campo de atuação para as eSF, dentro do qual os agentes de saúde movimentam-se para a produção de um cuidado que abrange múltiplos fatores e processos que envolvem indivíduo, família e comunidade em constante interação, no atendimento a uma demanda social que deve garantir o direito de escolha das diferentes abordagens do cuidado.

Atribuindo um valor humanístico e um efeito pedagógico à produção do cuidado nos serviços de saúde, Servo (2011, p. 112) a compreende “como ação terapêutica mediada por saberes e fazeres”, consubstanciada a partir de encontros terapêuticos que abrem espaço ao diálogo e à reflexão e concorrem para o estabelecimento de vínculo afetivo entre os sujeitos do processo, carregados de subjetividades e, portanto, inerentes à condição humana.

Por estarem diretamente relacionadas à prevenção, com foco na saúde, e não na doença, as PICS ofertadas através do SUS e realizadas no âmbito da APS, se configuram atualmente, mais do que uma forma de complementariedade à medicina convencional, como o melhor espaço de disseminação de uma nova cultura e de inversão da lógica na produção do cuidado (Santos, 2015).

Antes das PICS, os recursos públicos eram utilizados em diferentes formas de cuidado direcionadas para ações programáticas e pontuais centradas na doença e limitadas a enfrentar os fatores de risco; entretanto, com a institucionalização da PNPIC no SUS, houve uma demanda social pela utilização de recursos na produção do cuidado em saúde que garantisse autonomia aos usuários, com enfoque na saúde.

As PICS têm, portanto, essa característica peculiar de considerar o sujeito como um todo e não restringir a ação terapêutica sobre o corpo, pois, sua forma de abordagem baseada nas relações afetivas que se estabelecem, por meio do diálogo e da reflexão, entre usuários e trabalhadores (pacientes e terapeutas), produz efeitos que se estendem para além do corpo somático e alcançam outras esferas da individualidade humana – o pensamento, os sentimentos e as emoções.

Quadro 2: Tipos e descrições das PICS recomendadas pela Portaria 971/2006

Tipo de PICS	Descrição das PICS
MTC/Acupuntura	É uma tecnologia de intervenção em saúde que faz parte dos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa (MTC) e estimula pontos espalhados por todo o corpo, ao longo dos meridianos, por meio da inserção de finas agulhas filiformes metálicas, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de agravos e doenças.
Homeopatia	É uma abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes, e cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultra diluição de medicamentos. Envolve tratamentos com base em sintomas específicos de cada indivíduo e utiliza substâncias altamente diluídas que buscam desencadear o sistema de cura natural do corpo.
Fitoterapia	A fitoterapia é um tratamento terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.
Crenoterapia	Prática terapêutica que consiste no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras – e eventualmente submetida a ações hidromecânicas – como agente em tratamentos de saúde. utiliza o recurso da água como agente terapêutico.

Fonte: Ministério da Saúde (site oficial). Quais são as PICS? Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics/quais-as-pics. Publicado em 07/11/2022. Atualizado em 07/11/2022.

A Portaria 971/2006, que aprovou a PNPIC, com a finalidade de atender às diretrizes da OMS e avançar na institucionalização das PICS no âmbito do SUS, recomendou, naquele ano de sua criação, a adoção dos procedimentos descritos no Quadro 2 (Brasil, 2006).

Quadro 3: Tipos e descrições das PICS recomendadas pela Portaria 849/2017

Tipo de PICS	Descrição das PICS
Arteterapia	Uma atividade milenar, é uma prática expressiva artística, visual, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente e busca interligar os universos interno e externo do indivíduo, por meio da sua simbologia, favorecendo a saúde física e mental.
Ayurveda	De origem indiana, é considerado uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo e significa Ciência ou Conhecimento da Vida. Agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não os desvincular e considerando os campos energético, mental e espiritual.
Biodança	Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano.
Dança circular	Prática expressiva corporal, ancestral e profunda, geralmente realizada em grupos, que utiliza a dança de roda – tradicional e contemporânea –, o canto e o ritmo para favorecer a aprendizagem e a interconexão harmoniosa e promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando o bem-estar físico, mental, emocional e social.
Meditação	Prática mental individual milenar, descrita por diferentes culturas tradicionais, que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior.
Musicoterapia	Prática expressiva integrativa conduzida em grupo ou de forma individualizada, que utiliza a música e/ou seus elementos – som, ritmo, melodia e harmonia – num processo facilitador e promotor da comunicação, da relação, da aprendizagem, da mobilização, da expressão e da organização, no sentido de atender necessidades físicas, emocionais, mentais, espirituais, sociais e cognitivas do indivíduo ou do grupo.
Naturopatia	Prática terapêutica que adota visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde-doença e utiliza um conjunto de métodos e recursos naturais no cuidado e na atenção à saúde.
Osteopatia	Prática terapêutica que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais para auxiliar no tratamento de doenças, entre elas a da manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações), do <i>stretching</i> , dos tratamentos para a disfunção da articulação temporomandibular (ATM), e da mobilidade para vísceras.
Quiropraxia	Prática terapêutica que atua no diagnóstico, tratamento e prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral.
Reflexoterapia	Prática terapêutica que utiliza estímulos em áreas reflexas – os microssistemas e pontos reflexos do corpo existentes nos pés, mãos e orelhas – para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento.
Reiki	Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental.
Shantala	Prática terapêutica que consiste na manipulação (massagem) para bebês e crianças pelos pais, composta por uma série de movimentos que favorecem o vínculo entre estes e proporcionam uma série de benefícios decorrentes do alongamento dos membros e da ativação da circulação.
Terapia comunitária integrativa	Prática terapêutica coletiva que atua em espaço aberto e envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades.
Yoga	Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação.

Fonte: Ministério da Saúde (site oficial). Quais são as PICS? Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics/quais-as-pics. Publicado em 07/11/2022. Atualizado em 07/11/2022.

Na continuidade do processo de legitimação e ampliação das PICS no cenário nacional, o MS editou a Portaria 849/2017 do MS, de 27 de março de 2017, que incluiu 14 novos procedimentos, listados e descritos no Quadro 3 (Brasil, 2017).

Em 2018, o MS editou a Portaria 702, de 21 de março de 2018, por meio da qual ampliou o número das PICS recomendadas para serem ofertadas através do SUS, inserindo os procedimentos constantes do Quadro 4 (Brasil, 2018).

Quadro 4: Tipos e descrições das PICS recomendadas pela Portaria 702/2018

Tipo de PICS	Descrição da PICS
Apiterapia	Prática terapêutica utilizada desde a antiguidade, conforme mencionado por Hipócrates, em alguns textos, e em textos chineses e egípcios que consiste em usar produtos derivados de abelhas – como apitoxinas, mel, pólen, geleia real, própolis – para promoção da saúde e fins terapêuticos.
Aromaterapia	prática terapêutica secular que utiliza as propriedades dos óleos essenciais, extraídos de flores, folhas, raízes, a fim de recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo, estimulado e liberando partículas que vão atuar em diferentes partes do cérebro.
Bioenergética	visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, se utiliza de movimentos sincronizados com a respiração. educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos.
Constelação familiar	método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações trazidas pelo usuário, bem como o que está encoberto nas relações familiares.
Cromoterapia	Prática terapêutica que utiliza as cores do espectro solar – vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta – para restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo.
Geoterapia	Terapêutica natural que consiste na utilização de argila, barro e lamas medicinais, assim como pedras e cristais (frutos da terra), com objetivo de amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais por meio dos diferentes tipos de energia e propriedades químicas desses elementos.
Hipnoterapia	Conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados, como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas.
Imposição de mãos	Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença.
Medicina antroposófica	Abordagem terapêutica integral com base na antroposofia que integra as teorias e práticas da medicina moderna com conceitos específicos antroposóficos, os quais avaliam o ser humano a partir da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos.
Ozonioterapia	Prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, e promove melhoria de diversas doenças.
Terapia de florais	Prática terapêutica que utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais.

Fonte: Ministério da Saúde (site oficial). Quais são as PICS? Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics/quais-as-pics. Publicado em 07/11/2022. Atualizado em 07/11/2022.

Atualmente, a oferta de PICS através do SUS contempla os 29 procedimentos listados e descritos nos Quadros 2, 3 e 4, nos quais o foco e a ação envolvem diretamente recursos terapêuticos baseados na prevenção e no tratamento, buscando contemplar as três dimensões: corpo, mente e espírito.

Esclarecemos, entretanto, que o MS considera o *Lian Gong* em 18 terapias, a moxaterapia, a auriculoterapia e a ventosaterapia como partes integrantes de um conjunto de

técnicas denominado MTC/acupuntura, razão pela qual, apesar de serem contempladas pelo SUS, elas não aparecem nos Quadros 2, 3 e 4.

3.2.2 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Estado da Bahia

Uma das estratégias da OMS para as medicinas tradicionais preconiza a formulação de políticas de integração da medicina convencional com outras diferentes práticas complementares nos sistemas nacionais de saúde, considerando a segurança, a eficácia e a qualidade delas, e presta orientação com respeito à legislação, ao acesso e ao uso racional por trabalhadores em saúde e usuários (OMS, 2002).

No Brasil, a PNPIC possui diretrizes específicas para o uso de práticas complementares à medicina convencional, que preveem, dentre outras coisas, a atribuição de responsabilidades aos gestores estaduais e municipais, concedendo-lhes autonomia para criar, implantar e gerenciar suas próprias políticas de inserção das PICS em seus territórios (Brasil, 2006).

A inserção de práticas da medicina tradicional na Bahia foi iniciada desde 1918, através de iniciativas particulares e de ações sociais, como o Laboratório e Farmácia Homeopática Soares da Cunha¹⁵, fundada em 19 de maio de 1918, a partir do qual foi reimplantada a homeopatia em território baiano, com as lutas ingentes do progenitor da família, Alfredo Soares da Cunha (Araújo, 2015).

No setor público, a homeopatia ganhou espaço ao final da década de 80, quando a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) contratou médicos homeopatas por concurso, mesma ocasião em que municípios baianos passaram a adotar práticas da MTC e incluir médicos homeopatas nos seus quadros. Iniciativas diversas foram desenvolvidas em todo o estado da Bahia ao longo da história, que, pela sua diversidade territorial e cultural, inclui as diferentes práticas que foram transmitidas de uma geração para outra em suas comunidades ribeirinhas, indígenas, quilombolas e rurais (PEPICS-BA, 2019).

O processo de implantação das PICS no sistema de saúde estadual começa, de fato, a partir da publicação da Portaria SES-BA 2.815, de 01 de outubro de 2008, um ano depois revogada pela Portaria SES-BA 1.686, de 16 de outubro de 2009, que instituiu o Núcleo Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, que tinha como parte integrante o Núcleo Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Núcleo FITOBAHIA), sendo este considerado o marco inicial de um modelo baseado em demandas do controle social e nas articulações

¹⁵ A farmácia da Rua Ruy Barbosa se instalou nesse endereço em 1931, contudo a primeira farmácia e laboratório foram fundados em 1918 (Araújo, 2015).

intersetoriais que ocorrem com a participação popular e de atores envolvidos com essas práticas e a Educação Popular em Saúde (PEPICS, 2019).

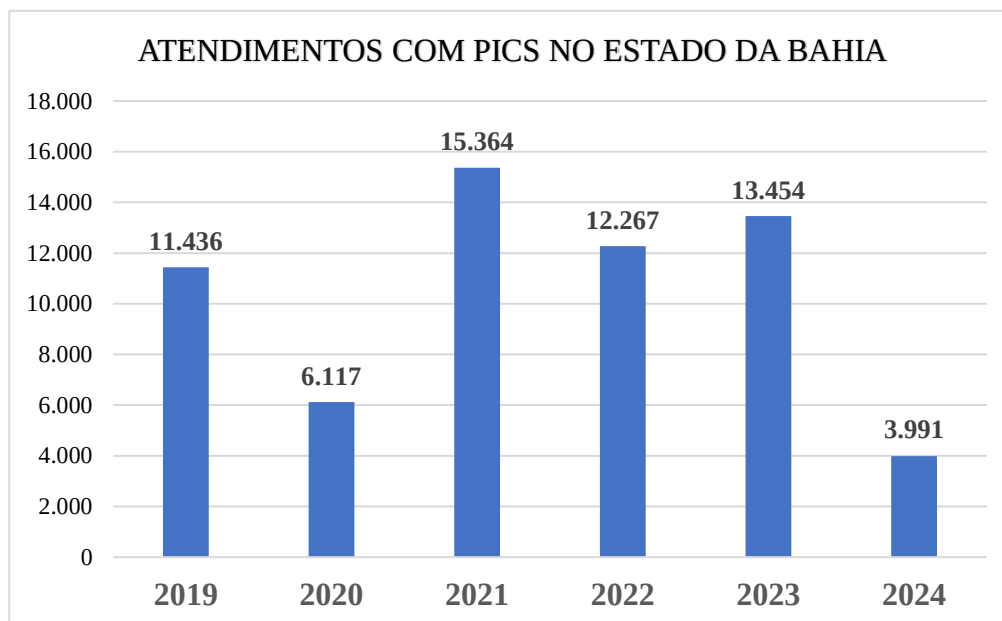
A Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (ATPICS) foi implantada em 2012, para dar continuidade ao processo já iniciado de construção de um modelo orientado pela PNPICS e viabilizar a inserção das PICS já experienciadas nas diversas comunidades do território baiano na APS, via Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) (PEPICS, 2019).

Mediante ação articulada por movimentos sociais de trabalhadores e estudantes das áreas de saúde e educação, a SESAB deliberou, em 2015, pela criação de um serviço direcionado às PICS e coordenado pelo corpo diretor do ambulatório de PICS vinculado ao Ambulatório Magalhães Netto do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes) e pela docência do Componente Curricular Racionalidades Médicas e Práticas Alternativas, do Instituto de Humanidades, Arte e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), ambos da Universidade Federal da Bahia (UFBA), tendo como resultado substancial a proposta de elaboração da PEPICS/BA (PEPICS, 2019).

Em 2020, com o processo de implantação e implementação da PEPICS-BA nos municípios baianos, a Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (ATPICS), departamento da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) da SESAB, realizou diagnóstico situacional sobre as PICS no estado da Bahia, verificando que, dos 109 municípios que responderam ao formulário (26,1% dos 417 municípios baianos), 38 relataram ofertar PICS (34,9% dos que responderam) (Neri *et al.*, 2023).

De acordo com o levantamento da ATPICS (2020), dos 38 municípios que responderam o formulário situacional, 35 relataram que ofertam as PICS por meio da APS; 11 disseram ofertar através do CAPS; sete, em Centro de Reabilitação; cinco, em hospitais, e um, em Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Segundo Neri *et al.* (2023), um conjunto de fatores contribui para a baixa adesão dos municípios à inserção das PICS na APS de municípios baianos, destacando-se o desconhecimento dos gestores a respeito dos efeitos benéficos das PICS, a divulgação ineficiente às populações locais, a falta de financiamento específico para capacitar os profissionais e dotar as unidades de estrutura e insumos adequados.

Gráfico 2 – Evolução do número de atendimentos com PICS, Bahia, 2019–2024, (1º trimestre)



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Dados obtidos em 01/05/2024. Gráfico elaborado pela autora.

Observando o Gráfico 2, acima, verificamos que no ano de 2020, semelhante ao que ocorreu em todo o Brasil, houve uma queda no número de atendimentos com PICS no Estado da Bahia, associada à crise sanitária causada pela pandemia de Covid-19, como já mencionado anteriormente. Nos três anos seguintes – 2021, 2022 e 2023, o número de atendimentos foi 100% maior em relação a 2020, sustentando um crescimento crescente e contínuo.

Entretanto, o crescimento em 2021 apresentou-se, na Bahia, como um fato atípico, se comparado ao nacional, pois, os dados disponibilizados pelo SISAB mostram uma elevação do número de atendimentos com PICS superior até mesmo a 2023, ano no qual todas as macrorregiões (Nordeste inclusive) apresentaram os melhores resultados dos últimos cinco anos em números absolutos. Não encontramos evidências que pudessem justificar essa atipicidade.

Na Bahia, o crescimento e a manutenção da oferta estão associados à atuação da ATPICS, que tem investido na educação permanente e no trabalho de divulgação da PNPIC e da PEPICS-BA, na elaboração de normas técnicas, articulação intersetorial com os diversos órgãos municipais diretamente ligados à implantação, implementação e acompanhamento das ações, em conformidade com as diretrizes estaduais (PEPICS-BA, 2019).

Em 2022, segundo dados da ATPICS, dos 417 municípios baianos, 223 colaboraram com a construção do segundo diagnóstico situacional das PICS no Estado, e destes,

apenas 49 (22%) relataram que ofertam as práticas. Os demais 174 (78%) alegaram não possuir profissionais qualificados em PICS e para o planejamento das ações, bem como não dispor de recursos financeiros para investimento na implantação e manutenção do programa.

Os números de atendimentos na Bahia, no entanto, podem ser maiores do que os disponibilizados no SISAB e mostrados no Gráfico 2, isto porque muitos municípios relataram ofertar as PICS de forma individual e voluntária, voltada precipuamente aos trabalhadores em saúde, com pouco ou nenhum acesso à população em geral e sem o cadastramento e o registro dos dados no e-SUS.

O Quadro 5, abaixo, mostra os números de atendimentos prestados no Estado da Bahia no período de 2019 ao primeiro trimestre de 2024, por cada prática integrativa ofertada, por meio dos quais observamos uma predominância da acupuntura com inserção de agulhas e da auriculoterapia em relação às demais. A aplicação da acupuntura com moxa, constelação familiar, fitoterapia e geoterapia também mostram números elevados, na comparação com as demais PICS ofertadas.

Diante desse cenário que os resultados nos mostram, podemos afirmar que, embora a Bahia possua uma grande extensão territorial, apresente uma diversidade regional e cultural e não disponha de um aporte específico de recursos públicos para implementar ações nesse campo, o crescimento, ano a ano, do número de atendimentos e da variedade na oferta das PICS demonstra que o trabalho da ATPICS tem surtido efeito positivo, embora ela própria reconheça que de um total de 417 municípios, apenas 50 (12%) têm conseguido oferecer tratamento por meio das práticas integrativas e, em muitos casos, pela vontade, empenho e com recursos dos próprios trabalhadores do SUS.

Quadro 5 – Número de atendimentos, por tipo de PICS, Bahia, 2019–2024 (1º trimestre)

PICS	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Acupuntura com aplicação de moxa	601	569	815	1710	2125	896
Acupuntura com inserção de agulha	4.039	1.681	6.339	1.963	2.689	617
Aromaterapia	0	5	112	183	324	100
Arteterapia	39	2	4	2	0	0
Auriculoterapia	5.502	2.475	5.832	5.189	5.870	1.647
Ayurveda	1	2	2	2	3	0
Bioenergética	51	351	511	424	4	3
Constelação familiar	57	441	627	827	938	40
Crenoterapia	2	3	1	5	8	1
Cromoterapia	0	0	21	82	09	17
Dança circular	24	4	0	0	2	0
Fitoterapia	20	171	562	461	430	49
Geoterapia	2	17	298	618	510	377
Hipnoterapia	1	12	112	19	34	2
Homeopatia	1	3	6	10	15	71
Imposição de mãos	13	106	125	144	161	31
Medicina antroposófica	1	9	38	9	8	1
Naturopatia	3	2	1	5	8	1
Osteopatia	21	6	1	8	2	5
Práticas corporais	254	65	212	94	25	2
Quiropraxia	8	5	10	4	21	0
<i>Reiki</i>	504	0	0	14	0	0
Terapia comunitária integrativa	259	3	1	2	1	0
Terapia de florais	0	7	4	6	11	2
Termalismo	16	95	180	187	65	11
Yoga	2	0	0	3	0	0
Observações: 1) Apiterapia, Biodança, Meditação, Musicoterapia, Ozonioterapia, Reflexoterapia e Shantala, práticas aprovadas pelo Ministério da Saúde, ainda não são aplicadas na Bahia; 2) Do relatório do SISAB referente aos números do Estado da Bahia, constam atendimentos em Crenoterapia e em Termalismo, contudo, na lista de PICS do Ministério da Saúde, essas práticas aparecem como “Termalismo social / Crenoterapia”. 3) A lista de PICS do Ministério da Saúde não faz distinção entre “acupuntura com aplicação de moxa” e “acupuntura com inserção de agulha”. Da lista consta apenas “MTC / Acupuntura”; 4) O relatório do SISAB refere-se a atendimentos em “Práticas corporais”, modalidade que também não consta da lista de PICS do Ministério da Saúde.						

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Dados obtidos em 01/05/2024.
Quadro elaborado pela autora

3.3 A Teoria das Representações Sociais e sua relação com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

A necessidade de descobrir o mundo em que habitam e atribuir-lhe significados faz com que os indivíduos, utilizando-se do conhecimento existencial de que dispõem, busquem interpretar a si mesmos e ao mundo a partir das trocas nos ambientes sociais e nas relações interpessoais, criando novas formas de conhecimento e uma nova forma de percepção e compreensão da realidade (Rocha, 2014; Moscovici, 2003).

A expressão *representação social* é trazida pela primeira vez em 1961, pelo psicólogo social Serge Moscovici, ao apresentar sua tese de doutorado intitulada *Psychanalyse: son image et son public e dos grupos*¹⁶, com a qual buscou compreender como ocorre a conexão e a aproximação nas relações conhecimento-consciência, entre indivíduos, grupos e sociedade. A teoria descreve como os fenômenos sociais reproduzem pensamentos e comportamentos comuns a um grupo de indivíduos (Ortiz *et al.*, 2021).

Na visão de Carvalho (2005), Moscovici entendia as RS como um fenômeno e não apenas como um conceito, com caráter interdisciplinar e em constante construção, e para ele o seu significado se constituía a partir de uma rede de imagens e conceitos que interagem e se diferenciavam continuamente, algo que pode ser representado pelo senso comum e que tem sua origem nas interações sociais e na produção intelectual, produto das constantes alterações do meio em que vive o indivíduo e da forma como ele percebe e compreende a realidade.

Ao formular a TRS, Moscovici buscou enquadrar, sob a ótica da racionalidade, o fato social ao sentido que lhe é dado, uma aproximação entre o ausente e o presente na interpretação que o indivíduo atribui ao que lhe acontece. Assim, para Moscovici (2013, p. 216):

Representar significa a uma vez e ao mesmo tempo, trazer presente as coisas ausentes e apresentar coisas de tal modo que satisfaçam as condições de uma coerência argumentativa, de uma racionalidade e de uma integridade normativa do grupo. É, portanto, muito importante que isso se dê de forma comunicativa e difusiva, pois não há outros meios, com exceção do discurso e dos sentidos que eles contêm, pelos quais as pessoas e os grupos sejam capazes de se orientar e se adaptar as tais coisas.

Nesse sentido, Almeida (2009) concorda que a TRS contribui para a compreensão da construção do pensamento e do conhecimento do senso comum na vida cotidiana, em especial na sua gênese e no seu uso nas interações sociais que se desenvolvem nos contextos contemporâneos, e é uma ferramenta útil para descrever e explicar os fenômenos sociais, já que eles reproduzem pensamentos e comportamentos comuns a um grupo de indivíduos.

¹⁶ A psicanálise: sua imagem e seu público (tradução livre)

No campo das representações, a ideia de imagem de modelo social está pautada em uma dimensão de onde emergem percepções e conceitos, e acabam apresentando informações em níveis variados e diferentes, o que pode representar uma abstração ou realidade, dentro das quais pensamentos e reações estão intrinsecamente ligados aos nossos contextos pessoais e grupais (Moscovici, 2003).

Um dos objetivos da TRS é, portanto, tornar familiar aquilo que é estranho ao indivíduo ou ao grupo, possibilitar a descoberta e interiorização do novo, ressignificar e incorporar ideias e valores preexistentes. Por esta razão, Silva *et al.* (2015) consideram que as RS são dinâmicas, pois sofrem mudanças à medida que as percepções vão se incorporando aos sujeitos e ao seu modo de pensar e agir. Autores como Jodelet (2005), Pérez (2003) e Campos (2021) contribuem para a compreensão dos elementos que constituem o processo formativo das RS.

Para Jodelet (2005), as RS são construídas a partir dos fenômenos sociais, complexos e ativos, e se manifestam por saberes e práticas dos sujeitos, que demandam registros simbólicos por meio dos quais podemos identificar a realidade, as tradições e as culturas que dão forma a um modo de vida de determinado grupo social.

Ao examinar aspectos constituintes da TRS, Pérez (2003) identifica a sua construção subjetiva, multifacetada e polimorfa, marcada por elementos culturais, ideológicos e identitários e, ao mesmo tempo, por elementos afetivos, cognitivos, simbólicos e valorativos, contexto em que a pluralidade e a singularidade se integram numa dinâmica contínua e particular que exige análise, compreensão e intervenção, ações indispensáveis ao progresso social.

Na visão de Campos (2021), uma RS é uma formação simbólica, gerada na interação de um grupo com um objeto (fenômeno, evento), dentro do campo social que recobre esse mesmo objeto, no qual se encontram outras formações simbólicas (ideologias, valores, normas, outras RS, mitos, conhecimentos científicos etc.), ou seja, um conjunto organizado de significados, saberes e crenças.

Percebe-se, então, que as RS têm seus fundamentos e sua estrutura no senso comum, um conhecimento adquirido ao observar, vivenciar e experimentar as coisas no mundo, o que denota uma realidade social que influencia o modo de pensar do indivíduo, o qual, por sua vez, tem o seu pensar e agir transportado para a construção do pensamento coletivo, vale dizer, o significado de compartilhar ações, emoções e pensamentos numa sociedade caracteriza-se como RS, que são atividades no meio social veiculadas por imagens e mensagens com as quais uma determinada coletividade estrutura o seu conhecimento (Moscovici, 2003).

A TRS cria novas possibilidades para o olhar dos sujeitos na sua relação com o objeto-mundo, estabelecendo uma composição entre os fenômenos e sua realidade – a construção dos saberes sociais – que perpassa por dimensões de afetos, emoções e sentimentos, enquanto busca explicar por meio da construção dos seus significados, o que torna essa realidade, simultaneamente, um ato de conhecimento e um ato afetivo (Guareschi; Jovchelovitch, 2016).

Essa interação entre o ato cognitivo e o ato afetivo e o reconhecimento de que as dimensões do afeto, sentido, significado e valor fazem parte da produção do conhecimento são premissas fundamentais à ideia de que todo indivíduo necessita do outro para reconhecer-se a si mesmo como um sujeito em permanente transformação, a partir das significações que ele confere aos comportamentos do outro ou do grupo social, quer dizer, “os sujeitos são concebidos não como indivíduos isolados, mas como atores sociais ativos e afetados por diferentes aspectos da vida cotidiana” (Souza; Novaes, 2013).

As RS, tais como foram definidas por Moscovici (2003), são o produto dessas interações e mediações que ocorrem todo o tempo no processo de construção da realidade, na relação subjetiva entre o sujeito e o objeto em um determinado tempo e espaço social e, por esta razão, devem ser entendidas pelas funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam.

As RS, nesse sentido, reestruturam a realidade para permitir a integração das características objetivas do objeto e das experiências anteriores do sujeito, passando a ser vistas como produto e processos de uma atividade mental, o que faz com que o indivíduo reconstitua o real e lhe dê uma atribuição e um significado (Mazzoti, 2002).

Contudo, não é apenas o espaço social que define o contexto no qual as RS são produzidas, mas, também a temporalidade dentro da qual elas foram progressivamente sendo construídas. Segundo Spink (2013, p. 99), diferentes tempos podem ser observados nessa perspectiva temporal, sendo o “tempo curto da interação, que tem por foco a funcionalidade das representações”; o “tempo vivido”, da socialização que corresponde às interações do indivíduo com o grupo social em um *locus* específico, e o “tempo longo”, domínio das memórias coletivas onde se acumulam os conteúdos ancestrais presentes na cultura e na forma de viver daquela sociedade.

A conjugação do espaço social e da perspectiva temporal para a construção das RS, na visão de Spink (2013), abre a possibilidade de compreendê-las enquanto processo, onde a diversidade e a contradição dialogam continuamente, criando condições favoráveis a que,

mesmo em um campo de ação socialmente estruturado, mudanças, movimentos e novidades possam acontecer, concorrendo para a transformação tanto do sujeito quanto do ambiente.

Por anteceder o comportamento, as RS produzem e determinam modos e definições na sua formação, que tem a sua base em conteúdos de um sistema de opiniões e crenças, atribuídos por diferentes culturas a um objeto, construindo uma relação direta sujeito-objeto (Moscovici, 2003), o que é diferente do conceito de representação coletiva definido por Émile Durkheim, segundo o qual a consciência coletiva encontrada pelo indivíduo ao nascer tem sobre ele um poder coercitivo, um caráter supraindividual, impositivo o bastante para determinar a sua forma de pensar e agir no mundo (Carvalho, 2005).

Essa realidade social rígida e impositiva apresentada teoricamente por Durkheim, dentro da qual não há espaço para mudanças constantes no comportamento individual, porque conformado ao fato social, denota uma representação social classificatória e determinista (Queiroz, 2000). Todavia, analisando teoria do fato social de Durkheim sob a ótica do progresso social, a TRS de Moscovici oferece um contraponto e uma visão de diferente perspectiva, ao reconhecer a função transformadora que cada indivíduo tem ao interagir com outros indivíduos e com a comunidade.

Para Servo e Góis (2017, p. 146), “a representação é o produto e o processo de uma atividade de construção mental do real, cuja elaboração se dá pela mente humana, inconsciente, pré-consciente e consciente”. Neste sentido, tudo o que o indivíduo apreende e acumula durante a sua existência, utilizando-se de uma memória seletiva dentro da qual são arquivadas as ocorrências às quais ele atribuiu algum tipo de significado, é o que se constitui no material com o qual elabora a construção mental de sua realidade objetiva.

Segundo destaca Spink (1993), podem ser extraídas dos textos que tratam das RS como *práxis*, funções que ajudam na compreensão sobre como o indivíduo lida com os fenômenos sociais de modo a torná-los familiares e agregadores. A função social é orientadora das condutas e das comunicações e pode ser percebida nos significados que atribuímos aos comportamentos e as mensagens que circulantes; a função afetiva, responde pela proteção e legitimação de identidades sociais e a função cognitiva transforma o potencialmente ameaçador em algo familiar.

No processo de transmutação do que era desconhecido para o que se tornou familiar, desenvolve-se duplo mecanismo de natureza psicológica e social que geram as RS, e que Moscovici (2007) denominou de *objetivação* e de *ancoragem*; entendendo-se, por *ancoragem*, o mecanismo por meio do qual a ideia é trazida para o contexto do familiar, sendo a *objetivação*

o momento em que o abstrato se transforma em concreto, cristalizando-se as ideias e tornando-as objetivas.

Portanto, a TRS compreende um universo consensual de significados, considerando os grupos sociais que interagem a partir de processos, produzindo fenômenos que possuem uma lógica diferenciada, permitindo compreender que entre o todo e suas partes encontramos dois mecanismos integradores – a ancoragem e a objetivação –, sendo que a primeira integra o novo ao existente, no qual o indivíduo ou o coletivo o incorpora, transformando-o em algo familiar, enquanto a segunda transfere a ideia ou o conceito através da formação da imagem que se expressa pelo objeto transformado (Ribeiro e Servo, 2018).

De fato, as RS são fundamentalmente um sistema que se constitui de classificações e denotações, no qual não há espaço para a neutralidade, e onde cada situação e cada objeto sofrem uma categorização, uma classificação, pois são dotados de valores positivos ou negativos, dependendo do meio no qual está imerso (Moscovici, 2003).

Isto posto, na busca do conhecimento sobre a TRS de Serge Moscovici, evidenciamos os elementos que estão presentes no processo de construção desse conhecimento e a base sobre a qual as representações criadas influenciam no mundo objetivo do indivíduo.

A doença passou a ser considerada um desvio daquilo que se espera de um organismo normal, uma perturbação, um intruso que precisa ser removido, sem vínculo ou contato com as esferas culturais e individuais (Ferreira *et al.*, 2014), uma concepção limitada que poderia representar uma influência negativa nas ações propostas pelos profissionais à medida que afastava do usuário a corresponsabilidade.

Em um estudo sobre como compreender a relação saúde-doença e o que ela representa na sociedade, Canguilhem (2009) conclui que a doença não é passível de mensuração, pois, ela se diferencia de um para outro indivíduo de acordo com a situação e as experiências de cada um deles, quer dizer, a patologia é tomada a partir do doente, que sente em si o incômodo de uma situação, o que, conseqüentemente, possui caráter e variações entre grupos e indivíduos.

Por estarem associadas às construções coletiva e individual, as RS permitem chegar à compreensão de aspectos de ordem biológica, social e psíquica, visto que o olhar para a comunidade revela os problemas enfrentados pelos indivíduos perante a vida, o que ficou evidenciado em um estudo sobre as RS e a terapia complementar, no qual os autores observaram a correlação entre o *modus* segundo o qual a comunidade interagia e era construída e as crises experimentadas por seus integrantes e os fizeram perceber que a criação de espaços de

convivência que favorecessem ao diálogo e a novas formas de interação permitiram a ressocialização entre a comunidade e os indivíduos (Moura *et al.*, 2017).

As representações de saúde e de doença sofrem constante influência dos momentos históricos que a humanidade atravessa, do estilo de vida, do cotidiano, das características biológicas e educacionais do indivíduo, determinando as variações de comportamento conforme o tempo, o meio e as condições sob as quais a doença se manifesta.

Camargo Jr. (2005) adverte que a relação entre o saber e a prática médica nem sempre é harmoniosa, e que pode estar entremeada por rotinas que contêm uma linguagem baseada na caracterização da doença, na prescrição de sintomáticos, em que o saber médico se deixa dominar pela biologia e fisiologia e afasta a possibilidade de ampliar seu campo de observação para além do corpo.

As formas de pensar, sentir e agir a respeito do processo saúde-doença-cuidado, segundo o pensamento de Minayo (2012), são diferenciadas porque as vivências são desiguais, tecidas de formas diversas, por isso, ela conclui que não pode haver uma saúde socialmente construída fora da realidade social na qual as vivências foram experienciadas.

As experiências sociais, portanto, produzem imagens, símbolos e representações não comportados pelas racionalidades biomédicas, e é neste sentido que as RS, criadas a partir de um fato com base na vivência acumulada do indivíduo, podem ajudar a reorientar as condutas dos trabalhadores de saúde na relação saúde-doença-cuidado e assegurar aos usuários-pacientes autonomia sobre a parte que lhe cabe no processo (Miguel, Alves e Moreira, 2021).

A mudança do paradigma exclusivamente biomédico para outro que permita a participação do indivíduo do processo prevenção-cura terapêutica é necessária não somente para assegurar autonomia ao usuário, mas, conforme Barreto (2020) elucida, também para que o indivíduo se sinta partícipe do processo de construção da sua identidade social, compreendendo o espaço em que ele se movimenta e assumindo uma postura crítica e reflexiva.

4. O DESENHO METODOLÓGICO

A construção da metodologia não se situa nas falsas dicotomias: ele provém do caráter do ato e também do nosso objeto, que é historicamente situado, mas move, que é rígido e fluido, que se constrói com a razão, mas também com a emoção, que conjuga memória e aspiração, herança e esperança. e que atrai a curiosidade tanto quanto a ambição (...) (Arruda, 2002).

O modo de conceber e elaborar um processo de pesquisa está alicerçado no saber e na sua aproximação com o objeto de estudo, elementos fundamentais para entabular uma discussão e construir o seu percurso metodológico, ou, dizendo de outra forma, a apreensão e compreensão da realidade têm por base as concepções teóricas por meio das quais o pesquisador faz a articulação entre conteúdos, pensamentos e vivência (Minayo, 2001).

Na contextualização da narrativa teórica, o pesquisador deverá apreender e empreender-se no seu objeto de estudo, considerando que o método escolhido, representará uma lente para o encaminhamento da pesquisa, pois, enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado e capaz de conformar os impasses teóricos aos desafios da prática (Minayo, 2001; Lima; Miotto, 2007).

A primeira coisa a considerar, quando traçamos o desenho metodológico em estudos centrados nas RS, é que a interface existente entre as interações dos sujeitos, seus grupos sociais e questões fundamentais nos níveis cognitivos e linguísticos orienta para uma metodologia que seja diversificada e procure compreender como os processos em RS se iniciam, se comunicam e se conjugam nos diferentes contextos (Schulz; Camargo, 2002).

A TRS de Serge Moscovici é usada neste trabalho como aporte teórico da investigação e o fato de que ela se constitui em uma forma de conhecimento específico e um saber do senso comum tornou necessário considerá-la não apenas como um método, mas, como uma teoria científica que se refere a um fenômeno social e se propõe a explicá-lo (Camargo; Wachelke; 2007).

Na aquisição do conhecimento através dos tempos, o homem desenvolveu a capacidade de conhecer a partir da sua realidade vivencial, numa relação de dupla troca, na qual os fenômenos atuam sobre seus sentidos, enquanto ele próprio também pode atuar sobre os fatos, adquirindo uma experiência pluridimensional do universo, sem, no entanto, ter a garantia de que esse conhecimento empírico é demonstrável pelo método científico (Gerhardt; Silveira, 2009).

Partindo do entendimento e da compreensão de que a metodologia é o caminho, que tem por objetivo especificar o trajeto da pesquisa, sua finalidade e proposta, cujas ferramentas devem estar em consonância com o objeto de estudo, delineamos o desenho metodológico contemplando o tipo de estudo, campo empírico – o cenário da pesquisa, participantes do estudo, técnica e instrumento de coleta de dados, sistemática para a coleta de dados, métodos de análise de dados e aspectos éticos da pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

Considerando que as PICS ainda são pouco estudadas, optamos, inicialmente, por realizar uma pesquisa exploratória, a fim de nos familiarizarmos com os seus diferentes aspectos, pois, ela exige um planejamento mais flexível, já que nos interessava, nesse passo inicial, considerar a multiplicidade de fatores relativos ao fenômeno pesquisado (Gil, 2017).

Dentre os aspectos com os quais precisávamos nos familiarizar, podemos citar os que estão ligados aos campos energéticos gerados pelas interações bioenergéticas do corpo, à multidimensionalidade do indivíduo – dimensões física, emocional, sentimental, espiritual e social –, ao modo como esses indivíduos reconhecem e descrevem os efeitos das técnicas e ao grau de segurança durante todo o processo, seja do usuário, seja do trabalhador de saúde.

Com a pesquisa qualitativa, buscamos compreender as representações sociais de usuários e trabalhadores em saúde da APS de Camaçari sobre as PICS, considerando os pontos de vista relevantes, os significados, as interpretações e a realidade social dos sujeitos entrevistados, no contexto em que se acham inseridos. Nesse sentido, são elucidativas as afirmações de Minayo (2012, p. 21), a seguir:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O processo de construção do conhecimento, descrito por Hohendorff e Patias (2019, p. 2), enfatiza que:

Na pesquisa qualitativa, a realidade é múltipla e subjetiva (Ontologia), sendo que as experiências dos indivíduos e suas percepções são aspectos úteis e importantes para a pesquisa. A realidade é construída em conjunto entre pesquisador/a e pesquisado/a por meio das experiências individuais de cada sujeito (Epistemologia).

Além disso, a TRS criada por Moscovici, como aporte teórico da pesquisa qualitativa, facilitou a compreensão das relações sociais no princípio formativo e no cuidado em saúde, e poderá nos levar à formulação de novos conceitos e significados sobre as PICS, no processo interrelacional entre usuários e trabalhadores em saúde da APS.

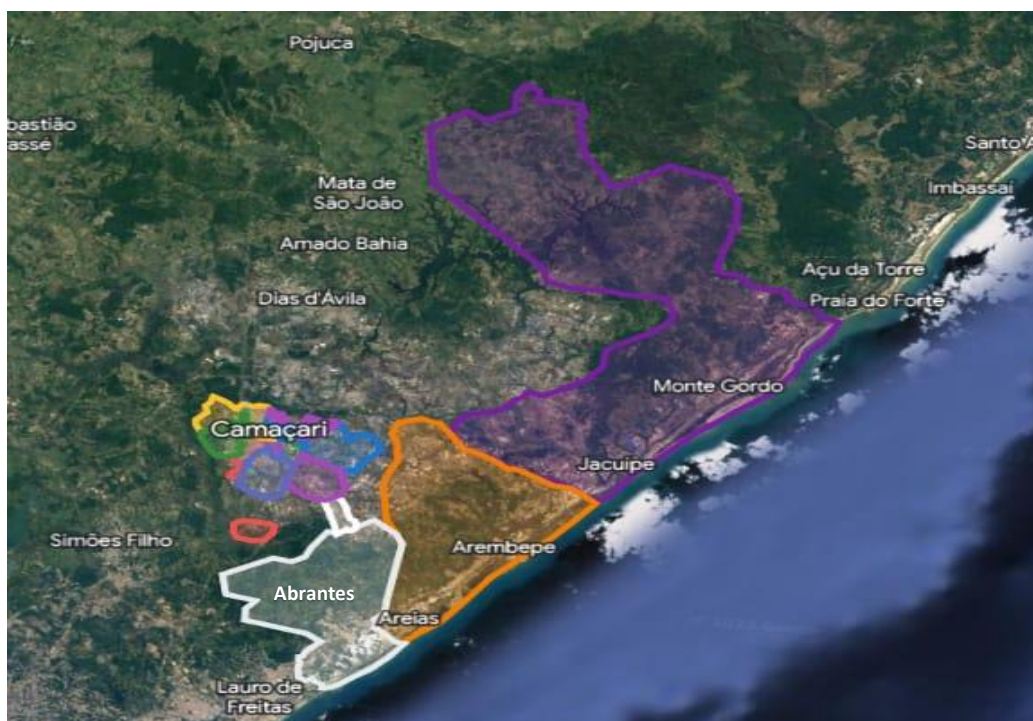
4.2 Campo empírico – o cenário da pesquisa

O município de Camaçari-BA possui a maior extensão territorial da Região Metropolitana de Salvador, com uma área de 784.658 km², sendo 42 km de faixa costeira, cujo número de habitantes é de 304.302 pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2019).

O município está dividido em dois distritos sanitários, estando um localizado na Sede e o outro na Costa Litorânea, possui uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 74,96%, e conta com 2.874 profissionais (Relatório Anual de Gestão – RAG, 2020).

O Mapa 2, mostra a área territorial do município de Camaçari-BA dividida por distritos sanitários, apresentando na parte mais afastada do litoral o Distrito Sanitário da Sede, onde se localiza a administração central; enquanto na extensão costeira, da divisa com Lauro de Freitas até Praia do Forte, indica as três regiões que integram o Distrito Sanitário da Costa Litorânea, contornadas nas cores branco, laranja e lilás, evidenciando também um extensa área territorial que se aprofunda do litoral ao continente na localidade de Monte Gordo.

Mapa 2 – Divisão territorial por distritos sanitários de Camaçari-BA



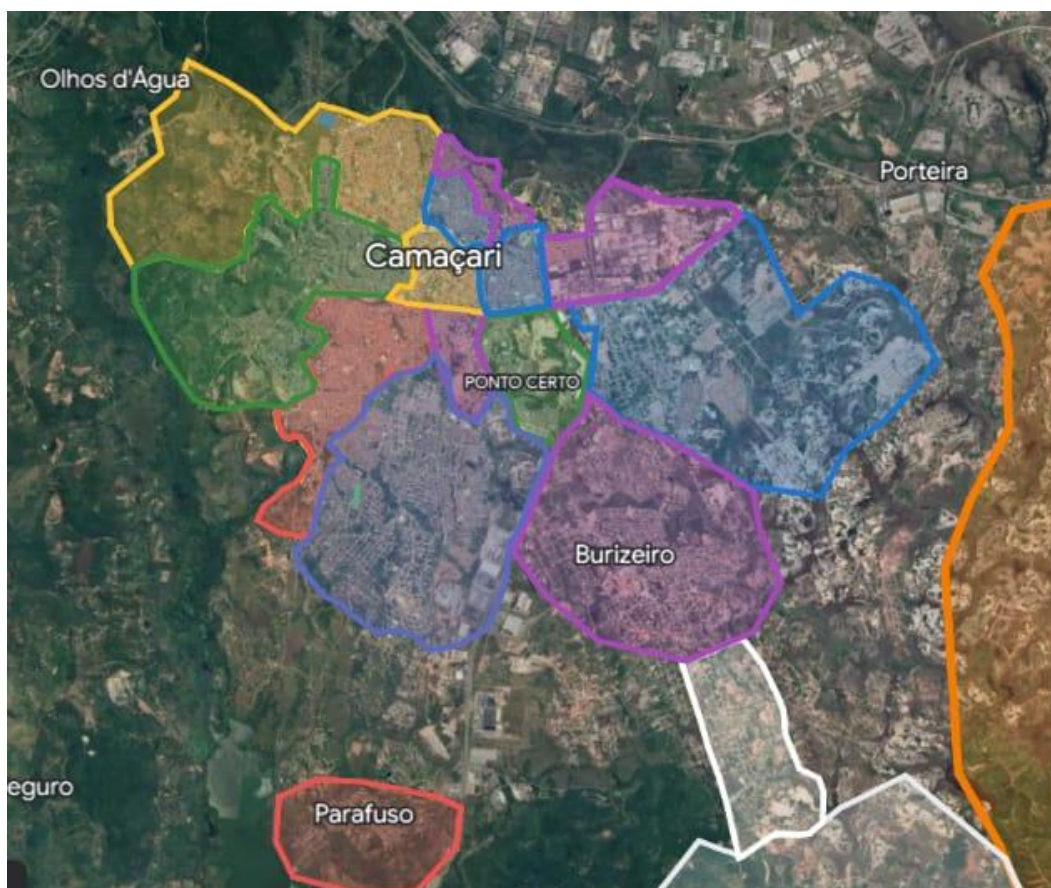
Fonte: Silva. Coordenação de Atenção Primária da SESAU de Camaçari-BA, 2023.

4.2.1 O Distrito Sanitário da Sede

É composto por cinco regiões com os seguintes equipamentos de saúde: 23 USF; três Unidades de Atenção Básica; uma Academia da Saúde; duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) – uma para adultos e outra infantil; três CAPS; um Centro de Referência de Saúde da Criança; uma Policlínica; um Multicentro; um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); seis Centros de Referência, a saber: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro Especializado em Reabilitação (CER), Centro de Referência de Especialidades em Saúde (CRES), Centro de Oncologia de Camaçari (CEONC) e Unidade de Apoio às Pessoas com Doença Falciforme (UNIFAL).

O Mapa 3 apresenta a divisão territorial do Distrito Sanitário da Sede, com as cinco regiões destacadas pelas cores amarelo, verde, azul, vermelho e roxo, mostrando segmentos territoriais¹⁷ fragmentados (não contíguos).

Mapa 3 – Divisão territorial por regiões do Distrito Sanitário da Sede de Camaçari-BA



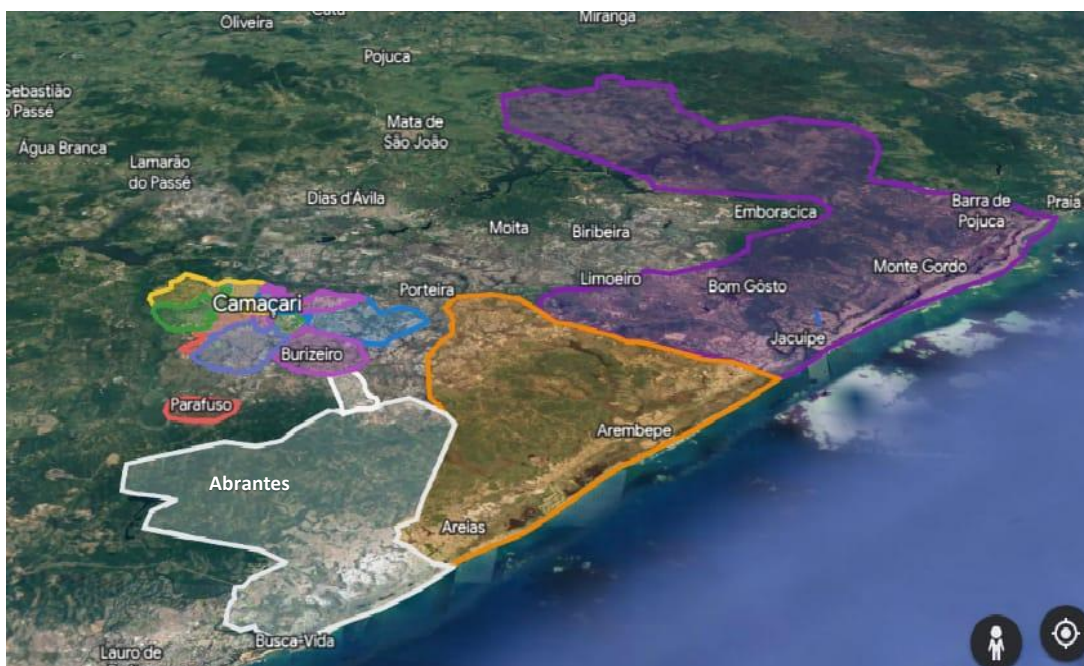
Fonte: Silva. Coordenação de Atenção Primária da SESAU de Camaçari-BA, 2023.

4.2.2 O Distrito Sanitário da Costa Litorânea

O Mapa 4 a seguir, mostra as três regiões que compõem o Distrito Sanitário da Costa Litorânea – Abrantes, Arembepe e Monte Gordo – e evidencia a extensa faixa territorial coberta pela APS, a qual apresenta características diferenciadas em relação à sede, seja pela dificuldade de acesso às unidades de saúde pelas populações mais distantes, seja pela sua diversidade, que traz na sua forma de vida elementos culturais predominantes, como as comunidades quilombolas, os pequenos núcleos rurais e as localidades semiurbanas.

¹⁷ Segmento Territorial é um conjunto de áreas contíguas que pode corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, de uma Zona de Informação do IBGE ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e avaliação em saúde no Município. (Portaria 703/2011, do Ministério da Saúde).

Mapa 4 – Divisão por regiões do Distrito Sanitário da Costa Litorânea de Camaçari-BA



Fonte: Silva. Coordenação de Atenção Primária da SESAU de Camaçari-BA, 2023.

O Distrito Sanitário da Costa Litorânea possui 15 USF, um CAPS e uma UBS nas três regiões de saúde que o compõem. A Região 01 composta pelas localidades de Catu de Abrantes, Vila de Abrantes, Fonte da Caixa, Cajazeiras de Abrantes e Machadinho possui cinco USF, um CAPS e uma PA; a Região 02 pelas localidades Buri de Abrantes, Pé de Areias, Areias, Arembepe e Fonte das Águas conta com quatro USF, uma Academia da Saúde, uma UBS e uma UPA; a Região 03 formada pelas localidades de Jacuípe, Caminho do Mar, Monte Gordo, Coqueiro de Monte Gordo, Pojuca e Cachoeirinha compõe-se de seis USF, um Centro de Especialidade e um PA.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) da APS é formada por 38 USF, 4 UBS e 2 academias da saúde, onde trabalham profissionais de diferentes formações e especialidades tais como: pediatras, ginecologistas, médicos generalistas, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogos. As USF juntas contam com 65 equipes de saúde da família e 42 equipes de saúde bucal, convindo esclarecer que, por falta de estrutura ou de profissionais especializados, nem todas as ESF possuem equipe de saúde bucal.

Das 42 unidades de saúde (38 USF e 4 UBS) que fazem parte da RAS da APS de Camaçari, 11 oferecem PICS contempladas na PNPIC, estando 4 localizadas no Distrito Sanitário da Costa Litorânea (USF de Vila de Abrantes, USF de Areias, USF de Pé de Areias e USF de Jacuípe) e 6 no Distrito Sanitário da Sede (USF de Poc III, USF de Novo Horizonte, USF de Parafuso, USF da Gleba B, USF do Parque das Mangabas e USF de Nova Vitória). As

duas academias da saúde, uma localizada no Distrito Sanitário da Sede e a outra localizada no Distrito Sanitário da Costa Litorânea, também oferecem tratamento por meio das PICS.

Com a aprovação da PNPIC no Brasil, as PICS, que antes de 2006 vinham sendo ofertadas à população de forma incipiente e não sistêmica, ganharam visibilidade e reconhecimento, e o seu fortalecimento no sistema público de saúde contribuiu para a consolidação de uma concepção ampliada do processo saúde-doença (Luz; Barros, 2012).

Camaçari deu início ao processo de implantação das PICS na APS após a aprovação da PNPIC, com a abertura de uma vaga para médico homeopata, através de concurso público, cuja nomeação ocorreu em 2008, concentrando-se, portanto, o esforço inicial, em um procedimento que era, à época, exclusivo do profissional médico, apesar da política nacional trazer em seu bojo a possibilidade de oferta de outras práticas que poderiam ser executadas por profissionais de outras especialidades (Camaçari, 2007; 2008).

A mudança dessa visão exclusivista só começou a ser alterada a partir de 2016, com a realização do curso de formação de facilitadores em *Lian Gong* 18 terapias, abrindo espaço para novas possibilidades de inserção e ampliação da oferta, no ano em que a PNPIC completava um decênio de sua aprovação e vinha conquistando a adesão de governos municipais e população.

Ainda em 2016, trabalhadores de saúde do município de Camaçari participaram do curso de formação em auriculoterapia para profissionais de nível superior da Atenção Básica de todo o país, promovido pelo MS, em convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina, o que também fez impulsionar uma mudança estratégica com o oferecimento de novas formas de cuidado por meio das PICS na APS.

A formação de trabalhadores de saúde de Camaçari em *Lian Gong* 18 terapias e auriculoterapia, em 2016, deu ensejo à criação do Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NUPICS)¹⁸, em 2017, estabeleceu as condições necessárias para o fortalecimento e a ampliação da oferta de novas práticas na RAS, bem como serviu de estímulo à realização de cursos de formação pela própria gestão municipal (Camaçari, 2017).

O primeiro curso de formação em auriculoterapia para profissionais da APS realizado como efeito imediato da criação do NUPICS ocorreu em 2019, e contou com a

¹⁸ “O NUPICS tem a finalidade de discutir, implantar e ampliar o acesso às PICS – Práticas integrativas e complementares em saúde em Saúde, nos campos da atenção à saúde, da pesquisa, da educação e da informação em consonância com os objetivos e diretrizes emanados da PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em saúde.” (Art. 2º da Portaria 052, de 12 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial do Município de Camaçari, de 21 de Setembro de 2017, ano XV, Nº 775, p. 3)

participação de trabalhadores que atuavam nas unidades da APS, do NASF, da Academia da Saúde e do CAPS, divididos em três turmas (Camaçari, 2019).

Durante a formação em auriculoterapia, ficou evidenciado que, para a inserção dessa prática na APS, seria necessário dar conhecimento sobre as PICS aos trabalhadores das unidades de saúde, bem como criar e desenvolver uma agenda permanente, para garantir a continuidade da oferta e da aquisição dos recursos.

Em 2020, o município de Camaçari ofertava nove procedimentos de PICS à população (*Lian Gong*, auriculoterapia, moxaterapia, ventosaterapia, *reiki*, yoga, meditação, acupuntura e fitoterapia), tendo sido a APS a principal porta de entrada para os usuários, até a oferta expandir-se para a média complexidade nos CAPS. Todavia, as atividades foram temporariamente suspensas em 2020, logo após a decretação do estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), pela OMS, em 30 de janeiro daquele ano em decorrência da Pandemia Covid-19 (Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, 2020).

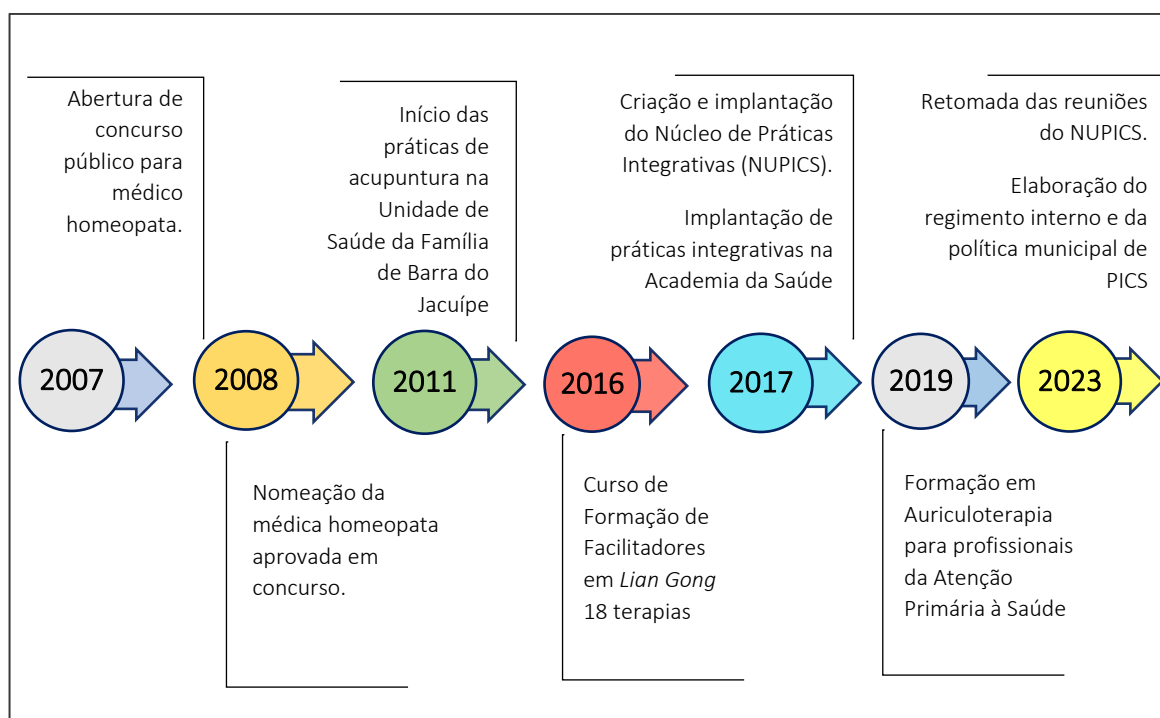
Com a decretação da emergência sanitária, os serviços do SUS municipal foram redirecionados para atender as novas demandas e garantir o apoio ao enfrentamento da pandemia, o que resultou na desmobilização das reuniões do NUPICS e a paralisação de suas atividades, que só foram retomadas em 2023.

Em 2023, com o retorno às atividades, o NUPICS retomou as reuniões de planejamento das ações, com a participação de antigos integrantes e novos profissionais, os quais vêm trabalhando na criação de uma política municipal que assegure a inserção das PICS, de forma permanente e sistêmica, a qualificação e habilitação das técnicas, o treinamento continuado dos trabalhadores, bem como dotar as unidades de saúde de materiais e insumos de modo a garantir a continuidade do cuidado (Camaçari, 2023).

Para impulsionar a estruturação do NUPICS, vem sendo realizada mensalmente a cartografia dos processos de produção das práticas já existentes, a fim de possibilitar o acompanhamento dos movimentos e intensidade das ações que compõem a produção do cuidado pelas PICS, bem como a identificação, o interesse e o conhecimento dos profissionais da rede de saúde sobre as práticas integrativas (Camaçari, 2023).

A seguir, apresentamos uma Linha do Tempo das PICS em Camaçari (Quadro 6), mostrando o trajeto percorrido de 2007 a 2023 e as principais ações executadas pela gestão municipal e pelos trabalhadores de saúde ligados às práticas integrativas, evidenciando que ainda há todo um processo de estruturação de espaços de produção do cuidado por meio das PICS a ser elaborado.

Quadro 6 – Linha do Tempo das PICS, Camaçari-BA, 2007–2023



Fonte: Elaborado pela autora, com base em dados fornecidos pelo NUPICS/DAB/Camaçari-BA.

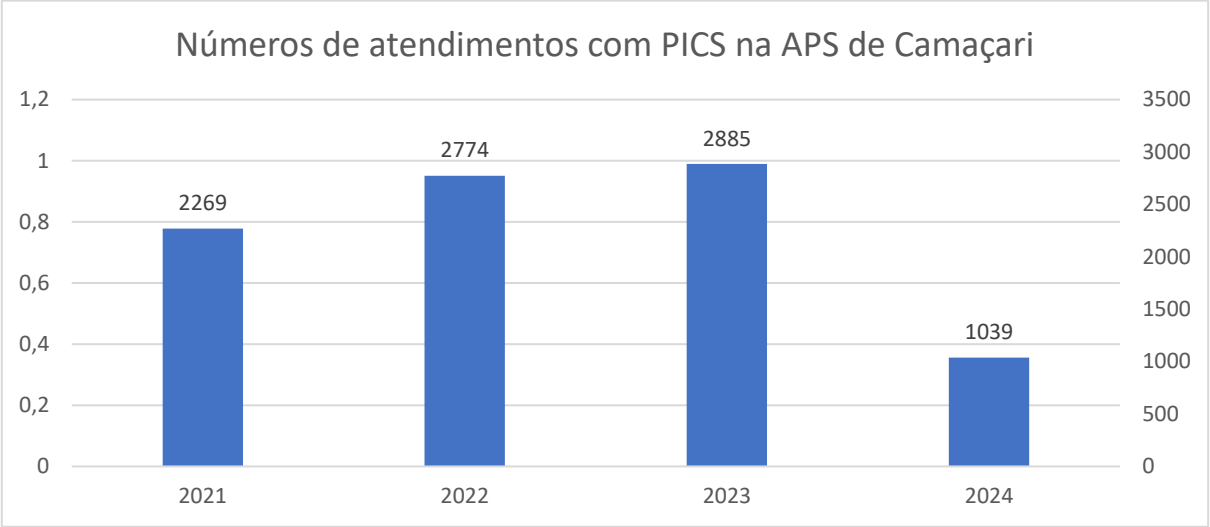
Na medida em que a PNPIC foi sendo aperfeiçoada e o número de práticas integrativas aumentado, o Sistema de Informação em Saúde (SIS) precisou ser redesenhado para que as fichas de coleta, registro e cadastramento de dados e informações e os sistemas eletrônicos de armazenamento destes estivessem adequados às novas demandas (Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde, 2020).

Entretanto, em Camaçari, não há dados disponíveis sobre a oferta e o número de atendimentos prestados no período de 2011 a 2020. Mesmo admitindo-se uma provável coleta e arquivamento dos dados referentes a esse período, não logramos encontrá-los nas buscas realizadas nos sistemas de informações oficiais, tanto do MS quanto da SMS.

Com a criação do NUPICS em 2017, e sua estruturação nos dois anos seguintes, observamos que a partir de 2021, a sistematização da coleta de dados, a qualificação dos registros, o acompanhamento e monitoramento das PICS têm sido ofertadas pelo município, e a disponibilização desses dados pelo SISAB.

No Gráfico 3, a seguir, apresentamos o número de atendimentos com PICS na APS em Camaçari-BA no período de 2021–2024 (1º semestre).

Gráfico 3 – Número de atendimentos com PICS prestados na APS de Camaçari–BA, 2021–2024 (1º semestre)



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Dados obtidos em 01/08/2024.
Gráfico elaborado pela autora.

O Gráfico 3, mostra que houve um crescimento do número de atendimentos por PICS na APS de Camaçari no período entre 2021 e 2023, acompanhando a tendência nacional como mostrado anteriormente, entretanto, quando observamos a evolução em cada uma das práticas ofertadas, o que se percebe é uma oscilação para mais ou para menos, a exceção da auriculoterapia, conforme podemos observar no Quadro 7.

Quadro 7 – Números de atendimentos por tipo de PICS. Camaçari–BA, 2021–2024 (1º semestre)

PICS	2021	2022	2023	1º Sem/2024
Acupuntura com aplicação de moxa	348	536	314	168
Acupuntura com inserção de agulha	53	73	177	138
Aromaterapia	82	25	62	14
Auriculoterapia	1618	1996	2466	702
Constelação familiar	0	2	1	2
Eletroestimulação	0	10	1	12
Fitoterapia	1	0	0	0
Imposição de mãos	96	63	2	7
Práticas corporais	65	0	20	0

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Dados obtidos em 01/08/2024.
Quadro elaborado pela autora.

Os números de atendimentos com auriculoterapia registrados no SISAB apresentam um crescimento gradual de 2021 a 2023e mostram uma projeção de aumento em 2024, indicando que as PICS na APS em Camaçari-BA evoluem na medida em que essa técnica, inclusa no rol dos procedimentos terapêuticos relacionados à MTC, também cresce em termos de oferta, procura e indicação.

Esses resultados registrados no SISAB que demonstram um predomínio dos atendimentos por meio da auriculoterapia na APS de Camaçari não são aleatórios, ao contrário,

confirmam o que vários pesquisadores vêm afirmando sobre a contribuição da formação e da especialização dos profissionais de saúde para a expansão das PICS no Brasil, considerando, no caso de Camaçari-BA, a realização do curso de Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde da Atenção Básica, oferecido, em 2017, pelo MS.

Ao lado dessa formação, podemos destacar a retomada das reuniões do NUPICS, com o reinício dos trabalhos de organização, estruturação e elaboração de diretrizes para o planejamento, execução e monitoramento das PICS, a aquisição e o controle dos insumos e a melhoria da qualidade da coleta e dos registros de dados e de sua inserção nos sistemas de saúde e na rede de atenção à saúde.

Atualmente, o município de Camaçari-BA oferece à população 14 práticas integrativas, a saber: acupuntura, aromaterapia, auriculoterapia, constelação familiar, eletroestimulação, fitoterapia, imposição de mãos, *Lian Gong* em 18 terapias, moxaterapia, musicoterapia, *reiki*, terapia comunitária, terapia de florais e ventosaterapia. Destas 14 práticas, 10 são oferecidas pela APS: acupuntura, aromaterapia, auriculoterapia, constelação familiar, eletroestimulação, fitoterapia, *Lian Gong* em 18 terapias (práticas corporais), moxaterapia, *reiki* e ventosaterapia.

Na escolha do cenário desta pesquisa selecionamos as unidades localizadas no Distrito Sanitário da Costa Litorânea de Camaçari-BA a saber as USFs de Vila de Abrantes, Areias, Pé de Areias, Jacuípe e a Academia da Saúde, porque oferecem uma variedade maior de PICS e possuem trabalhadores de saúde de diferentes formações (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, assistente social e fisioterapeuta).

Nas unidades selecionadas para o cenário da pesquisa são oferecidos os seguintes procedimentos: a USF de Vila de Abrantes oferece acupuntura, auriculoterapia, ventosaterapia e moxaterapia; a USF de Areias oferece acupuntura, auriculoterapia e ventosaterapia; a USF de Jacuípe disponibiliza à população tratamento por meio de acupuntura, auriculoterapia e o *Lian Gong* em 18 terapias; a USF de Pé de Areias presta atendimento com a oferta de *reiki* e a Academia da Saúde oferece auriculoterapia.

O Distrito Sanitário da Costa Litorânea possui 903 trabalhadores ativos atuando nos diversos equipamentos de saúde, dos quais, 18 atendem por meio das PICS, sendo 7 na APS e 11 na atenção especializada, todos com formação superior, conquanto eles não desempenhem essa atividade com exclusividade. Quanto aos usuários que se encontram atualmente em tratamento com PICS na APS, não há dados precisos disponíveis, todavia, estima-se uma média de setenta atendimento/mês.

4.3 Participantes do estudo

Os critérios para a inclusão dos usuários e trabalhadores de saúde participantes deste estudo foram definidos de acordo com os objetivos estabelecidos, de modo que as suas respostas estivessem próximas da realidade vivencial e de suas representações.

Por usuários, consideram-se as pessoas residentes no município de Camaçari-BA atendidas em qualquer das unidades de APS do Distrito Sanitário da Costa Litorânea por meio das PICS, e por trabalhadores de saúde, aqueles que lhes prestam atendimento em saúde.

Como critérios de inclusão, os usuários deveriam ter recebido, no mínimo, dois atendimentos por meio de qualquer das PICS, estar sob tratamento ao tempo da coleta de dados e possuir capacidade civil plena. A seleção foi feita após as entrevistas com os trabalhadores em saúde, os quais indicaram os usuários que estavam sendo atendidos pela segunda vez ou receberam atendimento mais de duas vezes.

Com relação aos usuários participantes desta pesquisa, foram selecionadas 23 pessoas que estavam, ao tempo das entrevistas, sob tratamento por meio das técnicas *reiki*, auriculoterapia, ventosaterapia, moxaterapia, acupuntura ou *Lian Gong* 18 terapias, todas mulheres, na faixa etária de 23 a 79 anos, com nível de formação variando do fundamental ao superior, em uso das PICS por um período de um mês a dois anos, identificadas por codinomes de pedras (ver Quadro 8).

Quadro 8 – Caracterização dos usuários participantes da pesquisa Distrito Sanitário da Costa Litorânea, Camaçari-BA, 2024

CODINOME	IDADE	SEXO	UNIDADE DE SAÚDE	MOTIVO DA VISITA	NÍVEL DE FORMAÇÃO	TEMPO DE USO DAS PICS	PRÁTICA UTILIZADA	DIAGNÓSTICO	HISTÓRICO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS
Talismã	31	F	Pé de Areias	Ansiedade + Sobrecarga	Médio (inc.)	6 meses	Reiki		5 sessões
Ametista	41	F	Vila de Abrantes	Dor muscular	Superior	1 ano	Auriculoterapia /acupuntura/ moxaterapia	Bursite + tendinite de quadril	20 sessões
Jade	23	F	Vila de Abrantes	Dor lombar + Dor nos pés	Médio	2 meses	Auriculoterapia /acupuntura/ moxaterapia		6 sessões
Cristal	65	F	Vila de Abrantes	Ansiedade	Médio	4 meses	Auriculoterapia /acupuntura		6 sessões
Diamante	53	F	Vila de Abrantes	Hipertensão + ansiedade + diminuir a glicemia	Superior	1 ano	Auriculoterapia /acupuntura	Hipertensão	20 sessões
Rubi	25	F	Areias	Ansiedade	Médio	1 mês	Auriculoterapia /acupuntura		2 sessões
Esmeralda	25	F	Areias	Ansiedade	Médio	1 mês	Auriculoterapia /acupuntura	Ansiedade	4 sessões
Safira	28	F	Areias	Problema gástrico	Superior	2 meses	Auriculoterapia /acupuntura	Gastrite + Refluxo + Circulação	7 sessões
Pérola	24	F	Areias	Ansiedade	Superior	1 mês	Auriculoterapia /acupuntura	Ansiedade	2 sessões
Topázio	63	F	Jacuípe	Dor em MMII	Médio	4 meses	Auriculoterapia/ ventosaterapia		12 sessões
Quartzo Rosa	57	F	Jacuípe	Depressão	Médio	2 meses	Auriculoterapia /acupuntura	Depressão	8 sessões
Malaquita	42	F	Jacuípe	Dor na cervical	Superior	1 mês	Auriculoterapia /acupuntura/ ventosaterapia		2 sessões
Granada	44	F	Jacuípe	Dor no corpo	Médio	1 mês	Auriculoterapia /acupuntura/ ventosaterapia		4 sessões
Citrino	52	F	Academia da saúde	Dor muscular + insônia	Médio	2 anos	Auriculoterapia		40 sessões
Sodalita	54	F	Academia da saúde	Dor coluna + dor no joelho + dor de cabeça	EJA	2 meses	Auriculoterapia	Fibromialgia	8 sessões
Jaspe	54	F	Academia da saúde	Dor no corpo	Médio	1 mês	Auriculoterapia		4 sessões
Fluorita	52	F	Academia da saúde	Insônia + ansiedade + dores	Fundamental	2 anos	Auriculoterapia		40 sessões
Obsidiana	47	F	Academia da saúde	Hérnia cervical	Médio	2 meses	Auriculoterapia	Hérnia Cervical	6 sessões
Ouro	70	F	Jacuípe	Tristeza	Médio	4 anos	Lian Gong		4 sessões/mês por 4 anos
Larimar	59	F	Jacuípe	Conhecer a técnica	Fundamental	4 anos	Lian Gong		4 sessões/mês por 4 anos
Pedra da Lua	79	F	Jacuípe	Se cuidar	Médio	4 anos	Lian Gong		4 sessões/mês por 4 anos
Olho de Tigre	65	F	Jacuípe	Dor na virilha	Fundamental	4 anos	Lian Gong		4 sessões/mês por 4 anos
Pedra do Sol	71	F	Jacuípe	Indicação da fisioterapeuta + ganho de força muscular	Médio (inc.)	1 mês	Lian Gong		04 sessões

Fonte: Dados obtidos da ficha de identificação dos usuários. Quadro elaborado pela autora.

Chamou a nossa atenção o fato de não haver pessoas do sexo masculino entre as que buscaram atendimento por meio das PICS na APS de Camaçari-BA no período considerado para esta pesquisa, o que pode significar uma resistência ou desconhecimento dos homens a esse tipo de procedimento terapêutico.

Entre os 18 trabalhadores de saúde de Camaçari-BA que atendem com PICS no Distrito Sanitário da Costa Litorânea, foram selecionados os 7 que atuam nas unidades de APS, com tempo de formação profissional superior entre 12 e 24 anos, em diferentes áreas, e formação complementar na área de PICS entre 2 e 8 anos, de ambos os sexos.

Por fazerem parte de diferentes contextos e realidades multifacetadas, a escolha recaiu sobre um grupo variado de trabalhadores composto de dois médicos, dois enfermeiros, um cirurgião-dentista e uma assistente social das USF localizadas em Vila de Abrantes, Barra de Jacuípe, Areias e Pé de Areias, como também, uma fisioterapeuta lotada na Academia da Saúde.

Como critérios de inclusão para os trabalhadores de saúde, definimos que eles deveriam estar, ao tempo da pesquisa, atendendo nas USF de Vila de Abrantes, Barra de Jacuípe, Pé de Areias e Areias e na Academia de Saúde, com tempo de atuação de, no mínimo, três meses. Seriam excluídos da seleção os trabalhadores que se encontrassem afastados do trabalho no período da coleta de dados, mesmo que tivessem o tempo mínimo necessário, o que, entretanto, não se configurou, pois, os sete selecionados encontravam-se atuando, e nenhum deles se recusou a participar da pesquisa.

Em metodologias de base qualitativa, o número de pessoas que virão a compor o quadro das entrevistas dificilmente pode ser determinado *a priori*, pois tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de recorrência e divergência dessas informações, por isso, conquanto tivéssemos estimado em 20 participantes, este número foi aumentado para 30, sendo 23 usuários e 7 trabalhadores em saúde.

As informações que nada acrescentaram ou simplesmente eram a repetição daquelas já obtidas foram descartadas, por se tratar de dados saturados. Entende-se por saturação o mecanismo usado para interromper a coleta de amostras quando estas se mostrem satisfatórias, em quantidade e substância, e os novos dados coletados apresentem-se redundantes ou repetitivos (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

Os trabalhadores de saúde receberam codinomes de plantas, preservando, assim, o anonimato. O Quadro 9, a seguir, apresenta a caracterização dos trabalhadores de saúde participantes da pesquisa.

Quadro 9 – Caracterização dos trabalhadores de saúde participantes da pesquisa do Distrito Sanitário da Costa Litorânea, Camaçari-BA, 2024

CODINOME	IDADE	SEXO	GRADUAÇÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO COMPLEMENTAR	TEMPO DE ATUAÇÃO NAS PICS	FORMAÇÃO EM PICS
Jasmim	44	F	Assistente social	23 anos	03 anos	06 meses	<i>Reiki</i>
Orapronobis	45	F	Cirurgiã-dentista	24 anos	07 anos	05 anos	MTC (auriculoterapia, acupuntura, ventosaterapia, moxaterapia) e Yoga
Gerânio	47	M	Médico	12 anos	02 anos	02 anos	MTC (acupuntura, ventosaterapia)
Rosa	38	F	Enfermeira	15 anos	04 anos	04 anos	MTC (auriculoterapia, acupuntura, ventosaterapia, moxaterapia)
Cacto	38	F	Enfermeira	15 anos	05 anos	01 ano	MTC (auriculoterapia, acupuntura, ventosaterapia, moxaterapia)
Begônia	48	F	Médica	22 anos	08 anos	08 anos	<i>Lian Gong</i> 18 terapias
Margarida	39	F	Fisioterapeuta	16 anos	05 anos	04 anos	Auriculoterapia

Fonte: Dados obtidos da ficha de identificação dos trabalhadores de saúde. Quadro elaborado pela autora.

Os critérios para a seleção dos participantes desta pesquisa foram baseados nas suas experiências e vivências, porque, segundo Minayo, “a experiência alimenta a reflexão e se expressa na linguagem” (2012, p. 622), como manifestação do que o ser humano é capaz de apreender nos espaços de convivência por onde transita e nas ações que realiza na vida cotidiana. Desta forma, enquanto a experiência pode ser a mesma para um grupo de pessoas que, por exemplo, tenha presenciado um fato, a vivência deste mesmo fato será o resultado da reflexão e da interpretação que os diferentes sujeitos derem a ele, baseados na história de vida e na forma como o vivenciado e o refletido se inserem naquele espaço cultural.

4.4 Técnica e instrumentos de coleta de dados

A opção pela técnica de coleta de dados com a utilização da entrevista semiestruturada, permitiu uma aproximação imediata e profunda com os participantes da pesquisa, favorecendo o surgimento de informações e percepções que não seriam obtidas por outros meios, possibilitando a obtenção de informações e opiniões, e uma maior interlocução entre o entrevistador e entrevistado (Costa; Minayo, 2018).

Com a entrevista semiestruturada, nosso intuito foi compreender as narrativas em termos conceituais e abstratos, detalhar perspectivas e experiências, tornando possível a apreensão de aspectos comuns e divergentes dos discursos coletados possibilitando a compreensão de sentimentos, sensações, experiências e percepções que o entrevistado traz consigo a respeito do objeto investigado (Gaskel, 2014).

A entrevista combinou perguntas fechadas e abertas, em que as fechadas proporcionaram informações objetivas relacionadas à caracterização dos participantes do estudo, enquanto as abertas referiram-se às RS dos participantes da pesquisa sobre as PICS, permitindo aos entrevistados explorarem suas próprias experiências e opiniões.

A entrevista semiestruturada favoreceu a nossa busca por informações precisas e significativas que pudessem ser analisadas e interpretadas de forma aprofundada para alcançar o objetivo da pesquisa, num processo em que as respostas dialoguem entre si, se aproximassem ou se afastem, conforme ensina Minayo (2012, p, 623):

Num trabalho de campo profícuo, o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações. É muito gratificante quando ele consegue tecer uma história ou uma narrativa coletiva, da qual ressaltam vivências e experiências com suas riquezas e contradições.

Para facilitar o processo, elaboramos previamente um roteiro para a entrevista semiestruturada composto de duas partes, sendo a primeira correspondente à caracterização dos participantes do estudo (Apêndices 3 e 3.1), a saber: I – usuários: idade, gênero, tempo de uso do serviço de saúde, nível de formação, motivo da visita, diagnóstico, e histórico de procedimentos realizados; II – trabalhadores de saúde da APS: idade, gênero, tempo de formação profissional, formação complementar, tempo de atuação em PICS na instituição pesquisada.

A segunda parte refere-se às RS sobre as PICS, através do olhar dos usuários e trabalhadores de saúde e objetivou extrair das suas experiências e vivências as respostas para os seguintes aspectos: I – usuários: 1) compreensão sobre PICS; 2) experiência acumulada sobre a técnica referente às PICS; 3) limites/dificuldades para frequentar/fazer as sessões terapêuticas; 4) possibilidades/facilidades para frequentar/fazer as sessões terapêuticas; II – trabalhadores de saúde da APS: 1) compreensão sobre PICS; 2) desenvolvimento das PICS na unidade que trabalha 4) dificuldades /limites vivenciados para a inserção das PICS (quanto à estrutura, gestão, usuários, colegas, entre outros); 5) possibilidades/facilidades para a inserção das PICS (quanto à estrutura, gestão, usuários, colegas, dentre outros); 6) estratégias utilizadas para a prestação de cuidados através das PICS.

As perguntas foram dirigidas aos entrevistados de forma a garantir a confidencialidade das informações compartilhadas e a preservação de sua identidade, com a utilização de codinomes, conforme quadros 8 e 9. As respostas foram registradas por meio de gravação em voz, mediante consentimento do participante e analisadas conforme os rigorosos critérios e princípios éticos da pesquisa científica.

4.5 Sistemática para a coleta de dados

Para iniciarmos a pesquisa, solicitamos autorização à SMS de Camaçari-BA (Apêndice 1) e, em seguida, realizamos uma visita às unidades de saúde para apresentação do projeto aos trabalhadores de saúde da APS que concordaram em participar da pesquisa. Neste sentido, é importante enfatizar que todos os participantes (usuários e trabalhadores de saúde) foram informados sobre o objetivo do estudo e como os procedimentos seriam realizados, sobretudo quanto à garantia de confidencialidade dos seus dados pessoais, profissionais e clínicos, durante todo o processo.

As entrevistas só foram iniciadas após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), cujo Parecer CAAE 6.593.803 foi anexado, e assinatura do Registro de Consentimento Livre Esclarecido (RCLE) pelos entrevistados (Apêndice 2), e ocorreram em dias previamente agendados, de forma individual e em ambiente preservados.

Para entrevistar os usuários, solicitamos aos gerentes das unidades a liberação de uma sala reservada para efetuar a entrevista, deixando-os confortáveis para responder às perguntas sem receio; quanto aos trabalhadores de saúde, foram entrevistados nas respectivas salas de atendimento, quando estavam sem a presença de outras pessoas.

Os usuários e os trabalhadores de saúde da APS foram informados de que a sua participação seria voluntária e que eles tinham o direito de retirar o RCLE a qualquer momento, sem que isso lhes acarretasse qualquer consequência negativa para a continuidade do tratamento médico a que estão sendo submetidos para a realização do presente estudo.

Foram igualmente informados do direito que lhes cabia de solicitar esclarecimentos adicionais e de fazer perguntas sobre o estudo, a qualquer momento, assim como entrar em contato com o responsável pelo estudo, posteriormente, caso surgissem dúvidas, preocupação ou fato novo que pudessem modificar o seu interesse em continuar fazendo parte da pesquisa.

Os termos dos RCLE assinados, bem como o roteiro de identificação dos entrevistados ficarão guardados no NUPISC/UEFS por um período de cinco anos e as entrevistas semiestruturadas foram gravadas e transcritas *ipsis litteris* para análise, anexadas a

uma pasta do sistema drive da entrevistadora e serão guardadas igualmente por um período de cinco anos.

4.6 Métodos de análise de dados

Em estudos sobre RS com utilização de pesquisa qualitativa, a análise de dados requer uma abordagem mais interpretativa e reflexiva, uma vez que os fundamentos que sustentam a sua constituição são as práticas sociais, pois, deve-se considerar a subjetividade e a complexidade dos sujeitos envolvidos, tendo em vista os seus significados construídos a partir de valores culturais, experiências individuais e coletivas (Donato *et al.*, 2017).

No universo das pesquisas qualitativas sobre RS, faz-se importante a escolha do método adequado para a análise dos dados coletados, visto que se deve ter um olhar multifacetado sobre o *corpus* textual e as falas que trazem uma pluralidade de significados, construções e representações socialmente partilhados (Jodelet, 2001; Regina; Oliveira; Bourguignon, 2015).

De acordo com Bertoni e Galinkin (2017), as pesquisas que se pautam no estudo das RS têm se aproveitado de diversas abordagens metodológicas, tendo em vista as características e os múltiplos olhares teóricos que o objeto de estudo permite, pelo fato de a comunicação poder ser interpretada sob diversos pontos de vista na abordagem de um mesmo tema.

Perante a complexidade e multiplicidade dos fenômenos sociais e humanos que são estudados pelas RS e suas práticas, adotamos uma metodologia diversificada, utilizando as técnicas de análise de similitude e da análise de conteúdo, que nos permitiram compreender e interpretar os significados das narrativas, tomando como ponto de partida uma perspectiva plurimetodológica a fim de analisar e apreender os fenômenos que foram investigados.

4.6.1 Processamento dos dados a partir do *software* Iramuteq

O *software* Iramuteq foi inicialmente desenvolvido e programado pelo francês Pierre Ratinaud, usando o R (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) 0.7, versão alpha 2, passando a ser usado no Brasil a partir de 2013, com destaque na área da saúde. Todavia, o *software* não é um método de análise de dados, mas, uma ferramenta para executar o seu processamento, sem retirar do pesquisador a função primordial de analisá-los e interpretá-los, de acordo com um conjunto de variáveis existentes (Kami; Larocca *et al.*, 2016).

Ribeiro e Servo (2021) afirmam que o *software* Iramuteq tem ganhado espaço e se tornado um instrumento de apoio para a análise textual discursiva em pesquisas qualitativas em

saúde, a partir dos dados provenientes de questões abertas formuladas nas entrevistas, mas, é necessário aliar o resultado do material produzido à capacidade interpretativa do pesquisador, pois, se o processamento dos dados é realizado pela máquina, é ao ser humano que está reservado o trabalho de análise, categorização e interpretação.

4.6.1.1 A análise de similitude

A análise de similitude consiste em uma técnica baseada na teoria dos grafos, que possibilita identificar as coocorrências entre as palavras que se relacionam entre si, facilitando a compreensão da estrutura e da organização do *corpus* textual, e é particularmente útil em pesquisas que utilizam entrevistas ou questionários abertos como fonte de dados, pois permite explorar o conteúdo dos textos de modo mais detalhado e sistemático (Marchand; Ratinaud, 2012).

Essa técnica permite averiguar a quantidade de conexões entre um elemento e os demais, e sua operacionalidade consiste na preparação dos dados do material verbal transcrito, com a finalidade de compilar e configurar o *corpus* que, em seguida, será analisado por um programa de computação (Camargo; Justo, 2013).

No uso da análise de similitude foi possível identificar as coocorrências e observar a conectividade entre os termos, o que possibilitou a compreensão da estrutura de um *corpus* textual. Para Ribeiro e Servo (2019), ao identificarmos as coocorrências entre os termos apreendidos é possível definir a força de ligação entre eles através da espessura do grafo, que, neste caso, se apresentará no centro, permitindo visualizar a semelhança da representação do objeto perante seus sujeitos.

A similitude entre os termos que compõem os discursos se dá quando os sujeitos da pesquisa, neste caso, usuários e trabalhadores de saúde, assemelham-se na forma de representar as PICS, tendo em vista que, quanto maior for a proximidade entre os elementos de sua representação, maior será o seu índice de similitude e, conseqüentemente, maior a força que os une (Ribeiro, 2017).

Portanto, ao utilizarmos a técnica de análise de similitude é necessário ter cuidado na construção e estruturação do *corpus* textual, já que, nas entrevistas abertas e livres, muito do que for dito pode estar dissociado do objetivo da pesquisa. Assim, é fundamental que o pesquisador selecione e classifique o material coletado de acordo com o foco temático e a homogeneidade linguística, para extrair dele as RS (Bauer; Gaskell; Allum, 2013).

Realizamos a análise de similitude por meio do software Iramuteq porque ele possui uma interface simples e de fácil acesso e permite ao pesquisador utilizar diferentes recursos

técnicos de análise lexical, além de oferecer amplas possibilidades de utilização em pesquisas no âmbito de estudo das ciências humanas e sociais, sobretudo no campo das RS, conforme explicam Camargo e Justo (2013).

4.6.2 A análise de conteúdo

Escolhemos o método de análise de conteúdo de Bardin (2016) para análise e interpretação de dados que têm como foco a exploração do conjunto de opiniões e RS sobre o tema em investigação porque sua característica metodológica permeia a objetividade, a sistematização e a inferência. Esse método, que tem por objetivo examinar os sentidos e significados das comunicações, utilizando-se de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do seu conteúdo, tem sido muito utilizado nas pesquisas que têm como aporte teórico a TRS (Gerhardt; Silveira, 2009).

Segundo Bardin (2016, p. 48), a análise de conteúdo

(...) tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e seu contexto, ou, eventualmente, os efeitos dessas mensagens). O analista possui à sua disposição (ou cria) todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver.

O material textual advindo das respostas das usuárias sobre as RS das PICS na APS foi submetido à análise de conteúdo, que consistiu das etapas de organização, codificação e categorização por temáticas, interpretação e inferência acerca das condições de produção.

A análise de conteúdo pode ser empregada para a interpretação de diversos discursos, buscamos, por meio deste método, compreender os significados e os sentidos do que o sujeito expressa por meio da comunicação e o modo como ele vivencia a experiência, procurando extrair desse conteúdo as RS sobre as PICS.

O processo de análise de conteúdo foi iniciado com a pré-análise, uma cuidadosa escuta, seguida da organização de todo o material coletado nas entrevistas, com o objetivo de extrair o que de mais significativo disseram os participantes da pesquisa, para compreender suas diferentes percepções sobre o que representam as PICS e como elas se articulam com a sua realidade social e as suas experiências de vida, no processo de *ser cuidado* e na ação do *cuidar*. Esta fase preliminar, permitiu-nos uma imersão no conteúdo das entrevistas para explorar o material coletado.

Depois de nos apropriarmos do conjunto das entrevistas, iniciamos a transcrição das entrevistas para a composição do *corpus* textual, quando então os textos passaram por um processo de depuração a fim de manter a coesão e a coerência com o objeto da pesquisa, dessa forma evitando uma saturação de termos repetitivos e desconexos, preservando as falas que

apresentaram uma correspondência com as RS de usuários e trabalhadores de saúde sobre as PICS.

Nesse particular, estivemos atentos à homogeneidade da linguagem, premissa válida para a interação entre sujeitos de uma mesma comunidade, segundo a qual, sendo a comunicação uma condição básica às relações sociais, ela “possibilita que os indivíduos compartilhem seu conhecimento prático sobre os objetos, situações e problemas mais importantes do cotidiano” (Schueze e Camargo, 2000, p. 6).

Passamos para a segunda etapa da análise de conteúdo com a apreensão dos núcleos de sentido ou significação, a partir da construção de grupos com as palavras que carregavam e expressavam um significado válido para o objeto pesquisado, visando à categorização desses elementos. Esses núcleos de sentido foram assim identificados: dor – emocional; estar bem; dificuldade – agenda; entender – dor – paciente; dificuldade – insumo – atender; estratégia – oferta; tratamento – diferente – tratar – dor.

Neste sentido, Bardin (2016, p. 47) ensina que:

A leitura efetuada pelo analista, do conteúdo das comunicações, não é, ou não é unicamente, uma leitura ‘à letra’, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano. Não se trata de atravessar significantes, para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir através de significantes, ou de significados (manipulados), outros ‘significados’ de natureza psicológica, sociológica, política, histórica etc.

Após a apreensão dos núcleos de sentido, dividimos o conteúdo nas seguintes categorias: 1) compreensão do usuário sobre PICS; 2) experiências vivenciadas por usuários com as PICS; 3) dificuldades/limites para o acesso do usuário ao tratamento através das PICS; 4) facilidades/possibilidades para o acesso do usuário ao tratamento através das PICS; 5) representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre PICS; 6) estratégias utilizadas por trabalhadores de saúde para o desenvolvimento das PICS; 7) dificuldades/limites vivenciados por trabalhadores de saúde para a implantação das PICS; 8) facilidades/possibilidades reveladas por trabalhadores de saúde para realizar as PICS.

A terceira e última etapa foi a do tratamento dos resultados, inferência e interpretação, que envolveu a análise profunda do conteúdo, com a finalidade de gerar reflexões e produzir conhecimentos relevantes sobre o objeto de estudo. Todos esses elementos foram importantes para que pudéssemos validar os resultados com a garantia da máxima confiabilidade que uma pesquisa desta natureza exige (Campos, 2014; Bardin, 2016).

Diagrama 1 – Etapas do processo de análise de conteúdo

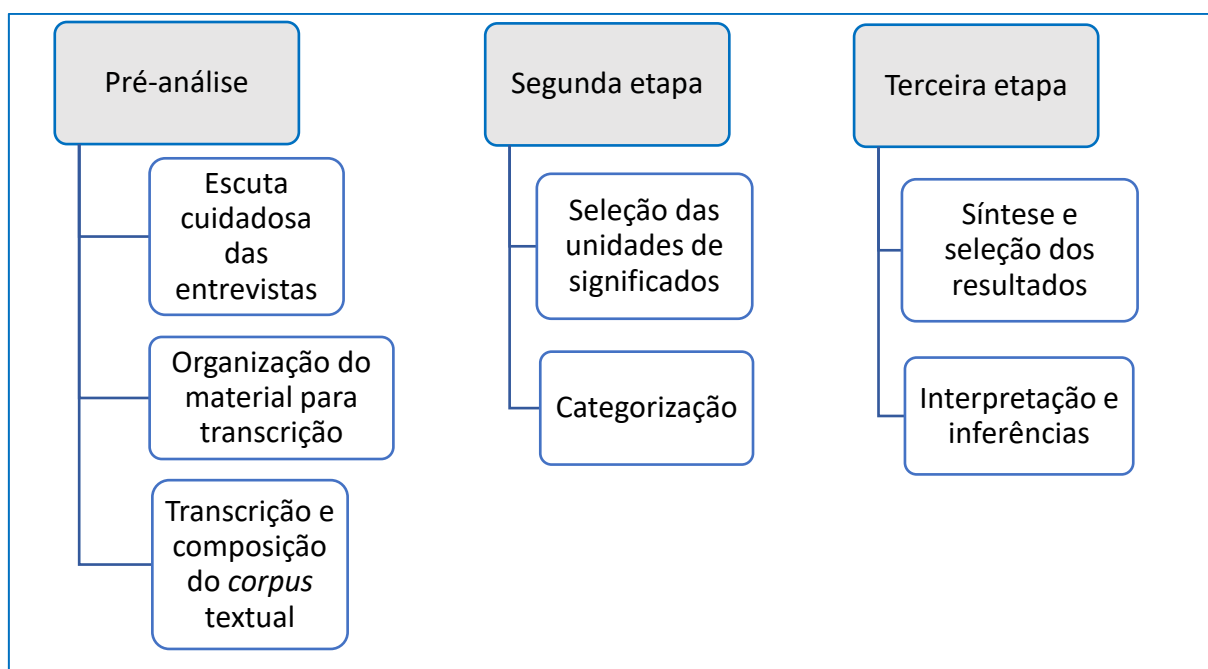


Diagrama elaborado pela autora.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

Em atendimento à Resolução 466/2012¹⁹, cujo item XIII.4²⁰ foi regulamentado pela Resolução CNS 580/2018, e, ainda, a Resolução 510/2016, todas do MS, este projeto foi submetido ao Sistema CEP/CONEP por meio da Plataforma Brasil e encaminhado ao CEP/UEFS para apreciação e aprovação. Ressaltamos que a coleta de dados só foi iniciada após a apreciação e aprovação pelo CEP/UEFS e uma cópia do parecer firmado e aprovado foi entregue à Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari-BA.

As informações aos participantes foram prestadas em visita presencial às unidades de saúde, ocasião em que o objeto de estudo e o objetivo da pesquisa foram apresentados, juntamente com o RCLE, esclarecendo-se, antes da aceitação, que qualquer dado somente poderia ser coletado após a assinatura do RCLE.

Consideramos fundamental que os participantes estivessem cientes de sua autonomia e liberdade durante a pesquisa, e de que durante todo o tempo as suas identidades e a confidencialidade das informações estivessem preservadas.

¹⁹ Em 2012, o Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, revisou e atualizou a Resolução 196/96, ao publicar a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), que se constitui no atual documento-referência para a organização da dinâmica de funcionamento dos Comitês de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (Fonte: <https://www.scielo.br/>).

²⁰ XIII.4 - As especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS serão contempladas em Resolução complementar específica (Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012).

Os participantes foram informados que poderiam se recusar a responder a qualquer questão, total ou parcialmente, sem que estivessem obrigados a apresentar a razão da recusa, sendo que não poderíamos reescrevê-la ou reformulá-la na tentativa de obter a resposta.

Os participantes também foram cientificados dos riscos que, apesar de mínimos nesta pesquisa, poderiam ocorrer, mormente quanto ao momento da entrevista, pois responder às questões previamente formuladas poderia gerar algum tipo de desconforto diante da dificuldade de compreender ou de lidar com certas situações.

Os princípios bioéticos, como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça foram integralmente respeitados e os participantes mostraram-se à vontade para responder livremente, de maneira que, ao fim dos trabalhos de coleta de dados, não houve registro de queixa de qualquer natureza, tão pouco solicitação para interromper a entrevista já iniciada.

5. ANALISANDO, APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS A PARTIR DAS VOZES DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES DE SAÚDE DA APS SOBRE AS PICS

Uma nação sobrevive, não por suas conquistas materiais e, sim, em virtude daqueles homens que são suas obras primas (Paramahansa Yogananda, iogue hindu, s.d.).

Neste item, apresentamos, analisamos e discutimos as categorias apreendidas no estudo a partir da árvore de similitude e análise de conteúdo.

As RS permeiam as interações humanas e estão associadas ao modo particular de cada sujeito em perceber e vivenciar a sua realidade cotidiana, cujas percepções e olhares se diferenciam de acordo com o meio social em que está inserido e a forma segundo a qual ele interage com a comunidade.

As RS dos usuários e trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS nos fornecem uma visão do seu conteúdo e sentido, para cuja compreensão do seu significado foi utilizada a análise de similitude, que tem por base identificar as conexões entre as palavras e suas relações, e análise de conteúdo, que permitiu a inferência de conhecimentos a partir das mensagens e da expressão dos conteúdos apreendidos.

Para a análise das falas dos usuários, foram elencadas quatro categorias: 1) compreensão do usuário sobre PICS; 2) experiências vivenciadas por usuários com as PICS; 3) dificuldades/limites para o acesso do usuário ao tratamento através das PICS; 4) facilidades/possibilidades para o acesso do usuário ao tratamento através das PICS.

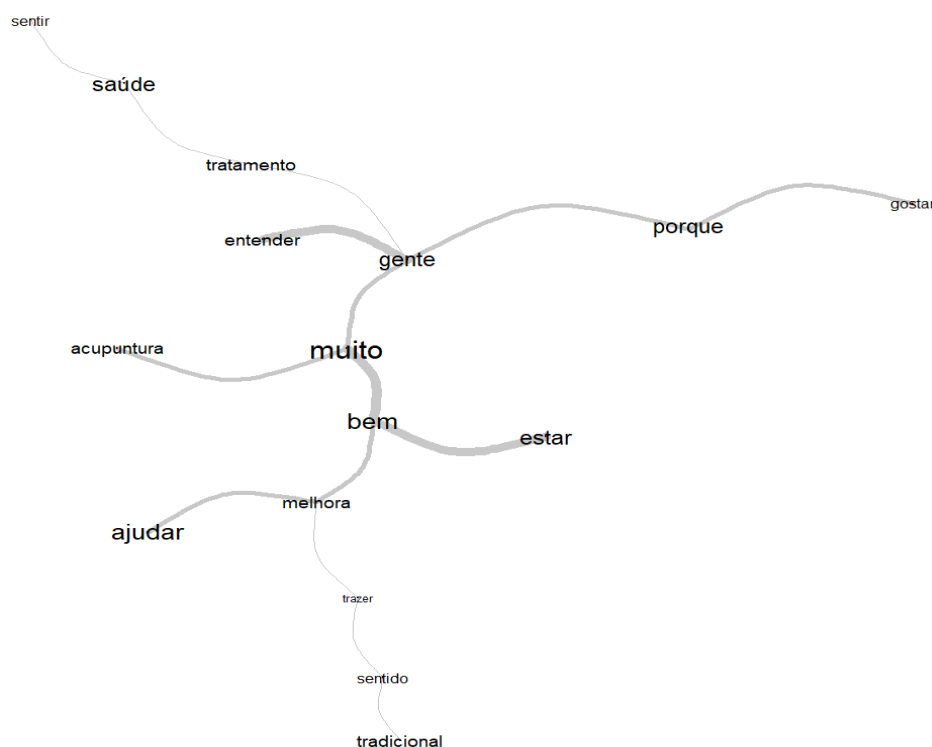
Considerando o fato de que todas as pessoas do grupo “usuários” são mulheres, situação mostrada no Quadro 8 (Caracterização dos usuários participantes da pesquisa Distrito Sanitário da Costa Litorânea, Camaçari–BA, 2024), doravante, quando nos referirmos especificamente à fala de uma delas, usaremos a denominação “usuárias”, no feminino, mantendo, no entanto, a expressão usuários para mencionar categorias ou coletividade. Assim procedendo, desejamos homenagear a coragem dessas mulheres para superar barreiras e desafios, porque entendemos que elas têm um papel importante para o desenvolvimento das PICS na APS.

5.1 Compreensão do usuário sobre PICS

Nesta categoria, iremos apresentar o que análise de similitude e a análise de conteúdo revelaram acerca de como os usuários da APS compreendem PICS, considerando que a inserção desta metodologia de tratamento na APS de Camaçari–BA é relativamente recente e ainda pouco difundida, e o público, em geral, não tem informação sobre as técnicas que são ofertadas e os benefícios elas produzem.

Começamos pela análise de similitude, apresentando as conexões e a interconectividade entre os termos que aparecem com mais frequência nas falas dos usuários, para identificar a convergência de palavras ou de grupos de palavras e perceber qual o sentido ou significado expressos e a relação destes com o objeto da pesquisa.

Figura 1 – Árvore de Similitude referente à compreensão do usuário sobre PICS



Fonte: Dados da pesquisa após processamento pelo Iramuteq (2024).

A árvore similitude apresentada na Figura 1 mostra uma conectividade entre as palavras *muito*, *bem*, *gente*, *ajudar*, *acupuntura*, *tratamento* e *saúde*, que se destacam a partir da espessura dos grafos, representando intensidade de conexão e coocorrência lexical, e refletem o entendimento compartilhado das usuárias, construído nos espaços onde circulam as concepções sobre PICS presentes no imaginário individual e coletivo.

A conectividade entre os termos *muito*, *bem*, *gente* e *ajudar* revelam a busca por uma saúde humanizada, que seja capaz de proporcionar o equilíbrio entre as necessidades físicas e emocionais e as interações com o meio social, uma concepção que se aproxima da definição proposta pela OMS a partir de 1946, segundo a qual, o bem-estar físico, mental e social são componentes fundamentais para caracterizar um ser humano saudável. Os termos *acupuntura*, *tratamento* e *saúde* apresentam uma conectividade que indica a relação intrínseca das PICS com a busca do reequilíbrio do corpo que se encontra adoecido.

Ao fim, os dois grupos de palavras se interconectam e convergem para a ideia de que a relação doença-saúde pode receber uma abordagem terapêutica diferenciada, que não apenas livre o corpo da enfermidade, do corpo estranho e indesejável, mas, restaure o bem-estar psicológico e emocional do paciente e propicie o seu retorno ao convívio social.

As falas a seguir representam as narrativas das usuárias apreendidas a partir da análise de conteúdo:

Essas práticas, eu conheci no ambiente de trabalho (...) Para mim, como usuária, foi muito importante, [pois] eu cheguei em um quadro não somente de dor física, mas também psicológica... representam muito, não só no ato, mas em todo o contexto em si, eu creio, para melhora do paciente. São práticas adicionais, que facilitam e favorecem o paciente em si, no seu atendimento, na sua melhora em todo o contexto (*Ametista*).

Essa prática evolui muito a necessidade do ser humano [e] nós precisamos mais dessas práticas para ajudar mais pessoas. Eu mesma estou bem e cada vez mais interagindo, para que eu não deixe de fazer, porque está me fazendo muito bem (*Diamante*).

Eu conheci as PICS através do meu trabalho (...) na área de saúde. (...) Eu entendo que a acupuntura ajuda muito (...) e se vê o resultado (...) pode diminuir a medicação (*Esmeralda*).

Não é somente com auriculoterapia ou acupuntura, tem uma gama muito maior. Tem essa questão holística de *Reiki*. Eu não sei muito bem o que é *Reiki*, nunca tive a oportunidade, mas eu tenho muita curiosidade [de conhecer]. São práticas intuitivas, fogem do óbvio, do tradicional, e acredito que sim, faz muito efeito na sociedade. (...) As PICS é um mecanismo de uma medicina não tradicional, que nosso corpo não consegue controlar as emoções ou nossa saúde de uma maneira geral fui muito estudiosa, no sentido de procurar mecanismos que fugissem do tradicional (*Pérola*).

Foi na faculdade que eu ouvi falar sobre a aromaterapia e a fitoterapia. (...) Eu entendo que o Ministério da Saúde deu novas abordagens para que o usuário pudesse ser assistido, não somente nos nossos exames, porque permite uma ligação do profissional e do paciente (*Safira*).

Não conhecia, não tinha nenhum entendimento, vim conhecer aqui na unidade de saúde (*Granada*).

O significado é que eu vim pela curiosidade, eu via o pessoal falando que acupuntura serviria para dores (*Jade*).

As RS das usuárias apreendidas revelam que as PICS ainda são um universo desconhecido para elas, e que, todavia, desejam conhecer e explorar, pois, conseguiram obter algum tipo de alívio para as suas dores. As RS também revelam uma busca por algo que represente o incomum, o que o tratamento convencional não oferece. Nessa perspectiva, uma vez superada a fase da curiosidade revelada nas RS, as usuárias demonstram estarem dispostas a entender como funcionam as práticas, de que maneira elas intervêm na relação doença-saúde, sobretudo porque as PICS trazem essa abordagem holística, de um cuidado individualizado e metodologia de atendimento mais flexível.

Mesmo afirmando não terem muito conhecimento sobre as PICS, as RS das usuárias revelam a percepção de que os efeitos das PICS vão além das técnicas ofertadas, tais como auriculoterapia, acupuntura, *reiki*, aromaterapia e fitoterapia, algumas das que foram mencionadas nas falas, pois, sinalizam que as práticas são apreendidas como intuitivas, compostas de elementos implícitos que escapam ao convencional e beneficiam o grupo social. Tais elementos implícitos correspondem a novos e significativos saberes que estão associados

às PICS, reveladores do caráter simbólico e imaginativo das suas representações, quando, por exemplo, associam o *reiki* ao holismo.

Holismo e vitalismo são os dois paradigmas que funcionam como eixos estruturantes das PICS. No vitalismo, há a ideia de uma força vital, imaterial e energética que sofre influências do pensamento, da psique e do espírito e é responsável pela manutenção da vida e da saúde. O holismo transcende ao vitalismo, já que está centrado na ideia da integração do homem ao cosmo universal, compreendendo-o como uma unidade físico-energética/psicofísica, mental e espiritual (Luz, 2012).

Esses dois eixos estruturantes que justificam as RS de usuários sobre as PICS nas quais são apreendidas ideias de integralidade do ser humano, do potencial das práticas para proporcionar a melhoria da qualidade de vida das pessoas, do autocuidado e da prevenção às doenças. Considerada por Melo *et al.* (2013) como princípio fundamental das PICS, a integralidade reabilita o ser humano do processo de fragmentação que ele vem sofrendo pelas diversas especialidades e subdivisões da clínica médica, e o examina na sua totalidade, desde a doença em si mesma e a sua patogênese no contexto biológico, como também as variáveis socioculturais, psicológicas e espirituais.

A acupuntura tem ação comprovada sobre uma variedade de condições clínicas e emocionais, por meio de finas agulhas ou outros dispositivos, como calor, laser e corrente elétrica de baixa voltagem, estimulando pontos anatômicos específicos. A aromaterapia utiliza óleos e essências extraídas de diversas partes das plantas, como raízes, caule, folhas e flores, ingeridas, inaladas ou absorvidas por via cutânea, usadas no tratamento de várias enfermidades, na promoção do bem-estar e do equilíbrio emocional. A fitoterapia, o uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, deve ser orientado por profissionais capacitados tendo em vista que quando utilizado de forma correta, segura e eficaz pode ser benéfico para o tratamento de diversas doenças (PNPICS, 2014).

As RS dos usuários sobre as PICS demonstram um conhecimento popular diferenciado do científico, o que, para Jodelet (2001), se apresenta como um fenômeno típico da sociedade moderna que pode ser considerado como um objeto de estudo legítimo e que acontece por um processo de comunicação que incide diretamente sobre o imaginário coletivo, o que possibilita, consoante ensina Moscovici (2012), que as RS sobre fatos novos ou desconhecidos recebam diferentes significados de acordo com o meio social em que o indivíduo transita.

As PICS possuem o potencial para desenvolver e ampliar ações que apontam na direção das demandas dos usuários, não só porque oportunizam o acesso universal e igualitário,

tanto ao nível da prevenção como do autocuidado, mas também porque oferece técnicas que podem ser assimiladas e reproduzidas por eles em outro ambiente. Por estarem entremeadas de práticas que se afinam com as demandas dos usuários e favorecem ao estabelecimento de parcerias, à busca do diálogo, à democratização das relações e à construção de vínculos terapêuticos (Fogaça, 2020).

As RS apreendidas dos usuários sobre o entendimento das PICS revelam uma ressignificação do processo saúde-doença, numa perspectiva ampliada do ser humano e o universo que o cerca, por onde se pode perceber as diversas dimensões do indivíduo e reformular o conceito de saúde, desta que está apoiada no modelo biomédico e centrada na medicalização, para uma nova concepção que transcende os limites corporais e alcança até mesmo a esfera social do indivíduo e tudo o que ela pode gerar de sofrimento mental ou psicológico.

Neste caso, as PICS ocupam um papel social entre os usuários, por onde eles revelam as várias faces do seu sofrimento, do adoecimento para o qual vão em busca de uma forma alternativa de tratamento, que não seja só restauradora da saúde, mas estimule e fortaleça potenciais de cura e desenvolvam mecanismos que os ajudem a lidar com os desafios da vida e a promover sua transformação pessoal.

As RS apreendidas estão de acordo com o pensamento de Dalmolin e Heideman (2017), segundo o qual as PICS compreendem o processo saúde-doença através dos usuários que as buscam pelos seus modos de ser, agir e viver, e acabam por se transformarem em ferramentas constitutivas que despertam e promovem a transformação pessoal, quando eles vão em busca de seu autocuidado e da melhora do seu estado geral, ou seja, à medida que o usuário vai à procura do atendimento pelas PICS, ele constitui uma demanda, que não pode mais ser respondida pela rigidez da biomedicina.

Nas RS sobre o entendimento das PICS, os usuários construíram no seu imaginário a ideia de que as práticas possuem uma abordagem acolhedora, integradora e humanizadora, o que nos fez perceber que estamos diante de uma demanda de atenção à saúde que envolve não somente aspectos físicos, mas também os de ordem psicossocial, e a busca por um atendimento cada vez mais centrado nas pessoas e suas necessidades como seres humanos.

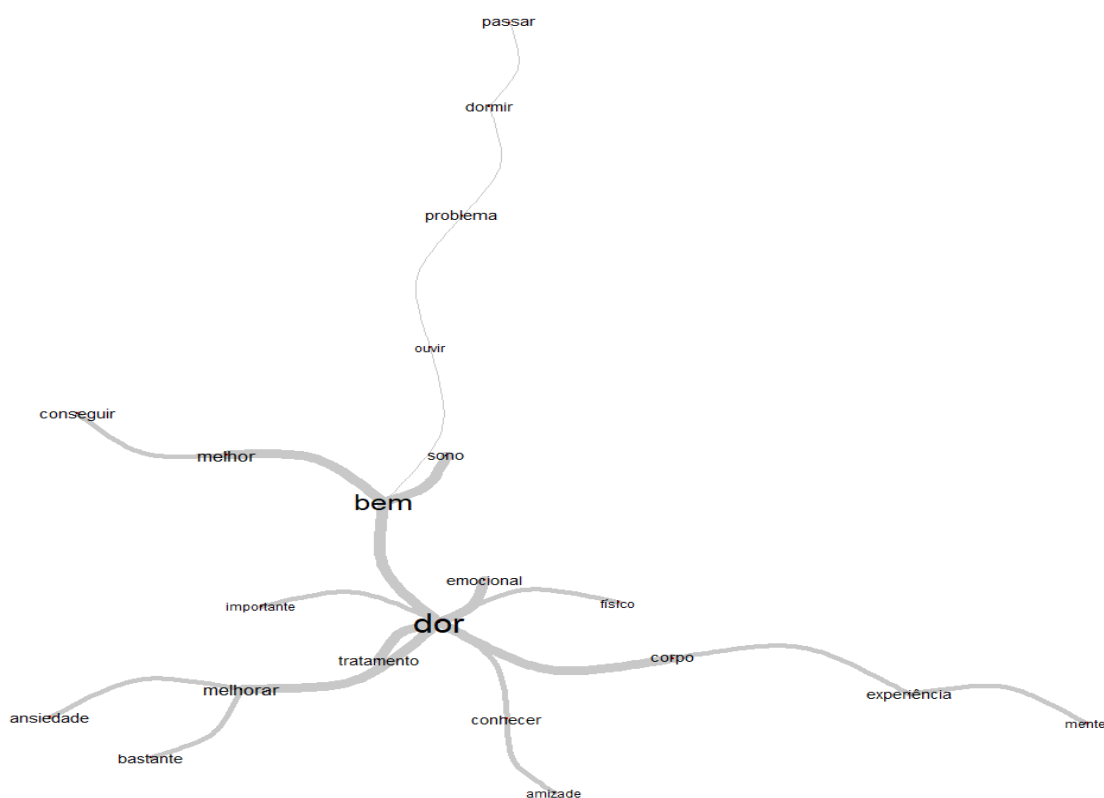
O acolhimento acontece quando o olhar do cuidador acessa as intersubjetividades do usuário por meio de uma escuta qualificada e individualizada, e consegue criar uma metodologia de atendimento que seja resolutiva. Tesser *et al.* (2010) afirmam que através da terapêutica das PICS é possível obter uma eficácia na resolução dos problemas dos usuários, tendo em vista que seu foco é acolher as carências humanas no contexto das suas reais

necessidades, sem, no entanto, retirar-lhes o seu protagonismo e a sua autonomia em relação ao autocuidado.

5.2 Experiências vivenciadas por usuários com as PICS

Apresentaremos, nesta categoria, de que modo as experiências vivenciadas com as PICS têm refletido na vida das usuárias e que mudanças foram sentidas a partir dessas vivências e da observação de fatos que estejam relacionados ao tratamento, sejam elas mensuráveis ou aferíveis por meio de exames, sejam elas apreendidas subjetivamente e, portanto, não passíveis de mensuração.

Figura 2 – Árvore de Similitude das experiências vivenciadas pelos usuários com as PICS



Fonte: Dados da pesquisa após processamento pelo Iramuteq (2024)

Através da árvore de similitude mostrada na Figura 2, identificamos a conectividade existente entre as palavras *dor*, *bem*, *tratamento*, *emotional* e *físico*; *melhorar*, *bastante* e *ansiedade*; *sono*, *problema*, *dormir*, que podem ser divididas em grupos de palavras que se interconectam.

A palavra *dor* aparece na árvore de similitude como elemento central, em torno do qual as experiências vivenciadas com as PICS pelas usuárias circulam e as ideias e imagens construídas cotidianamente ganham forma e expressividade. Os termos *bem*, *melhorar* e

bastante permitem identificar nas falas das usuárias uma expectativa de retorno à vida “normal”, sem as limitações muitas vezes provocadas pelas enfermidades, mas também podem significar o extravasamento de um estado emocional de alegria não vivenciado há muito tempo.

As palavras *bastante* e *ansiedade* mostram-se conectadas na árvore de similitude aos termos *tratamento* e *melhorar*, enquanto *bem*, que pode indicar a condição de “bem-estar”, acha-se conectado a *sono*, *problema* e *dormir*. Se a *dor* aparece como elemento para o qual as queixas e expectativas de *melhorar* convergem, convimos de que a busca pelo tratamento por meio das PICS restitui às usuárias a esperança de obterem um alívio para o sofrimento físico e psíquico, a diminuição da *ansiedade* e da dificuldade para *dormir* bem e ter um *sono* reparador.

Apresentaremos, a seguir, a análise de conteúdo baseada nas narrativas das usuárias, das quais extraímos estes fragmentos:

A experiência que obtive foi [d]as melhores, pois sentia muitas dores e depois das sessões eu [me] senti muito bem (*Jade*).

O tratamento está aliviando as dores, mas está mexendo também com o emocional. Eu estou ficando um pouco mais equilibrada, ficando menos emotiva e conseguindo equilibrar mais minhas emoções, e resolver algumas coisas emocionais (*Malaquita*).

Para mim, como usuária, foi muito importante, [pois] eu cheguei em um quadro não somente de dor física, mas também psicológica, (...) representam muito, não só no ato, mas em todo o contexto em si, eu creio, para melhora do paciente (*Ametista*).

Eu, que sou diabética, estava com [o] açúcar nessa altura de 400, 460. [Após] as consultas com as PICS e hoje meu açúcar, quando sobe, vai para 200, tem se mantido em 190, no ritmo normal e minha pressão também (*Cristal*).

Tem melhorado no sentido de dores, insônia, dores de cabeça que eu tinha direto e também muita ansiedade. E aí, é nesse sentido que está melhorando minha situação. Quando eu não faço, tem que ir para a fila de novo, eu sinto falta..., fico aguardando (*Fluorita*).

Estava passando por uma dificuldade de ansiedade e através de uma terapeuta, que vai na unidade, ela me apresentou a acupuntura e através [desta prática] eu tive muita melhora (*Esmeralda*).

As RS das usuárias sobre suas experiências e vivências com as PICS apreendidas através da análise de conteúdo revelam-se carregadas de imagens construídas a partir das dificuldades para lidar com as dores emocionais, que impactam substantivamente na vida cotidiana.

Ao apresentarem um discurso centrado na *dor*, física ou emocional, as usuárias não buscam tão somente a cura, mas, entender o processo saúde-doença a partir de uma perspectiva mais humanizada e menos mecanizada, e, sobretudo, ressignificar o seu papel enquanto parte mais interessada, diariamente afetada pelos complexos fenômenos responsáveis pela eclosão das enfermidades.

Quando observamos na árvore de similitude (Figura 2) a conectividade entre os termos palavra *ansiedade*, *tratamento* e *melhorar*, é possível identificar uma convergência com

a análise de conteúdo, pois, as RS apreendidas revelam o sentimento de alívio das usuárias quando conseguem obter um dos resultados esperados com as PICS, que é a redução dos níveis de ansiedade e da dificuldade para dormir um sono tranquilo e reparador.

O modo como as usuárias ressignificam a promoção à saúde, deslocando-a do eixo medicamento-cura para algo que lhes ofereça uma gratificação extra, um ganho secundário, é determinante nas RS sobre suas experiências com as PICS porque reativam memórias, inclusive afetivas, de experiências já vivenciadas e que foram interrompidas muitas vezes por dores e sofrimentos associados a perdas emocionais, e devolve-lhes a possibilidade de retorno às atividades.

A experiência vivenciada pelas usuárias com as PICS ganham, assim, um aspecto de concretude, o que Knapp *et al.* (2003) avaliam como uma combinação de imagens e significados capazes de dar vida ao objeto representado e incidir sobre as relações entre o sujeito e o seu comportamento, com repercussão no ambiente social ao qual pertence. As RS que revelam mudanças comportamentais significativas, quando compartilhadas, dinamizam as relações cotidianas e devem ser vistas como um acontecimento que ocupa um novo lugar no imaginário das pessoas com as quais o sujeito se relaciona, capaz de produzir, diante de imagens pré-existentes, novas representações (Moscovici, 2012).

Esse aspecto da concretude é significativo para as RS identificadas nos fragmentos das falas das usuárias, pois, percebemos a associação dos fatores emocionais e afetivos com o alívio dos sintomas e a redução das dores. Quando *Malaquita* afirma que “o tratamento está aliviando as [suas] dores, [e] mexendo também com o [seu] emocional”, revela que o efeito das PICS sobre a sua saúde transcendeu ao corpo (o concreto) e alcançou a esfera das emoções (o atitudinal). O mesmo se percebe na fala de *Fluorita*, ao dizer que “tem melhorado no sentido das dores (...) e também a ansiedade”, evidenciando que o tratamento às dores por meio das PICS incide sobre o psicológico (comportamental).

Nesse sentido, Moscovici (2012) traz uma concepção de RS que se articulam pela integração de informações, imagens e comportamentos, cujos componentes dessa associação se estruturam pelo modo como o sujeito os condiciona ao seu entendimento prévio, fazendo com que o novo conhecimento incida sobre um determinado objeto (o corpo, por exemplo) e o ressignifique no campo mental (renovação do pensamento), para, em seguida, ser capaz de produzir mudanças comportamentais (atitudes), o que vemos nas falas a seguir:

De um bem-estar no corpo na mente. A minha mente está se tornando mais saudável, não estou com pensamentos negativos como tinha antes (*Quartzo*).

Antes de ter a auriculoterapia, por experiência própria eu me sentia assim, como se eu estivesse sufocando. A ansiedade também teve uma melhora e meus problemas gástricos. E isso mudou, isso muda diretamente a minha vida (....) Me senti numa consulta mais íntima, mais intimista, mais pessoal (*Safira*).

Houve uma transformação muito grande, [e] eu indicaria a qualquer outra pessoa que faça, porque eu me senti muito bem. Eu volto a dizer, em relação à autoestima, à minha energia, à alegria, [porque] eu estava muito p'rá baixo. [Até] a questão do sono, [porque] eu não dormia bem (*Topázio*).

As RS apontam também para a influência que o tratamento com as PICS produz na melhoria da qualidade de vida das usuárias, cujos relatos são pontuados por experiências socialmente construídas que estão interligadas às suas comorbidades, gerando baixa satisfação com a própria vida. Ao receberem o tratamento por meio das PICS, as usuárias sentem que há um efeito na sua qualidade de vida, que se estende por um determinado período e proporciona um efeito de bem-estar físico, mental e espiritual, o que as leva a continuar se tratando. Neste sentido é que Natividade (2020) considera a qualidade de vida como uma construção social, que tem relação direta com a satisfação de necessidades humanas básicas e suas realizações pessoais, porque leva em conta não somente as diferenças culturais e sociais, mas a própria maneira como o indivíduo se identifica e expressa.

Aspectos igualmente significativos apreendidos das RS das usuárias mostram mudanças em outros dois níveis de manifestação, quais sejam, o mental e o comportamental. Recortes da fala de *Quartzo* sinalizam para a autoavaliação que ela faz, em que reconhece que a sua mente está mais saudável, não está com pensamentos negativos como antes e o tratamento das suas dores físicas melhorou também o seu campo mental.

Nos relatos das usuárias observamos que, com o tratamento pelas PICS, ao mesmo tempo que elas percebiam uma redução das dores físicas, as condições psicológicas e emocionais tendiam a se estabilizar. Neste sentido, *Safira* reporta que, após o tratamento pela auriculoterapia, melhorou da ansiedade, bem como da gastrite.

Pagoto *et al.* (2013) assinalam que na construção de uma prática terapêutica que envolve aspectos emocionais é cada vez mais aceita a concepção de uma saúde vinculada aos conhecimentos e às crenças de cada sujeito, associada ao seu estado real ou imaginário, que traz incorporados aspectos físicos, cognitivos e emocionais.

A usuária ressalta ainda que a relação afetiva que está presente durante o tratamento, cujos desdobramentos, nos campos psicológico e emocional, se traduzem em uma consulta mais íntima, mais intimista e mais pessoal. Este aspecto, pouco observado quando se avalia a eficácia das PICS, revela uma sensação de acolhimento e um espaço dentro do qual a usuária sente-se à vontade para falar de suas dores físicas e emocionais sem que esteja sob julgamento.

Na fala de *Topázio*, observamos que as alterações ao nível do campo mental repercutiram no seu comportamento de modo substancial, pois, a usuária reconheceu que houve em sua vida uma transformação muito grande, em relação à autoestima, à energia e à alegria. Essas afirmativas nos leva à compreensão de que existe uma carga psicológica e emocional subjacente, a qual não pode ser afastada pelo trabalhador de saúde durante o tratamento, pois ela dá sentido à realidade vivenciada pela usuária, e compreendê-la pode ajudar na busca pela solução mais adequada ao caso vivenciado.

De acordo com Lima *et al.* (2013), o potencial das PICS para estimular a autocura e o autocuidado contribuem para sua aceitação e a participação das usuárias no processo do cuidado, o que está implícito na fala de *Topázio* quando sinaliza que indicaria o tratamento a qualquer outra pessoa. A autotransformação foi capaz de restabelecer a autoestima e a alegria de viver, trazendo-lhe resultados objetivos, como, por exemplo, prolongamento do período de sono e proporcionando uma noite mais tranquila.

As RS dos usuários sobre as experiências vivenciadas a partir das PICS, marcadas pela espontaneidade e liberdade para expressar as ideias com clareza através da linguagem, ainda que carregada de subjetividade, demonstram que os resultados obtidos com o tratamento por meio das PICS, convergem para a promoção da saúde no seu tríplice aspecto biopsicossocial.

Observamos através das narrativas das usuárias significados semânticos e psicológicos, por esta razão consideramos a palavra como a síntese entre o pensamento e a fala carregada desses mesmos significados, sendo ela o elemento fundamental para a análise de uma realidade implícita no discurso.

Não devemos, portanto, pontuar somente o que está inserido no contexto das falas, mas, sobretudo, as significações que estas trazem dentro das narrativas, com todo o seu arcabouço histórico e social, pois, nesse movimento, segundo Aguiar e Ozella (2013, p. 304), “os significados que estão representados pela dimensão linguística do pensamento e intelectual da fala não estão reduzidos a si mesmos”, já que “eles contêm mais do que aparentam”.

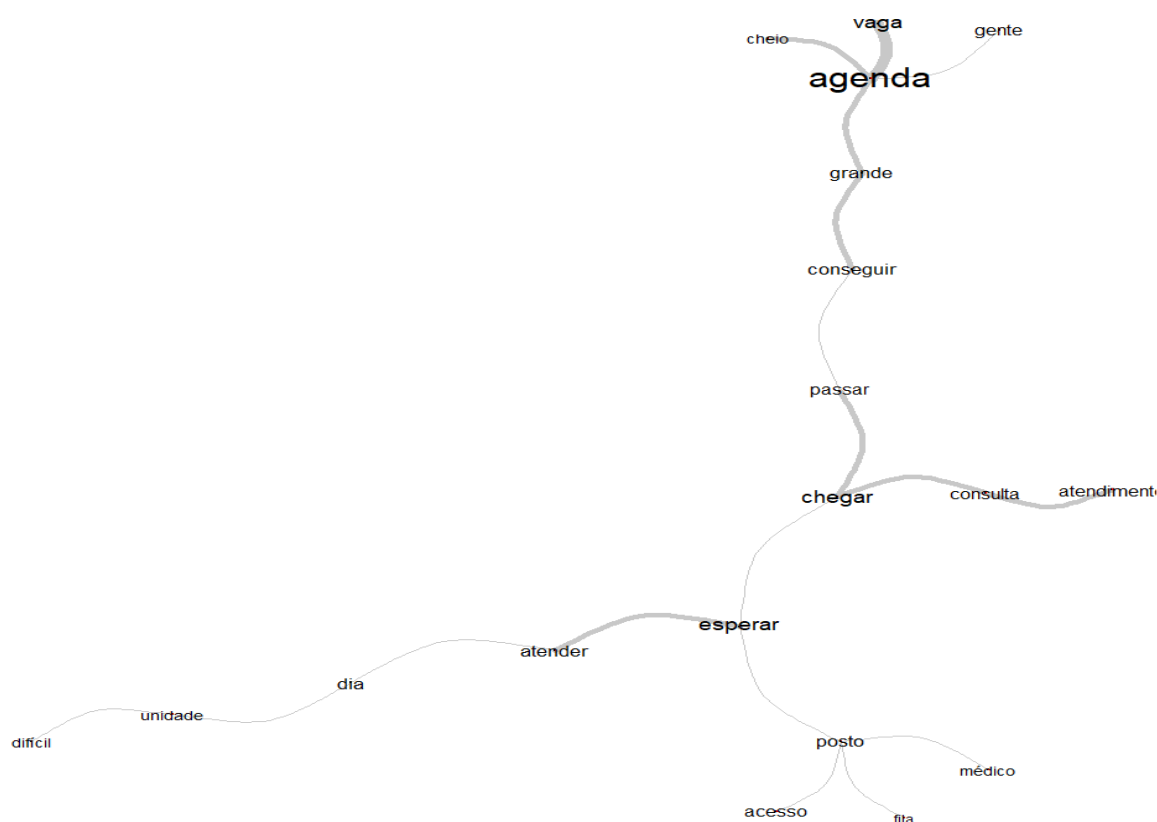
Ao se referirem aos processos formadores das RS, Ribeiro e Servo (2018) explicam que, pela ancoragem, os conhecimentos e as experiências preexistentes recepcionam e se ajustam ao que, até aquele momento, era estranho ao sujeito, criando espaço e possibilidades para a ressignificação do antigo, do já conhecido. Ao mesmo tempo que o processo da ancoragem acontece, o novo conhecimento vai sendo objetivado, vai sofrendo transformações até que seja finalmente materializado em novos conceitos e novas atitudes, o que pode incluir

também aspectos ligados à ética e à moral que determinam novos comportamentos e uma diferente visão de mundo.

5.3 Dificuldades/limites para o acesso do usuário ao tratamento através das PICS

Nesta categoria, apresentaremos o que a voz das usuárias apontam como sendo as dificuldades e os limites para o acesso ao tratamento através das PICS, e de que modo isso pode influenciar na decisão de iniciar, interromper ou prosseguir no tratamento. Para tanto, faremos inicialmente a análise baseada na árvore de similitude mostrada na Figura 3, para identificar a interconectividade entre as palavras de maior ocorrência e, em seguida, a análise de conteúdo a partir das narrativas das usuárias.

Figura 3 – Árvore de Similitude das dificuldades/limites para o acesso do usuário ao tratamento através das PICS



Fonte: Dados da pesquisa após processamento pelo Iramuteq (2024)

Na árvore de similitude mostrada na Figura 3 identificamos a conectividade entre os termos *agenda*, *vaga*, *conseguir*, *chegar*, *consulta*, *atendimento* e *esperar*, os quais apontam que as dificuldades e os limites estão associados tanto ao acesso aos equipamentos de saúde quanto aos processos de agendamento.

Desse grupo maior de palavras que aparecem interligadas na árvore de similitude, compomos três subgrupos – *agenda, vaga, conseguir; chegar e consulta; atendimento e esperar* – e identificamos a interconectividade entre os termos que os compõem, pois, enquanto as dificuldades estão expressas em conseguir vaga para a consulta, fazendo referência aos sistemas de agendamento e questões de natureza organizacional, os limites podem ser identificados pelas palavras *chegar, atendimento e esperar*, mais ligadas às questões estruturais, tais como, locomoção, espaço, oferta e número de trabalhadores de saúde que atuam na APS com PICS.

A seguir apresentamos os recortes das falas das usuárias submetidas à análise de conteúdo:

A dificuldade é só transporte, mas assim mesmo eu deixo já meu dinheiro reservado para pagar a passagem; porque é uma coisa que eu não quero abrir mão é de fazer esse procedimento (*Quartzo*).

Não é muito fácil para frequentar as sessões, porque eu moro em Camaçari, na sede, [e] tenho que pegar o ônibus e ver o horário, porque nem sempre tem ônibus do horário que saio. Aí tenho que aguardar outro (*Fluorita*).

As dificuldades foram muitas, foi muita insistência, chegava, tentava, não conseguia, insistia. Eu acredito que eu passei mais ou menos, seis meses para conseguir a minha consulta [pois] a agenda nunca tinha vaga, sempre estava lotada. (...) Hoje passamos um bom tempo [aguardando] porque fica restrito com relação a quantidade de pacientes (...) é uma demanda grande para poucos profissionais, então eu fiquei muito limitada em algumas situações pela falta do atendimento com a profissional (*Diamante*).

Faltam vagas de uma maneira geral, no sistema de saúde para as PICS, ainda existe muita desinformação [à sociedade] (*Pérola*).

Nas agendas [dos] profissionais, ainda não é uma coisa assim estabelecida; é ofertado, mas, ainda não de maneira ampla (*Safira*).

Dificuldade é a quantidade de pessoas, [pois] só tem uma profissional para atender. O ambiente aqui também [não é adequado], a sala não é climatizada (*Citrino*).

O problema é que você tem que ir para o posto de saúde, fazer a regulação para encontrar o médico, para te dar essa guia, para você ter acesso. Essa é a única dificuldade, [pois] demora um pouquinho. Fiquei na fila, esperei uns meses para ser atendida pela prática integrativa, porque é muita gente aqui (*Obsidiana*).

As RS apreendidas das falas das usuárias sobre limites/dificuldades para o acesso ao tratamento através das PICS estão relacionadas à ideia de que para se conseguir o atendimento é preciso persistência para enfrentar uma longa espera, ou porque não existem vagas suficientes, evidenciando que a oferta está aquém da demanda, ou porque o número de profissionais é pequeno em relação à quantidade de usuários na fila.

As RS reveladas nas narrativas das usuárias sobre dificuldades e limites para o acesso ao tratamento através das PICS são convergentes com a análise de similitude, no que se refere às palavras *chegar e agenda*. A primeira revela dificuldade/limite associado ao sistema de transporte e à mobilidade urbana; a segunda, ao sistema de saúde. Portanto, a dificuldade para *chegar* ao local do atendimento agendado é apresentada nas falas das usuárias como um

desafio a ser superado, depois que conseguem *agendar* a consulta. Esses são dois limites impostos pelo Estado, sem que, no entanto, sejam os únicos, pois as usuárias revelam através de suas falas o quanto pode ser desafiador conseguir o acesso ao tratamento através das PICS em uma das unidades da APS do Distrito Sanitário da Costa Litorânea.

As RS reveladas sobre as dificuldades/limites enfrentados pelos usuários para acesso ao tratamento através das PICS, apontam que o tempo gasto com os deslocamentos de ida e volta ao local do atendimento e a longa espera por uma vaga são importantes fatores restritivos, com potencial para afetar a continuidade do tratamento. Ressalte-se que, nos casos do tempo gasto com deslocamentos, quando o usuário é também servidor municipal, a queixa se refere à utilização do período de folga, após uma extenuante dupla jornada de trabalho, se quiser realizar o tratamento.

A indisponibilidade na agenda dos trabalhadores de saúde da APS é percebida quando os usuários tentam acessar as marcações, pois, as atividades das PICS são postas em plano secundário quando comparadas com as atividades assistenciais convencionais. Em pesquisa realizada com usuários do sistema público de saúde, Fogaça (2020) alude a semelhante dificuldade para se ter acesso ao serviço das PICS, pois, o agendamento era feito só depois que o paciente obtinha um encaminhamento do médico. O que fora pensado, inicialmente, para agilizar o sistema de marcação e disciplinar o atendimento tornou-se, no decorrer do processo, uma longa fila de pacientes à espera de uma vaga, esclarece o autor da pesquisa.

O processo regulatório das marcações tem como objetivo manter a organização e ordem das agendas, com a finalidade de assegurar ao usuário um acesso equitativo, considerando que existe uma oferta menor do que a procura, porém devemos considerar que a estratégia do cuidado por meio das PICS é diferenciada das demais consultas, tendo em vista a necessidade de maior tempo que proporcione uma maior interação e aproximação entre o trabalhador de saúde e o usuário.

Para garantir ao usuário, com todo o seu conjunto de saberes e crenças, um atendimento por meio das PICS adequado às suas necessidades, dentro de uma concepção holística, Gonçalves *et al.* (2017) sugerem a ampliação do acesso como forma de responder às demandas e melhorar a qualidade dos serviços e o aumento do número de trabalhadores de saúde que ofertem PICS, o que permitirá a organização de uma agenda que responda aos interesses da coletividade sem exclusivismo.

As RS dos usuários sobre as dificuldades/limites referentes ao acesso ao tratamento através das PICS também se revelam na preocupação com a quantidade de pessoas na fila à espera do atendimento por um único profissional, somadas à falta de estrutura adequada, o que

são caracterizados como fatores limitantes, que os desestimulam a buscar o serviço ou dar continuidade ao tratamento já iniciado.

Considerando a falta de estrutura adequada ao atendimento por meio das PICS, Moura *et. al.* (2010) concluem que não devem ser valorizadas apenas a organização do trabalho e as relações interpessoais, mas, são também credores dessa valorização os componentes estruturais, intrinsecamente ligados à avaliação dos serviços de saúde, assim como à qualidade e ao cuidado dos processos de trabalho. Na mesma linha de pensamento seguem Ribeiro *et al.* (2015) ao apontarem que, ambientes adequados para a oferta dos serviços de saúde favorecem à acessibilidade, privacidade e humanização, além de ajudarem a fortalecer o vínculo entre usuários e trabalhadores de saúde.

As RS das usuárias que trabalham na SMS trazem o entendimento de que as suas horas de folga não seriam utilizadas para o tratamento através das PICS se estas fossem implantadas de forma laboral nas unidades de saúde, para serem um instrumento de promoção à saúde ocupacional do trabalhador, do seu autocuidado, tendo em vista que os níveis elevados de estresse gerados no ambiente de trabalho podem ser responsáveis pelo adoecimento de muitos trabalhadores, conforme o fragmento da fala a seguir:

É o trabalho..., [pois] tenho duas escalas de trabalho e [precisava] conciliar o tempo e o deslocamento, para (...) poder ter acesso [no dia de folga]. Se fosse implantado de forma laboral, para mim, como funcionária, já ia facilitar bastante. [Se] tivesse para os funcionários, aquele momento, aquele horário, para ter esse atendimento, expandir um pouco mais, na questão ocupacional, seria bastante produtivo (*Ametista*).

Os fatores limitantes de caráter socioeconômico, a distância do local de moradia até a unidade de saúde, o tempo gasto para a locomoção, os afazeres da vida doméstica, a atividade profissional (na área da saúde ou fora dela) requerem dos usuários o duplo esforço de chegar e aguardar o atendimento, ou de ter que esperar uma vaga, o que pode levar semanas ou meses. Todavia, a busca por novas terapias que promovam bem-estar, autocuidado e uma melhor qualidade de vida faz com que os usuários não desistam do tratamento:

É a lista de espera, que é muito grande. muita gente precisando. Eu mesmo indico as pessoas que eu conheço. (...) o ambiente aqui também não é climatizado, quando as pessoas me trazem uma queixa de alguma coisa, eu indico aqui. Agora, eu falo: - Você tem que ir lá! Mas, eu falo: - Você vai passar por uma consulta no posto para o seu médico te indicar. [Quando] chegar lá, você vai passar por uma lista de espera grande (*Citrino*).

A falta ou a escassez de informação também se revelam nas RS dos usuários como dificuldades/limites para terem acesso às PICS, podendo decorrer da falta de atenção ou compromisso dos trabalhadores que os recepcionam e caracterizar uma fragilidade no atendimento como um todo, já que um dos fundamentos das PICS é a promoção do diálogo, do

entendimento e acolhimento, que devem começar a partir da recepção dos usuários. Segundo Menéndez *et al.* (2015), devemos promover espaços que possibilite a capacidade e o entendimento de uma visão integradora e dinâmica do processo de cuidado através das PICS, o que promoverá o reconhecimento de uma terapia eficaz, entretanto, destacamos que essa visão integradora perpassa por todo um trabalho de equipe, a partir de quem recepciona.

Ainda existe muita desinformação a nível social. Infelizmente não há vagas no mercado para você fazer de maneira gratuita pelo SUS, na maioria das vezes, para você fazer essas práticas, você precisa pagar ou então encontrar lugares (*Perola*).

Marcar o médico de meu bairro e ele me dá o encaminhamento para o atendimento antes se ser atendido, [porque] tem que passar pelo médico primeiro para dar o diagnóstico do que a gente vai fazer (*Citrino*).

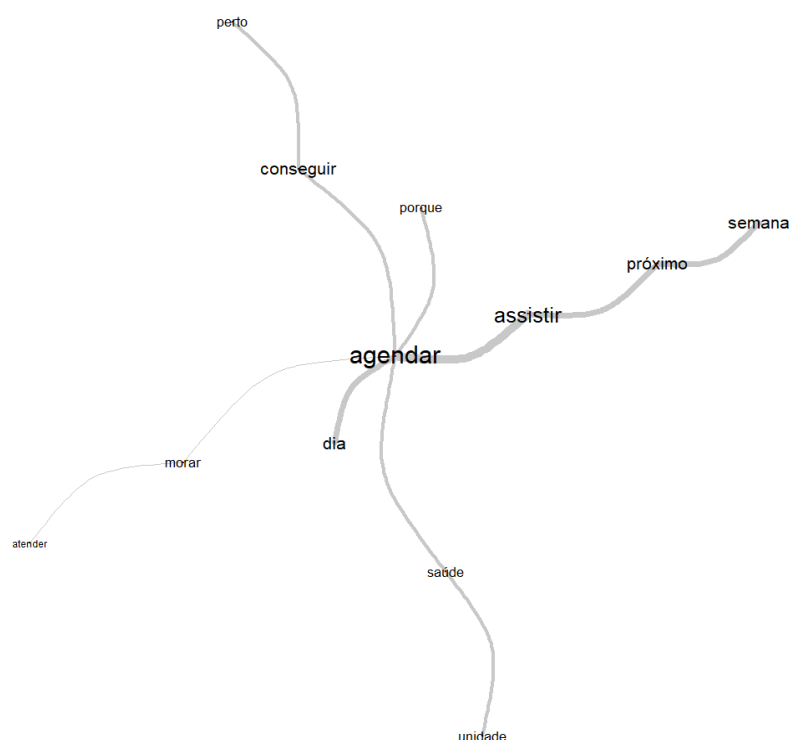
Outra dificuldade/limite para o acesso as PICS apreendida nas RS dos usuários tem relação com o poder biomédico, que estabeleceu como condição para início do tratamento através das PICS o encaminhamento de um médico, atribuindo a estas um papel de subalternidade em relação ao saber biomédico. Santos e Tesser (2012) concordam que há um quadro de disputa ideológica, onde as PICS se situam em um patamar de subordinação ou secundarização em relação ao saber biomédico.

Todavia, é importante compreender que existe um elo que une o saber biomédico às PICS e que se situa dentro de uma mesma cadeia chamada saúde, com objetivos comuns, porque suas ações devem incidir sobre e convergir para a saúde dos indivíduos, valendo-se da diversidade dos saberes e da forma do cuidado, de instrumentos e técnicas multifacetadas para o enfrentamento dos problemas, a prevenção de agravos e a recuperação da saúde (Junior, 2016; Martins, 2013).

5.4 Facilidades/possibilidades para o acesso do usuário ao tratamento através das PICS

Nesta categoria, procuramos identificar as facilidades para o acesso ao tratamento através das PICS sob a ótica dos usuários e compreender se existem possibilidades de melhoria em relação ao que já existe, através da análise de similitude e análise de conteúdo.

Figura 4 – Árvore de Similitude sobre facilidades/possibilidades para o acesso do usuário ao tratamento através das PICS.



Fonte: Dados da pesquisa após processamento pelo Iramuteq (2024).

Na análise de similitude sobre as facilidades/possibilidades para o acesso ao tratamento através das PICS na APS reveladas pelos usuários, identificamos a centralidade da palavra *agendar*, que aparece na árvore com maior frequência, interligada aos termos *assistir*, *conseguir*, *próximo* e *dia*. O agendamento para acessar as PICS se constitui, portanto, mediante a análise de similitude, o ponto central para o qual convergem ou dele se irradiam as demais palavras.

Na análise de conteúdo, identificamos as RS sobre as facilidades/possibilidades para o acesso ao tratamento através das PICS reveladas pelas usuárias, cujos fragmentos das falas apresentamos a seguir:

A possibilidade para mim é porque eu trabalho na unidade e se não trabalhasse não ia nem conhecer a acupuntura, porque muita gente não conhece acupuntura (*Esmeralda*).

A facilidade [é que] na minha unidade de saúde tem o profissional [que] faz as práticas integrativas (*Safira*).

A facilidade para frequentar sessões é que já fica agendado. A possibilidade é que eu faço todo o esforço para vir e trazer minha (*sic*) bebê, quando não tiver ninguém para olhar, porque consigo entrar na consulta com ela (*Rubi*).

É [que] a profissional [que atende] conseguiu me encaixar na agenda. A disponibilidade dela, a boa vontade de me atender por ver minha condição (*Ametista*).

Eu já saio [após a consulta] agendada, faço o tratamento e a [profissional] já agenda para o próximo dia (*Malaquita*).

Já fica agendado de uma semana para outra, eu venho mesmo antes do horário (*Quartzo*).

As RS reveladas pelas usuárias apresentam-se contraditórias quando comparadas entre si mesmas, o que significa existirem diferentes representações sobre o mesmo objeto, no entanto, consideramos aparentes tais contradições ao analisarmos o conteúdo das falas e as especificidades de cada uma delas. Quando tomamos o agendamento como exemplo, verificamos que a facilidade para agendar, em alguns casos, decorre de alguns fatores particulares: trabalhar na unidade onde realiza o tratamento ou ser colocado na condição de prioridade.

Trabalhar na unidade de saúde onde realiza o tratamento através das PICS revelou-se nas RS dos usuários como um fator de vantagem no agendamento e atendimento, pois, ser atendida sem a necessidade de deslocar-se a outro local configura um ganho adicional, porque o usuário evita o tempo gasto para deslocamentos, além de poder contar com um trabalhador de saúde com o qual poderá interagir diariamente, na busca de novos conhecimentos e novas possibilidades terapêuticas. Neste caso, o usuário se vale da sua condição de trabalhador de saúde da unidade onde realiza o tratamento para, como nos explica Moscovici (2003), de um modo particular, aproveitar a oportunidade de mudança que a sua condição lhe oferece ao entrar em contato com um novo conhecimento e obter algum tipo de ganho.

Essa forma de contato mais aproximado com o trabalhador de saúde que oferece o tratamento através das PICS desperta o interesse dos usuários, o qual cresce na medida que o conhecimento destes vai se ampliando. Neste sentido, Fontanella *et al.* (2007), apresentam em sua pesquisa dados importantes sobre como parte dos entrevistados não detinham conhecimento sobre as PICS, ao mesmo tempo que outra parte se dizia interessada em descobrir outras formas de cuidado e considerava a adesão a novos recursos terapêuticos como uma possibilidade viável.

As condições sociofamiliares também estão presentes nas RS dos usuários sobre facilidades/possibilidades como algo que pode impactar na busca ou continuidade do tratamento por meio das PICS, pois são identificadas como facilitadoras para acessar as PICS, como no caso em que a usuária, pelo fato de ter que levar a filha consigo para a unidade de saúde, tem a sua próxima sessão previamente marcada e isso provavelmente lhe permite programar-se adequadamente.

Muita facilidade, a médica não falta, incentivando as pessoas a retornarem e as pessoas que participam também não faltam (*Olho de Tigre*).

Questões circunstanciais também foram apontadas como facilidades para o acesso e tratamento, quando há do outro lado o compromisso e estímulo do profissional que cuida para com os usuários, no incentivo a comparecerem às sessões, revelando não só o que poderia ser considerada uma estratégia, mas, sobretudo, uma conduta profissional que promove através do olhar diferenciado, o cuidado para que a usuária mantenha-se fiel ao tratamento, promovendo assim à condição de corresponsável pela sua cura, criando a possibilidade de uma relação de confiança entre o sujeito do cuidado e aquele que cuida.

As RS dos usuários revelaram uma imagem de positividade quando os profissionais garantem um agendamento por encaixe porque a condição da pessoa sob tratamento inspira um cuidado adicional, a qual assume o compromisso consigo mesma de comparecer nos dias agendados. Essa preocupação e cuidado do trabalhador de saúde em relação aos usuários com maiores dificuldades para acessar as PICS demonstram que os locais onde as práticas são ofertadas funcionam também como espaços educativos que promovem a conscientização e desenvolvem o sentido do autocuidado.

Para Tossin *et al.* (2016) o conceito de autocuidado como a capacidade do indivíduo em olhar para si mesmo, identificar suas necessidades e promover ações para atendê-las, envolvendo os aspectos relacionados ao corpo, à mente, às emoções e aos sentimentos, intrínsecos a uma condição de vida saudável, é desenvolvido por meio das PICS.

Eu sempre entro em contato com a enfermeira quando eu não posso vir naquele dia, e isso é uma facilidade, a gente marca para um outro dia ou até mesmo um horário que seja mais viável para mim (*Talismã*).

Eu só tive facilidade. Começando pela [profissional de saúde], e aqui é só alegria, só felicidade (*Pedra da Lua*).

Alguém me indicou e fui bem recebida aqui, (...) e aí estou aqui, e todos me abraçaram (*Pedra do Sol*).

As RS apreendidas quanto às facilidades/possibilidades para realizar as PICS também estão associadas às relações de receptividade, respeito, cuidado e compromisso social dos trabalhadores de saúde para com os usuários, garantindo dessa forma um ambiente que produz valores e mudanças sociais. No campo das PICS, as RS podem exercer um papel articulador entre as vivências individuais e coletivas dos usuários e os saberes e a prática dos trabalhadores, auxiliando na mitigação de conflitos e ampliando a compreensão sobre os valores de cada uma das partes que permeiam a relação.

Nesse sentido, podemos afirmar que as ações terapêuticas através das PICS buscam desenvolver um vínculo e uma integração com o ambiente, pois, é possível perceber que as RS das usuárias estão carregadas de um sentimento de pertencimento ao espaço terapêutico, como consequência do acolhimento e da afetividade com que são recebidas e tratadas, revelando que

o cuidado à saúde se inicia na chegada dos usuários ao local de atendimento, ensejando a estes, desde esse momento, uma mudança de comportamento e uma participação ativa em todo o processo.

Passaremos agora às análises para compreensão das RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS. Buscamos identificar o que o conteúdo das falas e seus significados revelam por trás de cada palavra, quando esta expressa uma mensagem subentendida ou vem carregada de simbolismo.

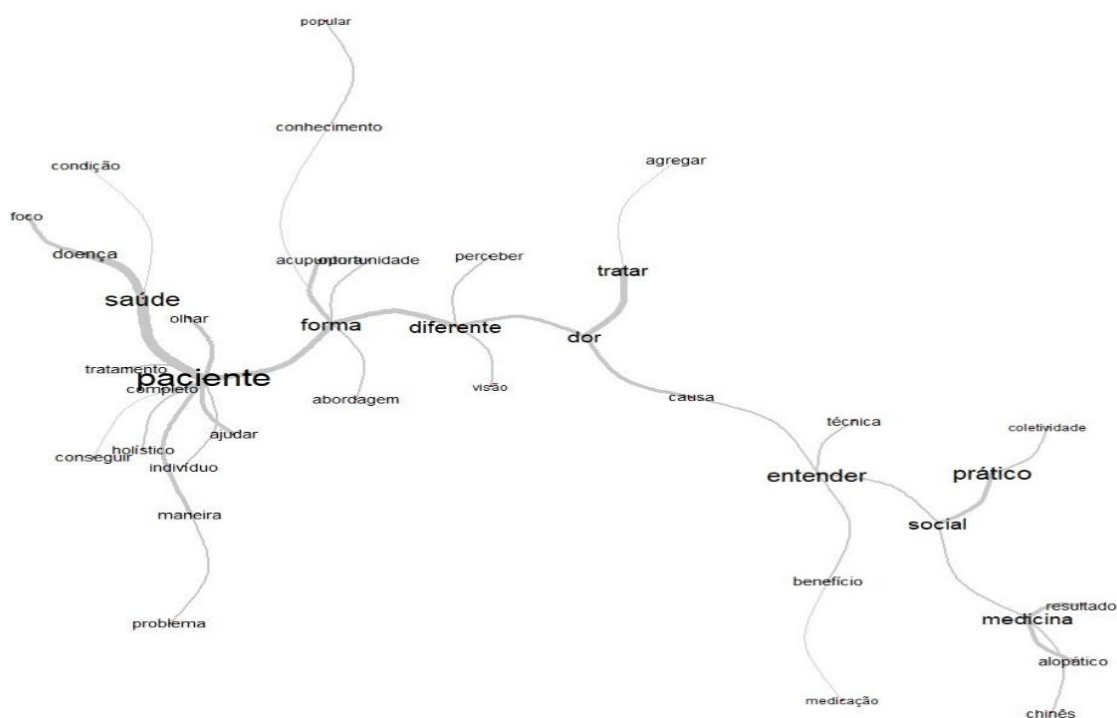
Os trabalhadores de saúde da APS apresentam semelhanças de natureza social, econômica, de formação instrucional e do modo como eles se relacionam com as PICS, o que favorece à interligação de pensamentos, crenças, conhecimentos e vivências que circulam e interagem dentro de um mesmo ambiente social ou institucional.

Através dos núcleos de sentido apreendidos, foram definidas as seguintes categorias: 1) representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre PICS; 2) estratégias utilizadas por trabalhadores de saúde para o desenvolvimento das PICS; 3) dificuldades/limites vivenciados por trabalhadores de saúde para a implantação das PICS; 4) facilidades/possibilidades reveladas por trabalhadores de saúde para realizar as PICS.

5.5 Representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre PICS

Nesta categoria, iremos analisar o que os trabalhadores de saúde da APS têm revelado sobre como compreendem PICS e o que elas produzem na vida dos usuários, bem como, o que representam para o aprimoramento do sistema de saúde, seja no âmbito de uma saúde preventiva, seja pelo efeito terapêutico incidente sobre o sofrimento físico, psicológico e emocional daqueles que buscam tratamento.

Figura 5 – Árvore de Similitude referente às representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre as PICS



Fonte: Dados da pesquisa após processamento pelo Iramuteq (2024)

Foram identificadas como elementos de um mesmo grupo, pela análise de similitude, a conectividade entre as palavras de *paciente*, *saúde*, *forma*, *diferente*, *dor* e *tratar*, mostradas na Figura 5.

O termo *paciente* e sua interconectividade com as demais palavras são sugestivas de uma mudança paradigmática que transfere o “ser humano paciente” da condição secundária que lhe foi atribuída pela biomedicina, centrada no corpo, na máquina e na técnica, e o coloca como o elemento central e mais importante do processo do cuidado, com todos os aspectos representativos que compõem a sua história de vida, seus sentimentos, suas emoções e experiências.

Estando o termo *paciente* no ponto de convergência, podemos identificar nele o objeto que importa considerar na relação saúde-doença e nas diferentes formas de *tratar* a *dor*. Essa interconectividade entre as palavras expressam a compreensão das PICS sob o olhar mais humanizado e menos mecanicista dos trabalhadores de saúde da APS.

As palavras *paciente*, *saúde*, *tratar* e *dor* poderiam sugerir conteúdo da formação acadêmica desses trabalhadores de saúde, entretanto, verificamos pelas ligações com os demais termos da árvore de similitude, a exemplo de *holístico*, *ajudar*, *olhar* e *agregar*, que elas

representam uma ressignificação através da abordagem terapêutica e da metodologia de tratamento oferecidas através das PICS, ou seja, uma *forma diferente* de cuidar.

Ao procedermos a análise de conteúdo, percebemos nas falas dos trabalhadores de saúde da APS uma mudança na forma de atuar e lidar com esse novo conhecimento, confrontando-o permanentemente com o que foi adquirido no período de formação. Essa relação dicotômica entre o saber acadêmico e a teoria da ciência médica, com seus protocolos e sua observância rigorosa aos métodos mecanicistas, e a realidade factual, carregada de experiências subjetivas, é enfatizada por Camargo-Junior (2003), o qual propõe uma atenção mais acurada para um conjunto de elementos psicossocioculturais, invisíveis ao olhar fragmentado, mas, presentes na unicidade do paciente.

Na árvore de similitude e na análise de conteúdo aparecem pontos de convergência observados nas linhas de conexão entre as palavras *entender*, *prático* e *social*, também identificadas nas falas dos trabalhadores de saúde, conforme o fragmento citado abaixo:

As PICS (...) atualmente dizem muito, porque inicialmente eu não compreendia o papel social das práticas, hoje eu entendo que elas estão inseridas dentro de um contexto de coletividade (*Begônia*).

Essa constante ressignificação da realidade a partir de novos conhecimentos e experiências acontece porque, como explica Jodelet (2001) as RS são um tipo de conhecimento que não se obtém por meio do método científico, mas, se constitui em um fenômeno social que pode ser estudado e decodificado, quando analisados os processos de comunicação e a forma de transmissão da linguagem, sendo esta a forma estruturada de manifestação do pensamento social.

Ribeiro (2017) assinala que é possível identificar e organizar as RS pelo princípio da similitude, observada a semelhança das falas e a proximidade com que os elementos se interconectam na maneira de representar as PICS. É o que observamos no recorte da fala que reporta que as PICS:

Representam uma maneira de acesso da população ao cuidado à saúde de uma maneira completa, porque você tira o foco da doença, do problema, do adoecimento e transfere esse foco de uma maneira mais holística, mais completa e trabalha esse paciente como um indivíduo integrado na sua realidade, tanto de saúde, quanto de doença (*Gerânio*).

A narrativa nos remete à ideia de que, nas RS reveladas pelos trabalhadores de saúde, desloca-se o foco do atendimento da doença para a saúde e revela uma sensível preocupação para além do adoecimento e uma perceptível satisfação de ofertar e oportunizar o acesso a uma prática que é considerada holística, social e integrativa. Associa também as PICS, a uma dimensão do cuidado que valoriza a população, pois as ações se propõem a integrar o usuário à sua realidade, demandando uma atitude na qual a escuta ativa se faz necessária.

Neste sentido, Diniz *et al.* (2022) sinalizam que as PICS tornaram possível a ampliação do cuidado integral pelos trabalhadores de saúde da APS, ao promoverem ações terapêuticas que conferem certo grau de autonomia ao usuário em favor de sua própria saúde, e reforçam o poder desta nova estratégia de cuidar. A seguir, apresentamos o que aponta para esta perspectiva:

Como paciente, praticando o *chi kung*, eu fui fazer um curso de *chi kung*, que é um exercício chinês, respiratório, uma prática integrativa e eu me apaixonei pelos resultados. Pelo efeito que ele fazia no meu corpo, no meu organismo, na minha mente, comecei a estudar a medicina chinesa e todas as suas técnicas e depois me aprofundei nessa área. Então, percebi que a medicina chinesa, as práticas integrativas têm uma mentalidade totalmente diferente da nossa visão ocidental de mundo e eu acabei me apaixonando pela visão oriental, (...) porque eu sempre pensei uma medicina que conseguisse integrar todas as coisas (*Cacto*).

Através desta narrativa, observamos que após a oportunidade de apropriação e aprimoramento do conhecimento acerca da medicina chinesa e de suas técnicas, e de poder agregá-las aos atendimentos, o trabalhador de saúde da APS sinaliza para uma satisfação produzida pela mudança na sua conduta profissional e no modo de olhar o usuário. Esta visão sobre o cuidar e a possibilidade de se criar vínculos com o outro o levou a um estado de realização pessoal, ao tomar consciência dos valores que estavam ocultos e que, quando revelados, foram capazes de ser ressignificados.

Esta RS do trabalhador de saúde da APS sobre as PICS tem forte influência na experiência vivida como usuário, pois, o fez perceber e compreender os seus benefícios e, a partir disto, procurar inserir no seu dia a dia, na sua prática clínica, de modo que outras pessoas pudessem igualmente se beneficiar. Estas, estão entremeadas de sentimentos e emoções, o que pode ser percebido pela repetição de palavras derivadas de paixão (apaixonei e apaixonando) e pela necessidade que sentiu em aprofundar-se no conhecimento da MTC.

Essa expressividade no comportamento desse trabalhador está conforme o pensamento de Servo *et al.* (2020), ao afirmarem que o homem é um ser emocional e, portanto, livre em suas emoções, fazendo delas uma parte significativa da sua realidade cotidiana. Para as autoras, seria impossível coexistir socialmente sem que as emoções tomassem parte das relações sociais, não obstante as normas éticas exercerem papel decisivo no controle emocional.

Neste sentido, a fala a seguir relata:

Comecei a perceber que modificou a forma de olhar o paciente porque tinha uma abordagem diferente, a que se olha o paciente de uma forma mais completa, mais holística (...). (...), as PICS me ajudaram a olhar o indivíduo com esse olhar mais atencioso, (...) hoje eu costumo ouvir mais, tentar entender mais a história daquele paciente, eu vejo benefícios que as PICS têm que antes eu desconhecia (...), achava que só a medicina alopática que tinha resultado (*Rosa*).

Esse fragmento de discurso revela que as RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS foram sendo construídas à medida que o conhecimento adquirido na prática diária a fez agregar valores e gerar novas condutas, o que favoreceu ao usuário por meio de um “olhar mais atencioso”, que não ficou limitado ao âmbito das práticas integrativas, mas, foi ampliado “até em outras consultas”.

Compreendemos que, para além das práticas integrativas, aumentou significativamente a habilidade de escuta ativa, ao considerar os usuários em suas dimensões física, psicológica e espiritual. Tal olhar pode se converter em ações de maior riqueza afetiva e proporcionar a promoção da saúde na perspectiva de um cuidado centrado no todo e não apenas na parte adoecida, ressignificando, assim, as suas práticas.

Ao mencionar que hoje ouve mais e busca entender a história de vida dos usuários, esse trabalhador revela um modo de cuidado em que ela assume o papel de dialogadora ou “escutadora”, sinalizando que a sua representação sobre as PICS foi sendo construída e reconstruída enquanto o seu entendimento e a sua conduta foram modificadas durante o processo do cuidar.

As experiências e práticas do dia a dia vivenciadas pelos trabalhadores de saúde da APS, através das PICS, são representadas na forma de comunicar o que foi se tornando um condicionamento, o entendimento sobre aquele saber específico, o que, para Moscovici (2003), pode ajudar a difundir o conhecimento científico no pensamento comum, naquilo que ele denominou de “reabilitação do senso comum”, presente na fala a seguir: “eu percebi que tinha essa possibilidade de trazer uma forma de tratamento diferente para os pacientes” (*Rosa*).

Devemos considerar que as RS reveladas pelos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS apresentam diferentes compreensões, de onde se podem extrair entendimentos e definições que são traduzidas em um pensar e um agir mediados pela sua história, sua origem, seus costumes e sua trajetória acadêmica.

Para Jodelet (2008), a apropriação de uma RS pode estar ligada a processos de natureza cognitiva, emocionais ou mesmo de uma experiência vivenciada pelo sujeito. No mesmo sentido, Jovchelovitch (2006, p. 56) assevera que “não há conhecimento que não projete a identidade e os projetos do sujeito do saber”, razão pela qual as RS trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS são reveladoras dos significados que os sujeitos atribuem à parcela do mundo com a qual está em contato, carregados de desejos, sentimentos, emoções e do conhecimento sobre o que lhe é familiar.

As RS apreendidas sobre as PICS sinalizam que são concebidas como técnicas complementares importantes para alcançar um lado oculto e às vezes negado pelo tratamento

convencional, onde *queixa* e *dor*, palavras referidas com frequência na árvore de similitude e presentes nas narrativas, são mais do que algo que têm sua gênese no corpo físico. É o que extraímos das falas a seguir:

As PICS são assim, uma possibilidade [de] ampliação do cuidado fora daquele formato médico, hospitalar, alopático, é essa possibilidade do cuidado que vai além dessa coisa mais formal (*Jasmim*).

Para complementar as ações de saúde eu não entendo as PICS enquanto substitutivas, [pois] elas vêm justamente como um papel complementar àquilo que o setor saúde não pode alcançar, vêm para agregar um valor muito importante para todos os usuários, (...) trazendo diversos benefícios, amenizando dores, tratando efeitos colaterais, proporcionando qualidade de vida. É assim que eu entendo as PICS, como ferramenta de complementação à assistência em saúde (*Begônia*).

Entendo que as práticas integrativas e complementares são um conjunto de técnicas de diversas origens, [que] vêm como ferramentas que podem agregar uma melhor qualidade de vida, um melhor equilíbrio (...). Muitas vezes, com a medicina tradicional, a gente não consegue contemplar os aspectos emocionais, energéticos, espirituais e culturais. Antes de eu trabalhar com as PICS, o paciente vinha e a gente não tinha o que ofertar para aliviar aquele sofrimento, aliviar aquela dor, e muitas vezes (...) a medicação que não iria resolver a questão dele (*Orapronobis*).

Apesar dos discursos dos trabalhadores de saúde da APS enfatizarem que as PICS representam uma forma complementar e uma possível ampliação do cuidado, é inegável que a biomedicina tem uma visibilidade e dimensão na sociedade atual que a torna hegemônica, e que podemos associar a um discurso que proporciona a cura de forma fácil e rápida, reduzindo o processo saúde-doença a estratégias de intervenção no corpo através de medicações e exames de última geração.

A racionalidade médica ocidental é traduzida pela ideia predominante de que as doenças são um objeto a ser investigado e conhecido, cujo sistema criado para se chegar ao diagnóstico está diretamente relacionado à enfermidade instalada no corpo do paciente, sua associação com comorbidades anteriores, à morfologia e à vitalidade, excluindo-se, desta forma, o indivíduo como um ser social e holístico (Camargo-Júnior, 2005).

A crítica ao modelo convencional, mecanicista e medicalizante, com todas as especialidades, com tecnologias avançadas e processos cada vez mais digitalizados, não diz respeito à eficácia, universalmente reconhecida e festejada, porém, a uma relação burocrática, formalista e distanciada do trabalhador de saúde e do usuário, quase sempre contado como um número nas estatísticas governamentais, afastando-se, assim, a possibilidade de um olhar sensível e individualizado daquele que cuida na direção de quem é cuidado.

A possibilidade de agregar ao tratamento “uma melhor qualidade de vida” ao usuário está ligada ao fato de que as PICS contemplam aspectos outros não alcançados pela medicina convencional. As RS revelam uma certa angústia de um trabalhador de saúde da APS ao referir-se ao período em que não trabalhava com as PICS, ao dizer que “o paciente vinha e

a gente não tinha o que ofertar para aliviar aquele sofrimento, aliviar aquela dor” (*Orapronobis*). As expressões “aliviar aquele sofrimento” e “aliviar aquela dor” demonstram a sua sensibilidade e sentimento de impotência diante da dor dos usuários, por não dispor de “ferramentas” que agregassem ao tratamento convencional algum tipo de alívio a um sofrimento que não era só físico, mas também psicossocial e emocional.

Estas RS chamam a atenção para o sofrimento íntimo que os usuários trazem consigo e que “o setor de saúde não pode alcançar”, justamente porque a abordagem da medicina mecanicista e medicalizante não contempla o indivíduo na sua integralidade, mas, apenas uma parte dele (o corpo), que não é, necessariamente, onde a origem da enfermidade está radicada. As PICS não tem papel substitutivo, mas complementar, já que, por sua especificidade, trazem na essência uma forma historicamente mais humanizada de abordar o usuário, o que pode impactar no processo do cuidado e na melhoria da sua qualidade de vida, sem, no entanto, negar ou diminuir a importância e a eficácia do tratamento convencional.

As RS dos trabalhadores de saúde da APS revelam as PICS como possibilidade de ampliação do cuidado, fora dos padrões formalistas e protocolares da medicina hospitalar, convencional, não se tratando, portanto, da simples substituição de um modelo pelo outro, mas de um olhar para além do físico e do mental, que alcança também as esferas do social e do espiritual.

Afirmações como a de Beck e Lash (2012), de que na modernidade médica o processo da cura só ocorre pelo poder da ciência, e que, portanto, não há espaço de diálogo entre a medicina hospitalar e popular, justificam uma subalternidade entre as duas medicinas e acabam por afastar e desqualificar os demais saberes e separar os corpos físico, psíquico e espiritual.

Em outro sentido, Carvalho e Nóbrega (2017) e Fogaça (2018) defendem a ideia de que as PICS favorecem a uma atenção integral à saúde por valorizarem a escuta acolhedora e desenvolverem o vínculo terapêutico, por promoverem o autocuidado e o autoconhecimento, além de estimularem aspectos vitais da existência, tais como a integração do ser humano com o meio ambiente, a cultura e a sociedade e o aprimoramento da comunicação e convivência em comunidade.

Neste sentido, erigir o paradigma corresponde ao que Ribeiro e Servo (2018) consideram um permanente mecanismo de integração entre os conhecimentos preexistente e novo, entre aquilo que é familiar e o estranho para dar sentido ao objeto a ser incorporado, e que, no caso das PICS, ocorre à medida que os trabalhadores de saúde da APS, ao se

aproximarem de algo não-familiar, procuram dar sentido e coerência a esse “corpo estranho”, abrindo possibilidades para reflexões e mudanças na produção do cuidado.

Assim, conforme assevera Geertz (2018), as experiências adquiridas pelos trabalhadores de saúde da APS, enquanto fazem a ancoragem de um conhecimento preexistente ao “novo” é que vão progressivamente dando sentido ao objeto, ao mesmo tempo que essas mesmas experiências serão percebidas, assimiladas, compartilhadas e representadas através dos mesmos símbolos, por todos os indivíduos que fazem parte daquele contexto.

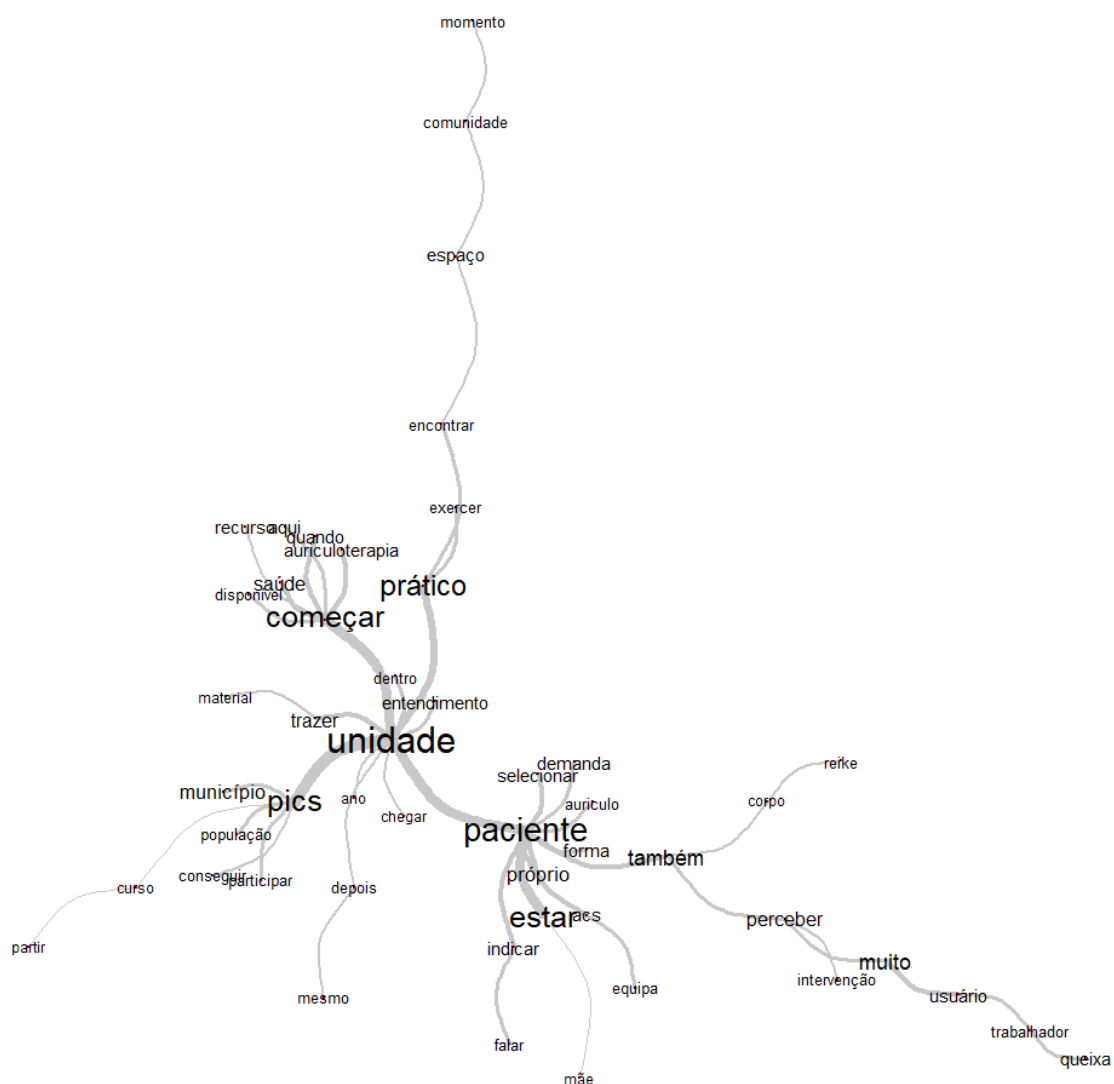
O paradigma de uma saúde complementar através das PICS que envolvem um novo tipo de relação entre quem cuida e quem é cuidado e um remodelamento dos espaços interacionais, aponta para a humanização do atendimento e pode se configurar em um avanço ao promover o sujeito à condição de corresponsável e coautor do processo do cuidado.

5.6 Estratégias utilizadas por trabalhadores de saúde para o desenvolvimento das PICS

Nesta categoria, em que serão analisadas as estratégias utilizadas por trabalhadores de saúde para desenvolver as PICS no âmbito da APS de Camaçari-BA, buscaremos identificar de que maneira os desafios para implantar e manter em funcionamento um atendimento qualificado, capaz de levar confiança e estímulo para os que procuram esses serviços, têm sido vivenciados diariamente.

Nessa perspectiva, conhecer as ideias que os trabalhadores de saúde da APS trazem a partir das experiências acumuladas no campo empírico, que possam contribuir para a inserção de novas práticas e o crescimento da oferta mediante a implantação dos serviços em novas unidades da APS.

Figura 6 – Árvore de Similitude das estratégias utilizadas por trabalhadores de saúde para o desenvolvimento das PICS



Fonte: Dados da pesquisa após processamento pelo Iramuteq (2024)

A árvore de similitude apresenta interconectividade entre as palavras *unidade*, *paciente*, *PICS*, *prático* e *começar*, na qual a primeira pode representar o espaço físico onde os usuários buscam tratamento através das PICS.

As palavras *unidade* e *paciente*, que aparecem na árvore de similitude como pontos de interligados, sugerem a união entre o concreto e o humano, todavia, é este último que se constitui no ponto de convergência para o qual as estratégias foram formuladas e as PICS desenvolvidas, sugerindo que o paciente/usuário é o elemento mais importante no ato do cuidado.

As palavras *prático* e *começar* podem sinalizar para questões afetas à comunicação com os usuários e ao atendimento que é prestado pelos trabalhadores de saúde, enquanto o termo

começar sugere as necessidades inerentes aos recursos que devem ser disponibilizados pela gestão para a implementação das PICS na APS.

Na análise de conteúdo, as RS apreendidas através dos relatos mostram que as estratégias para desenvolver as PICS nas unidades da APS devem-se, inicialmente, à vontade do trabalhador, por possuírem algum tipo de formação na área das práticas integrativas, e depois, ao interesse da comunidade atendida, evidenciando um vínculo de solidariedade e reciprocidade que vai sendo tecido desde a fase preparatória do processo, como, por exemplo, a busca de um espaço adequado, até o início do atendimento.

Em 2019, o município de Camaçari-BA realizou uma qualificação para os trabalhadores de saúde por meio da oferta de um curso de auriculoterapia, tendo recebido a adesão daqueles interessados em aprender uma nova técnica. Após o término do curso, os trabalhadores de saúde habilitados, passaram a oferecer o atendimento, inicialmente para os profissionais lotados nas unidades de APS, e, logo depois, aos usuários, conforme relato:

Passei por um curso que foi ofertado aqui, no município [onde] trabalho e, a partir daí, eu com as outras colegas, começamos a pensar como fazer essas intervenções. Então, começamos fazendo em algumas unidades de saúde com os trabalhadores; depois, fomos levando isso para os usuários (*Margarida*).

Os fragmentos das falas que apresentamos a seguir traduzem as estratégias utilizadas e dão visibilidade à vontade do trabalhador, muitas vezes dispondo dos próprios recursos, aliada ao interesse da comunidade.

Eu comecei com auriculoterapia e com o meu material (...), que eu comprava na pós-graduação, atendendo os pacientes que chegavam (...) com uma queixa, e [também] apresentei aos profissionais da unidade a ferramenta, a auriculoterapia. Então, comecei a fazer com os profissionais, eles começaram a ver resultados e a falar com os pacientes. (...) é mostrar para o paciente, apresentar a técnica [auriculoterapia], explicar sobre a técnica, como é feita, deixar o paciente à vontade para escolher e assim oferecer (*Rosa*).

[Quando] Eu cheguei nessa unidade, já tinha experiência de mais de cinco anos na área de medicina chinesa e práticas integrativas. [Então] eu vi a possibilidade de trabalhar com as práticas, e eu comecei a introduzir através da auriculoterapia e a ventosaterapia, que estavam disponíveis para mim [naquele] momento” (*Cacto*).

A auriculoterapia faz parte da MTC e pode ser usada em tratamentos diversos, como na redução da ansiedade, na cessação do tabagismo e principalmente para o alívio das dores crônicas, problemas muito comuns encontrados em usuários de comunidades atendidas na APS.

A ventosaterapia é uma prática que promove o relaxamento do corpo físico e da mente, por meio da sucção que produz estímulos à corrente sanguínea e libera suas toxinas, podendo ser combinada a outras técnicas presentes na MTC. Ela é indicada para o tratamento de distúrbios reumatológicos, neurológicos, vasculares e dermatológicos, também no pós-operatório e em tratamentos estéticos (*Amaro et al.*, 2015).

A técnica do *Lian Gong* 18 terapias, é composta de práticas corporais cujo objetivo é trabalhar toda a parte motora, por isso que alia conhecimentos da MTC com as artes marciais (Silva *et al.*, 2013), com o fim de transformar o corpo físico em um corpo saudável, reduzindo as dores e seus efeitos e melhorando a qualidade de vida (Rodrigues *et al.*, 2015).

Eu comecei a realizar a prática na minha unidade de saúde, porém para implementar (...) foi um pouco complicado porque a gente não tinha um equipamento de saúde, um local específico. Hoje, eu encontrei, graças à própria comunidade da região, que nos cedeu um espaço (*Begônia*).

Eu tentei exercer a prática dentro da minha própria unidade, porém (...) eu encontrei alguns empecilhos, porque eu estando na unidade, então muitas vezes eu sou requisitada para verificar alguma situação (...) e então isso aí se torna um entrave para o exercício da prática. Acabamos encontrando um espaço na comunidade, [então] eu fico tranquila especificamente para exercer a prática naquele momento. Atualmente é um pouquinho difícil, porque o tempo é muito curto. Hoje eu tenho um turno, esse turno não é completo, eu tenho duas horas somente para exercer a prática (*Begônia*).

A fala do trabalhador de saúde menciona que a falta do equipamento de saúde adequado, um local específico considerado estratégico para o desenvolvimento das PICS na APS, só foi suprida graças ao empenho da comunidade, pois, não existia naquele contexto. Por local específico para o desenvolvimento da técnica do *Lian Gong* 18 terapias, entende-se um espaço aberto, livre de circulação e silencioso, em que o trabalhador da APS busca ensinar os movimentos e praticá-los com o grupo de usuários sem que haja interferência, por isso a dificuldade mencionada em realizar na unidade.

As reuniões agendadas pelas equipes da ESF, se constituíram ações estratégicas para a implementação/desenvolvimento das PICS, através da apresentação do tratamento complementar às mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), com o fim de sensibilizá-las quanto aos benefícios que poderiam ser gerados a partir dessa decisão, conforme os fragmentos das falas a seguir:

[pensei] em ofertá-las, a princípio, para as mães que têm crianças autistas, (...) numa tentativa de oferecer um cuidado mais integral para essas mães. (...) O movimento que fiz foi divulgar isso com os ACS nas reuniões de equipe, (...) para que a gente pudesse captar esses pacientes. Escolhi para trabalhar [com as mães] a prática do *reiki*, por já ter uma formação nessa técnica, [pois] considero uma técnica bem completa, que trabalha também os corpos. (...) o *reiki* (...) trabalha no nível mental, espiritual, tem relação também um pouco com o relaxamento e a gente percebe o quanto essas mães são sobrecarregadas. (...) Nas reuniões de equipe, as poucas mães poderiam ser multiplicadoras, [fazendo com] que outras mães [pudessem] acessar, inclusive, uma delas faz parte da associação de moradores e poderia ser multiplicadora (*Jasmim*).

Nessas representações apreendidas, percebe-se a preocupação quanto ao desenvolvimento e à criação de estratégias para a inserção das PICS na APS, orientando o olhar para um grupo específico – mães de crianças com TEA – que poderia ser beneficiado com uso do *reiki*, uma técnica de reequilíbrio energético mundialmente difundida, cujo objetivo é

promover a harmonização entre o bem-estar corporal, mental, emocional e espiritual (Ferrer, 2015).

As mães de crianças com TEA são mulheres em geral com uma sobrecarga emocional intensa, que poderiam experimentar um alívio terapêutico com o realinhamento dos chacras e uma melhor distribuição da bioenergia através da circulação sanguínea. A TEA se constitui “um grupo de distúrbios do desenvolvimento cerebral, caracterizado por apresentar dificuldade na comunicação social, comportamentos atípicos e repetitivos” (Candido & Araóz, 2019, p. 245).

Estudo realizado por Babenko (2003) demonstrou que a incorporação do *reiki* aos serviços de saúde muito se deve à rede de relações interpessoais que acaba se tornando um meio difusor da prática. Demir *et al.* (2013), ao estudarem os efeitos do *reiki* em pacientes oncológicos, concluiu que o uso da bioenergia promove o relaxamento e o bem-estar, reduz o estresse, propicia o despertar da consciência e pode influenciar tanto quem é cuidado, quanto o seu cuidador.

A participação de usuários, agentes comunitários e outros trabalhadores no processo de implementação/desenvolvimento das PICS na APS de Camaçari-BA serve como agente catalisador de RS, individuais ou grupais, que vão sendo compartilhadas em uma coletividade movida por um interesse comum em torno do mesmo objeto, numa dinâmica de relações interpessoais construídas no cotidiano, que produzem um intercâmbio do conhecimento a partir de mensagens verbais, simbólicas e comportamentais (Castorina, 2013).

O fortalecimento do vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários concorre para a expansão das PICS na APS e ressignificam o atendimento, primeiro, porque oportuniza ao paciente conhecer a técnica antes de escolhê-la e, segundo, porque ao adotar tal conduta, o trabalhador que vai aplicá-la personaliza as ações do cuidado, devolvendo àquele que busca alívio para as suas dores a sua autonomia e autoestima.

As RS dos trabalhadores sinalizam ações utilizadas para o desenvolvimento das estratégias para as PICS na APS, representam um modelo de cuidar que considera o sujeito do cuidado como um ser ativo, diferente na sua singularidade e igual em dignidade, valor e direitos, dentre os quais o de exercer sua liberdade e autonomia e o de reconhecer-se como alguém que é parte do processo e carrega um sentimento de pertença ao espaço coletivo que lhe é oferecido.

Outra ação estratégica adotada para o desenvolvimento/implantação das PICS foi caracterizada por atendimentos que foram primeiramente ofertados aos trabalhadores das unidades de saúde, como podemos ver do recorte da fala, a seguir:

Começamos fazendo em algumas unidades de saúde com os trabalhadores, depois fomos levando isso para os usuários (...). Percebemos que os trabalhadores traziam questões muito fortes de adoecimento, de sofrimento, enfim, de queixas, e a gente percebeu também poderia expandir isso para os usuários, mas sem deixar também de fazer a intervenção com os trabalhadores (*Margarida*).

As RS apreendidas e citadas no fragmento da entrevista acima revelam que o trabalhador de saúde da APS, percebeu que poderia utilizar as PICS para amenizar o sofrimento dos trabalhadores das unidades de saúde e promover uma melhora na qualidade de vida desses profissionais. Em seguida expandiram o atendimento através das PICS também para os usuários, buscando diminuir o sofrimento e reduzir as queixas dos usuários e trabalhadores das unidades.

As PICS, na perspectiva dos trabalhadores de saúde da APS, possuem uma metodologia de atendimento que mais os aproxima dos usuários, pois, seus métodos de abordagem estão pautados numa visão integral e humanística, na qual a autonomia da pessoa é respeitada. Esse modo de entender o adoecimento, a partir do ser humano e não da própria doença, ocorre, de acordo com Ferreira *et al.* (2014), porque cada usuário que busca atendimento o percebe de diferentes formas, considerando as variáveis dos fatores desencadeantes do seu sofrimento psicológico ou de sua dor física.

As ações estratégicas para o atendimento, que dependem dos trabalhadores de saúde da APS, encontram barreiras quase sempre erguidas pela falta de espaço adequado e recursos disponibilizados pela gestão, como podemos depreender da fala abaixo:

A partir do que a gente tinha e tem, a principal questão é ver os recursos e os espaços, de equipamento, de pessoal, de recursos humanos e fazer o possível a partir do que você já tem. Depois, você começa a fazer contatos com outros profissionais da rede, pessoas que trabalham em outras unidades que já fazem as mesmas práticas e você muitas vezes consegue ter acesso a novos recursos, às vezes de local, às vezes insumo (*Orapronobis*).

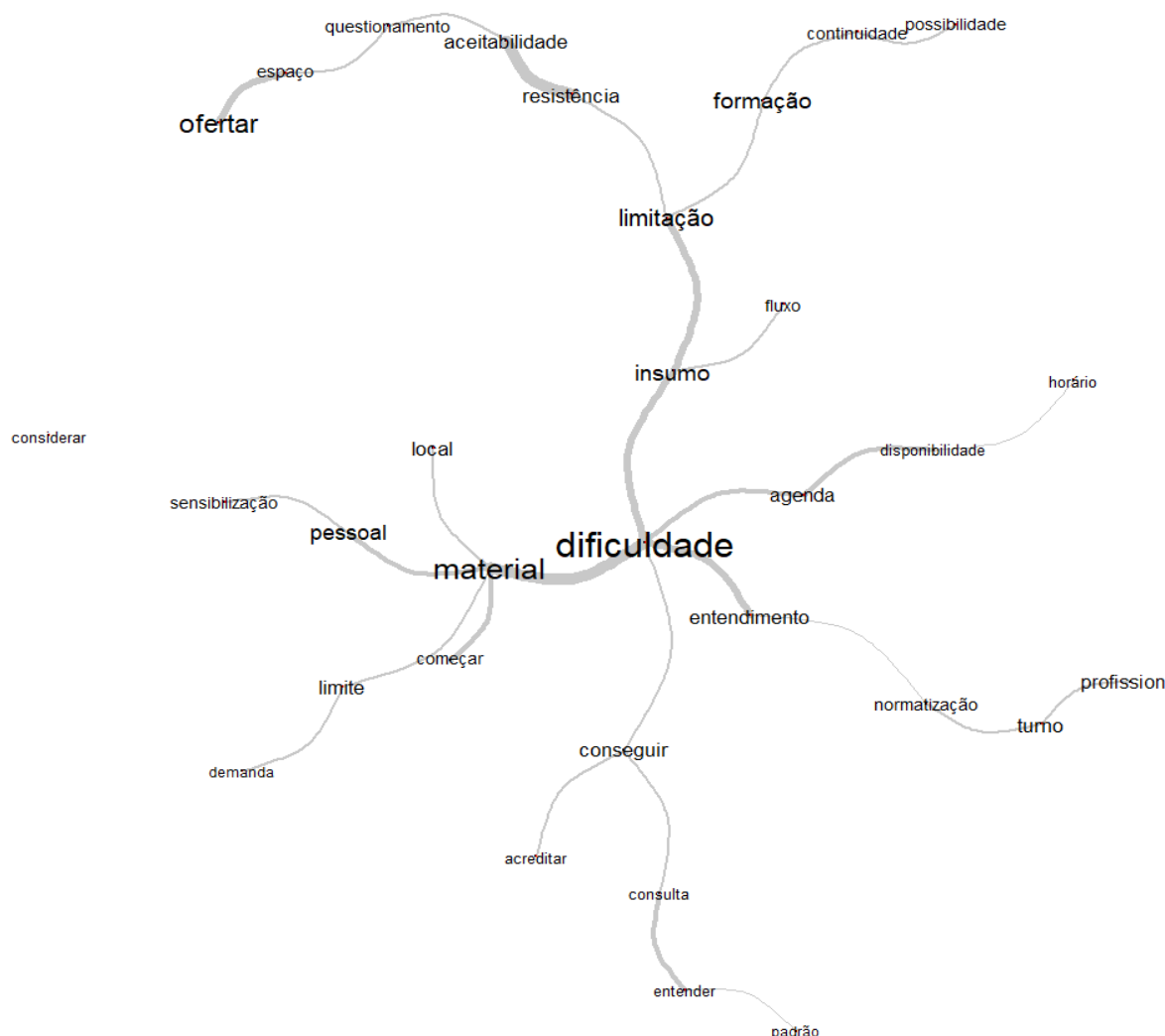
Neste caso, a obtenção das condições necessárias para a realização dos atendimentos através das PICS deveu-se à habilidade do trabalhador de saúde em estabelecer uma comunicação dentro de uma rede de contatos que tornou possível iniciar o trabalho.

As RS reveladas para o desenvolvimento/implantação das PICS nas unidades de saúde da APS têm na vontade e no esforço despendidos pelo trabalhador de saúde o seu elemento mais importante, já que não existe um plano estratégico a ser executado conjuntamente, mas, ações isoladas que vão sendo executadas por iniciativa de cada unidade, sem atender a uma coordenação central.

5.7 Dificuldades/limites vivenciados por trabalhadores de saúde para a implantação das PICS

Esta categoria revela situações vivenciadas pelos trabalhadores de saúde sobre as dificuldades e os limites enfrentados para implantar as PICS nas unidades de saúde que estão atuando e o que está sendo feito para superar os desafios diários e contornar as barreiras institucionais, no sentido de implantar e manter em funcionamento os serviços de atendimento através das PICS na APS de Camaçari-BA.

Figura 7 – Árvore de Similitude sobre dificuldades/limites vivenciados por trabalhadores de saúde para a implantação das PICS



Fonte: Dados da pesquisa após processamento pelo Iramuteq (2024).

Ao analisarmos a árvore de similitude sobre as dificuldades/limites dos trabalhadores de saúde para a implantação das PICS na APS de Camaçari-BA, mostrada na Figura 7, identificamos o termo *dificuldade* como um elemento central que apresenta forte

conexão com os termos *material*, *insumo*, *limitação*, *entendimento* e *resistência*, destacados pela espessura dos grafos.

Sob um olhar percuciente, verificamos que a coocorrência dessas palavras demonstram os desafios e limites referentes ao sistema dentro do qual os trabalhadores de saúde da APS operam. Neste sentido, os termos *dificuldade*, *material* e *insumo* aparecem como possíveis desafios frente às barreiras organizacionais e estruturais, associadas à falta de planejamento na aquisição dos insumos para a manutenção dos atendimentos pelas PICS.

Quanto aos termos *limitação*, *entendimento* e *resistência*, podemos associá-los ao formalismo, à racionalidade, ao preconceito, à intolerância e à formação insuficiente para atuar no campo das PICS. Constituindo-se as PICS um conhecimento relativamente novo, a resistência para a sua inserção no sistema municipal de saúde provém do desconhecimento e do preconceito.

A falta de *entendimento* da gestão sobre a sistemática de atendimento por meio das PICS pode ser associada à *dificuldade* para a implantação das PICS na APS de Camaçari-BA, por se constituir em barreira cultural, considerando que o sistema de saúde foi construído dentro de uma cultura baseada no formalismo e na racionalidade médica, predominante até os dias atuais.

Na análise de similitude, a ligação entre os termos *limitação* e *resistência* podem significar não somente uma dificuldade criada pela gestão, mas, sobretudo, por outros trabalhadores de saúde vinculados a uma cultura baseada em valores e princípios diferentes dos que fundamentam as PICS.

Ao analisarmos o conteúdo dos discursos apresentados pelos trabalhadores de saúde sobre as dificuldades/limites para a implantação das PICS na APS de Camaçari-BA, verificamos que as RS reveladas convergem para o que mostra a análise de similitude, no que diz respeito à resistência dos colegas e ao consequente enfrentamento quando do exercício da atividade através das PICS, como podemos ver no recorte de uma das falas:

Aceitabilidade e resistência à execução da prática dentro da unidade. Então, essa para mim é ainda mais difícil de enfrentar e de superar. É a dificuldade de lidar com a resistência de alguns membros da equipe. Nem todos são receptivos às práticas; se o colega teve uma experiência pessoal com a prática, por ter recebido algum tipo de ajuda prévia, é possível que ele tenha um pouco mais de aceitabilidade, mas isso também não é nenhuma garantia. A gente escuta no dia a dia coisas como: - Quando você vai voltar a atender? - Por que você não faz isso fora daqui? (*Orapronobis*).

Neste sentido, as RS reveladas reforçam a importância de enfatizar que os conceitos circulantes ainda são predominantemente academicistas, centrados na hegemonia da ciência e potencializados por uma vaidade intelectual que impede qualquer tentativa de mudança, fazem

com que indivíduos e grupos mantenham, como afirma Jodelet (2018, p. 430), seu “mundo de vida”, impenetrável aos novos saberes que não estejam alinhados à sua visão de mundo.

Por essa razão, a formação cartesiana é identificada nas RS como um dos elementos que dificultam/limitam a implantação das PICS na APS. Estas podem estar associadas à imagem de um rigoroso formalismo e um racionalismo em excesso, que acabam por estabelecer diferentes graus de tolerância por parte dos colegas. Compreendemos que a formação cartesiana se refere ao saber biomédico, que distingue usuários por seus aspectos patológicos, diagnósticos e riscos, em contraposição a um saber holístico. Os diferentes graus de tolerância sinalizam para a uma resistência dentro das próprias unidades a seguir, como mostra o recorte da fala abaixo:

A formação (...) cartesiana nos conduz a um pensamento materialista de enxergar o indivíduo apenas como sinais e sintomas [então] eu não percebo no sistema essa sensibilização para que se tenha um olhar que vá além dos sinais e sintomas materiais. Muitas vezes isso depende da experiência pessoal de cada um, de ser sensibilizado, de ter alguma afinidade pelo tema. (...) A formação e a falta de estímulo no serviço seriam as primeiras limitações (...) não só [temos] uma formação cartesiana, mas todos os colegas da equipe de saúde também passam pela mesma formação, então, vamos enfrentar diferentes graus de tolerância, aceitabilidade e resistência à execução da prática dentro da unidade. Há dificuldade de lidar com a resistência de alguns membros da equipe [pois] nem todos são receptivos às práticas integrativas (*Orapronobis*).

Ao estudarem as racionalidades médicas e a integralidade, Tesser e Luz (2008) definem a biomedicina como um modelo pautado na ciência que unifica e simplifica valores como o social, político e psicológico, cuja unidade fundamental é o doente, denominaram de controle a sua intervenção sobre os sintomas, as doenças e seus riscos, numa ação propiciadora da prevenção ou da cura. Todavia, esse modelo exclusivista e hegemônico, conquanto venha conquistando ao longo de sua existência resultados expressivos, também vem opondo resistência à inserção de qualquer outro modelo que não lhe esteja subordinado.

Ferreira (2019), ao pesquisar sobre o uso das PICS na ESF de um município de médio porte do Rio Grande do Norte/ Brasil, identificou as mesmas dificuldades apontadas por este estudo no que se refere à resistência de profissionais atuantes na área da biomedicina, mormente por falta de conhecimento a respeito das PICS e seus efeitos comprovadamente benéficos à saúde física, psicológica, espiritual e social.

Neste sentido, o caminho apontado por Carvalho e Nóbrega (2017) de uma educação permanente, que a PNPIC tem como uma de suas diretrizes fundamentais, parece-nos uma peça-chave para a consolidação, o fortalecimento, a viabilidade e a efetivação das PICS na APS, considerando que a formação e qualificação dos profissionais, dentro e fora do âmbito da atenção básica, contribuirá para a construção do diálogo e da conciliação entre o modelo biomédico e as práticas complementares.

A resistência dos colegas da própria unidade de saúde e a falta de sensibilização que aparecem nas narrativas, se constituem em fatores dificultadores e limitadores do processo de implantação das PICS na APS. Mesmo com o reconhecimento pela gestão, de que as políticas públicas e as normas regulamentadoras são importantes fontes de legitimidade para o desenvolvimento das PICS, os trabalhadores de saúde da APS, que atuam promovendo ações e cuidados através delas ainda enfrentam a desconfiança e a falta de aceitabilidade dentro do próprio ambiente de trabalho.

A falta de sensibilização e, por consequência, de aceitabilidade tende a gerar relações conflitivas, porque, de acordo com Tesser (2020), na dimensão conceitual onde se situa o problema da saúde ou da doença, a medicalização é atribuída à biomedicina, a primeira e mais poderosa profissão na esfera da promoção à saúde, o que faz criar uma relação de dependência do usuário com o profissional médico.

Essa dificuldade para validação dos resultados apresentados pelas PICS ao longo do período de sua inserção no sistema de saúde pública, é decorrente do que afirma Gale (2014) ao apontar dificuldades intrínsecas ao modelo de produção de evidências utilizado pelas sociedades acadêmicas de ciência no campo da medicina ocidental contemporânea, baseado em noções de verdade que excluem os aspectos psicossociais, afetivos e emocionais. Para a autora, o mito do conhecimento científico favorece o domínio da biomedicina, o que ela percebe como uma estratégia de controle.

As RS sobre as dificuldades/limites para a implantação das PICS na APS de Camaçari-BA, construídas na perspectiva da falta de entendimento da gestão, revelam que os trabalhadores de saúde promoveram uma mudança no seu cotidiano, para a qual foram necessárias adaptações de horários e espaços, a fim de manter a identidade das PICS na assistência aos usuários. Além disto, os trabalhadores de saúde associam as PICS à redução dos custos e à necessidade de hospitalização, como mostra o fragmento de fala a seguir:

Um pouco de entendimento da gestão com relação a esse tipo de atendimento, porque é um atendimento de saúde que visa a reduzir a entrada em hospitais, em emergência. Tem (ainda) a redução de custos diretos e indiretos. O atendimento básico, de dez a quinze minutos, não comporta (*Gerânio*).

As RS dos trabalhadores de saúde da APS, revelam também como dificuldades/limites para a implementação e desenvolvimento das PICS que há falha no processo de aquisição de materiais e insumos para atender à demanda com atendimentos por meio das PICS conforme observado nos fragmentos das falas seguintes:

Há dificuldade com a questão do material [que], por mais que a gente solicite, algumas vezes [ficamos] um período sem ter. Em alguns momentos, a gente acaba usando o nosso [material] pessoal, para não deixar os usuários sem atendimento (*Margarida*).

Primeiramente as dificuldades. Basicamente é de material o entendimento de que o consumo de certos materiais, como moxa, como as agulhas, eles precisam estar numa compra constante, porque faz parte do tratamento (*Gerânio*).

A primeira questão da estrutura a unidade é uma unidade pequena, então, assim, quando eu faço alguma prática, eu não posso fazer atender outras demandas, porque é a mesma sala. então, assim, tem a questão da estrutura, tem a questão dos materiais (...) então está em falta de alguns materiais ainda, então isso é um limite (*Rosa*).

A maior dificuldade era questão de material. são, o entrave maior é a disponibilidade. tanto que eu comecei o atendimento comprando os materiais (*Cacto*).

Por detrás da falta de material ou insumo e da descontinuidade na sua aquisição, podemos inferir que há pelo menos três fatores que podem ser determinantes para que isto ocorra: a falta de uma política municipal para a implantação/implementação das PICS no sistema de saúde local; a falta de financiamento para fazer funcionar continuamente o atendimento já existente, o que pode decorrer de uma imprevisibilidade no plano orçamentário anual, pois não existe uma política municipal, e falha no controle de estoque e consumo.

O problema do financiamento para fazer funcionar adequadamente o atendimento por meio das PICS foi estudado por Carvalho e Nóbrega (2016) no Estado de São Paulo, tendo os próprios gestores qualificado o financiamento de insuficiente. Dois anos depois, o MS admitiu não existir uma adesão espontânea ou recursos exclusivos para a implantação da política nacional das PICS, e que suas diretrizes gerais estão pautadas na responsabilidade dos municípios em inseri-las, elaborar as normas técnicas, definir quais serão as práticas ofertadas, realizar a contratação, a qualificação e a capacitação dos profissionais de saúde, tudo isso com os recursos destinados ao financiamento da APS (Brasil, 2018).

Compreendemos, em outro ponto da análise de conteúdo, que as RS também revelaram as mudanças de comportamento dos trabalhadores de saúde quando colocam o valor e as necessidades do ser humano acima de suas funções institucionais, como na fala abaixo:

Eu tenho uma peculiaridade por ser gerente de uma unidade, isso as vezes me limita um pouco, no sentido de outras demandas, por mais que eu coloque dia e horário para atender. É um fator limitante no sentido de que venham as demandas espontâneas e isso as vezes me atrapalha um pouco. Eu acho que isso seria o principal limite. [Outro limite é] o entendimento dos pacientes em querer algo mais imediatista (*Jasmim*).

Destacamos que uma das dificuldades/limites encontradas nas RS dos trabalhadores de saúde diz respeito à ressignificação do seu papel, quando demandados por atribuições inerentes aos cargos administrativos que ocupam, ao mesmo tempo que, sem que isso lhes seja um dever funcional, continuam atendendo através das PICS, por entenderem que, ao oferecerem aos usuários um cuidado de saúde mais integral e holístico, isto contribui para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, mesmo quando elas desejam uma solução mais imediata para as suas queixas.

As ações e condutas diferenciadas do paradigma biomédico demonstradas pelos trabalhadores de saúde a partir da inserção das PICS na APS, apontam na direção do que nos traz Moscovici (2012) ao referir-se à ancoragem como o mecanismo de tornar familiar o novo e incorporá-lo ao conhecimento já apreendido, construindo um modelo singular, que não se define como uma extensão do anterior, mas, como algo mais apropriado à nova realidade social.

No mesmo sentido, Ribeiro & Servo (2019) esclarecem que, ao ampliarem a oferta de cuidados com práticas pouco conhecidas, não familiares, incorporando-as à sua anterior formação, os trabalhadores de saúde acabam por ancorá-las a uma base de conhecimentos prévios com os quais estão familiarizados, promovendo, no entanto, a ressignificação desses saberes, reorientando-lhes para atender a essas novas demandas sociais.

O interesse crescente dos trabalhadores de saúde pelas PICS, de acordo com o pensamento de Contatore (2015), é consequência da percepção de que elas propiciam o bem-estar físico-mental-espiritual ao promoverem formas de cuidados que resgatam a qualidade de vida dos usuários, além de apresentarem baixo custo nos serviços ofertados na APS ou como coadjuvante no tratamento hospitalar.

O sistema de agendamento foi revelado como dificuldade/limite pelos trabalhadores para implementação das PICS na APS. Refere-se à padronização do agendamento em um sistema unificado, o que gera um mesmo tempo de atendimento para todos os usuários da atenção básica, ocasionando a redução do tempo necessário para aqueles que recebem atendimento por meio das PICS, de acordo com as falas seguintes:

É a parte do tempo. É entender que no atendimento de PICS, não se tem a mesma velocidade, nem o mesmo tempo do atendimento dos demais da atenção básica (...). Até você colocar um paciente numa maca, conversar com ele, porque não pode ser um ato mecânico, precisa saber um pouco desse paciente, por exemplo, agulhar, colocar aurículo [auriculoterapia], fazer um outro procedimento, uma moxa. (...) O que o paciente necessita não fica dentro de um padrão de quinze a vinte minutos, mais sim entre quarenta a quarenta e cinco minutos (...). Falta um pouco de entendimento da gestão com relação a esse tipo de atendimento (*Gerânio*).

A questão da agenda. Porque hoje se segue a agenda padrão (...) Um paciente de aurículo [auriculoterapia], precisa de mais tempo para conversar, mais tempo para entender o paciente e eu não consigo atender um paciente de acupuntura em dez/quinze minutos, porque é uma consulta que vai se ver queixas físicas, até a emocional. Tem que deixar o paciente à vontade, para que ele possa falar, porque se ficar interferindo o tempo todo para andar rápido, não se consegue tratar o paciente, também não se consegue credibilidade (*Rosa*).

Há necessidade do entendimento de que as PICS não têm o mesmo tempo de atendimento dos outros serviços ofertados pela APS, tendo em vista que há uma abordagem

diferenciada dentro da qual a escuta sobre as dores físicas e emocionais, sentimentos e os significados que possam estar imbricados nas suas experiências vividas.

A exemplo da auriculoterapia que precisa de mais tempo para conversar, entender o usuário, por sua vez, não se consegue atender o usuário de acupuntura no período de dez a quinze minutos, dada a necessidade de deixá-lo à vontade para que ele possa falar livremente sobre suas queixas. Se houver pressão para abreviar o tempo, não se consegue assisti-lo adequadamente, interferindo assim, na credibilidade profissional, elemento essencial para que se consiga êxito no tratamento.

Cabe ao trabalhador de saúde no atendimento ao usuário através das PICS compreender e interpretar tais significados, considerando o contexto de vida desse usuário, para que possa utilizar a melhor técnica para o seu alívio.

As RS apreendidas dos trabalhadores de saúde da APS, sinalizam para uma preocupação quanto ao modelo de sistema de agendamento pensado para os atendimentos convencionais da medicina biomédica, que são baseados em condutas protocolares com a variável tempo estimada para cada atendimento, o que, para eles, pode acarretar descrédito quando se tratar das PICS, pois os usuários que as procuram, esperam receber um atendimento personalizado, para o qual a variável tempo não pode ser estimada, pois comprometeria a sua essência, qualidade e credibilidade das referidas práticas.

A manutenção de um sistema de agendamento padrão que não contempla, e por vezes nega, a existência de um modelo complementar de cuidado à saúde mostra a resistência ou o descaso em relação ao diferente, que passa a ser visto como um intruso que se insere numa estrutura há décadas montada para a preservação do *status quo*, seguindo na linha de raciocínio do que ensina Servo e Ribeiro (2018, p. 33) ao afirmarem que “valores, crenças e representações sobre a saúde são mantidas pela hegemonia da prática clínica desarticulada de uma visão mais abrangente do ser humano”.

Ao lado disso, temos o usuário que vai em busca do cuidado e cria uma expectativa por um acolhimento e por um atendimento no qual o cuidador terá interesse e assumirá uma responsabilidade perante a sua dor, o que para ele significa autonomia no seu processo de recuperação. Caso essa expectativa dos usuários venha a ser sistematicamente frustrada, pode ocorrer com as PICS algo comparado ao observado por Merhy (2002), quando diz que a “diminuição da dimensão cuidadora é uma das mais sérias implicações do modelo hegemônico”, justamente por afastar a possibilidade de autonomia e controle de parte dos sujeitos do cuidado.

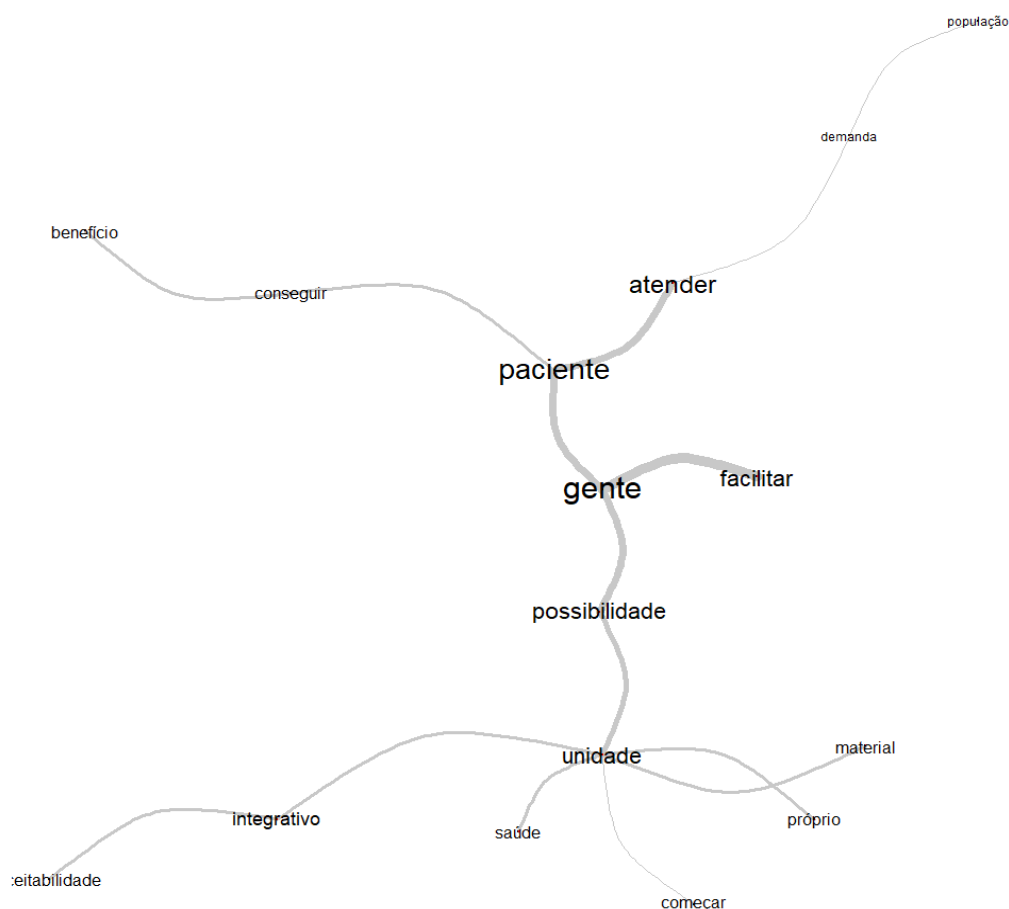
As RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre os limites/dificuldades trazem em seu contexto a compreensão de que, ao atribuírem identidade e valor às PICS, colocando-as num outro grau de importância em relação ao ato do cuidado, poderiam justificar a criação de um modelo que assegurasse a continuidade e manutenção do atendimento, por meio de soluções mais adequadas à metodologia utilizada para as PICS.

Observamos, portanto, que ao atribuírem um valor de referência às PICS, conferindo-lhes também uma identidade, as RS dos trabalhadores de saúde podem produzir a modificação de práticas sociais que permeiam o ambiente institucional da APS, modificando comportamentos e circunstâncias dentro do grupo onde eles se encontram inseridos, gerando, como consequência, novas práticas, que, por sua vez, ativam os esquemas sobre os quais se apoiam e conduzem a uma nova mudança no estado da representação (Guimelli, 2003).

5.8 Facilidades/possibilidades reveladas por trabalhadores de saúde para realizar as PICS

Esta categoria analisa as facilidades e diferentes possibilidades para realizar as PICS na APS, através das falas dos trabalhadores de saúde, para compreender as RS apreendidas e seus significados, de modo que nos seja possível inferir as possíveis intervenções para melhorar a qualidade dos serviços.

Figura 8 – Árvore de similitude sobre facilidades/possibilidades reveladas por trabalhadores de saúde para realizar as PICS



Fonte: Dados da pesquisa após processamento pelo Iramuteq (2024).

Na árvore de similitude sobre as facilidades/possibilidades de realizar as PICS na APS, na voz dos trabalhadores de saúde, conforme mostra a Figura 8, aparece uma forte conexão entre as palavras *gente*, *paciente*, *atender*, *facilitar*, *possibilidade* e *unidade*, correspondendo às relações e interações vivenciadas por eles no ambiente onde se acham imersos.

O termo *gente*, que aparece na árvore de similitude ligado às palavras *paciente* e *facilitar*, pode representar o próprio trabalhador de saúde participante como aquele que está em contato com o usuário e tem o papel de facilitador na ação do cuidado. A palavra *unidade*, que também apareceu com frequência na categoria Dificuldades/limites dos trabalhadores de saúde para a implantação das PICS na APS, pode representar na análise de similitude o *locus* onde o atendimento através das PICS acontece.

As RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as facilidades/possibilidades para realizar as PICS se acham carregadas de simbolismo, valores compartilhados coletivamente

entre os membros da equipe, que se constituem em elementos impulsionadores das ações, conforme os fragmentos das falas, abaixo:

A própria equipe abraçou, no fazer e dar continuidade (...) Estamos pensando em ampliar para outro segmento que não sejam somente as mães de autistas (*Jasmim*).

A facilidade sempre maior é o apoio da apoiadora que sempre procurou trazer essa possibilidade para estarmos fazendo as PICS aqui na unidade (*Gerânio*).

A gente tem um núcleo de PICS (...) [que] de certa forma nos ampara, nos fortalece, e outros profissionais que trabalham com isso vão nos orientando. O que tem possibilitado o fortalecimento, a implantação e a continuidade do trabalho (*Cacto*).

O curso de capacitação foi facilitado pela gestão do município (...) Ter a comunidade ao lado da unidade de saúde une muito as forças. Os agentes comunitários reforçando o convite para a comunidade e dentro da unidade de saúde, com os outros profissionais, nas reuniões de equipe (*Begônia*).

As relações construídas entre os trabalhadores de saúde da APS, e destes com a comunidade constituem a base sobre a qual as RS sobre as facilidades/possibilidades para a realização das PICS são reveladas, porque criam um ambiente de auxílio mútuo em que cada um dos atores se sente pessoalmente responsável por realizar a parte que lhe cabe no processo, além de, com sua ação, fornecer estímulo aos demais. Essas ações integradas, resultado de um trabalho em equipe, confirmam que as RS trazem símbolos que expressam a necessidade de interações e participação coletiva dos trabalhadores de saúde envolvidos na realização das PICS.

A parceria da comunidade com os trabalhadores de saúde revelada nas RS sobre as facilidades/possibilidades de realizar as PICS sinaliza a aproximação dos usuários e a sua integração às ações realizadas pela equipe de saúde, em muitos casos determinantes para a continuidade da prática. A aproximação entre usuários e trabalhadores de saúde tem contribuído também para a divulgação das PICS e sua aceitabilidade entre os membros da comunidade.

Essas interações entre usuários, trabalhadores de saúde e comunidade em geral são legitimadas pela PNPIC, que as reconhece como uma importante mudança do modelo de atenção à saúde e fator de valorização desses novos saberes que as PICS oferecem. A diversidade profissional e a generalidade com o cuidado encontrados na APS podem funcionar como um núcleo catalisador, organizador e promotor do acesso às PICS, pois, a APS é o ambiente por onde circulam saberes e se ofertam cuidados mais próximos do usuário, da família e da comunidade (Brasil, 2018).

Na fala de um dos trabalhadores de saúde, o NUPICS é citado como um elemento facilitador do processo de fortalecimento, implantação e continuidade do trabalho, um estímulo à formação de trabalhadores de saúde da APS. Criado em 2017, o NUPICS deu um caráter institucional ao atendimento através das PICS e se constituiu em um fator importante para a

ampliação da oferta de novas práticas. As ações do NUPICS evidenciaram que para a inserção das PICS na APS seria necessário desenvolver uma agenda permanente de formação de trabalhadores de saúde, o que garantiria a continuidade da oferta e da aquisição dos recursos materiais.

As RS apreendidas dos trabalhadores de saúde da APS sobre facilidades/possibilidades para realizar as PICS estão permeadas por estratégias de adaptação de condições e espaços, uso de materiais, insumos e recursos, no sentido de fornecer o tratamento aos usuários com aquilo que está disponível. Há, por parte dos trabalhadores de saúde, o convencimento de que as condições oferecidas pelas unidades não são adequadas e que, as expectativas no curto prazo não são favoráveis, por isso buscam reunir as condições mínimas para a realização das PICS e encontrar soluções práticas para não deixar os usuários sem atendimento, de acordo com os recortes das falas abaixo:

A gente já tem no município pessoas envolvendo algumas práticas e por isso a gente tem alguma oferta de alguns insumos, não todos. Mas têm alguns insumos e isso facilita no meu caso a prática integrativa que eu desenvolvo. Eu procuro adaptá-la ao recurso material e ao espaço que eu tenho disponível (...) A gerência da unidade, ela tem um entendimento de que as PICS fazem parte da atenção básica. [Existe] uma aceitabilidade por parte da gerência da unidade (*Orapronobis*).

É também uma [a auriculoterapia] técnica que a gente pode fazer em uma sala de espera, pode-se fazer também no ambiente que não tem uma maca. (...) Pode fazer com o paciente sentado. Então temos essa possibilidade de usar às vezes espaços que não são os mais adequados, por ser uma unidade pequena, mas pode-se fazer algumas improvisações e atender o paciente (...) A facilidade dessa prática é essa (*Rosa*).

A possibilidade do desenvolvimento da criatividade através da capacidade de improvisação frente às condições não adequadas das unidades, se constitui em facilidades/possibilidades em que os trabalhadores de saúde da APS demonstram o querer fazer, motivados pelos resultados positivos e pelas respostas dos usuários indicativas do êxito do tratamento.

É sabido que trabalhadores desmotivados têm dificuldade para desempenhar suas atividades além do protocolar e regimental, e que muitas vezes essa desmotivação pode afetar até mesmo as atividades básicas e de rotina, isto porque, conforme explica Silva *et al.* (2022), a criatividade está diretamente vinculada a culturas organizacionais que valoram o indivíduo de acordo com nível de esforço que empreende para solucionar questões complexas que escapam ao que é ordinário.

No entanto, o que observamos na realidade da APS de Camaçari-BA, quando analisamos as RS dos trabalhadores de saúde que atuam no campo das PICS, é que essa criatividade está diretamente ligada aos resultados alcançados e ao interesse dos usuários, os quais reportam uma melhoria na qualidade de vida depois do tratamento.

Um dos grandes desafios enfrentados pela APS para a promoção de uma saúde com qualidade e resolutividade está nas condições estruturais das quais se utilizam os usuários, trabalhadores de saúde e a comunidade, bem como na escassez de instrumentos e recursos materiais que devem compor o arcabouço físico e organizacional das unidades. Neste sentido, Bousquat *et al.* (2017) entendem que a superação desses desafios influenciarão diretamente a melhoria da qualidade dos serviços e o desenvolvimento dos processos do cuidado.

Destacamos, do quanto é importante para o desenvolvimento das PICS na APS a aceitabilidade por parte da gestão, sendo essa postura um fator que facilita a realização da prática, sobretudo quando se torna necessário fazer adaptações no ambiente, como no exemplo trazido, de utilizar a sala de espera para a realização de atendimento através da auriculoterapia.

Aceitabilidade do paciente e a demanda da população. Então, a população demanda bastante. Eu lembro que quando eu comecei a atender aqui, antes de ofertar as vagas para a população, (...) passei a triar os primeiros pacientes (...) que batiam na porta do consultório. Um paciente foi contando para outro, e foi contando para outro, e aí, atualmente, os pacientes hoje já batem na porta [à procura do serviço” (*Orapronobis*).

A intenção da gente (...) é estar fazendo o ambulatório de PICS, mesmo que seja em um outro horário. Dentro da minha unidade, a importância maior é estar também fornecendo essa possibilidade de saúde, de acompanhamento para o usuário (*Gerânio*).

Uma das facilidades é a chegada de material. Com as PICS, a gente consegue a resposta que os [próprios] pacientes trazem, como, por exemplo, um paciente que usava Tylenol, que é uma medicação cara e que usava semanalmente, praticamente todos os dias, [mas] com o uso da auriculoterapia, ela disse assim: – Às vezes eu uso uma vez na semana. Então, isso mostra que com a técnica, que é barata, a gente consegue diminuir o custo para a prefeitura e trazer um benefício para o paciente (*Rosa*).

Os fragmentos de falas acima mostram que as RS de trabalhadores de saúde sobre as facilidades/possibilidades para realizar as PICS revelam são construídas a partir da ideia de que a busca dos usuários por novas soluções para as suas questões de saúde gera a aceitabilidade pelo tratamento e facilita a divulgação das práticas dentro da comunidade. Neste caso, as experiências individuais dos usuários são transmitidas aos outros membros da comunidade, que passam a demandar pelo mesmo tipo de tratamento.

Lima *et al.*, (2014) consideram a APS um importante eixo estruturante para o fortalecimento e a expansão das PICS, pois é ali onde circulam diversos sujeitos, sejam eles usuários ou membros da comunidade em geral, cada qual trazendo o tipo de adoecimento que lhe é próprio, muitas vezes ainda em estágio inicial, quando a intervenção por meio das PICS produz uma ação terapêutica que os estimula ao autocuidado e ao reequilíbrio físico, mental, emocional e espiritual.

A possibilidade de redução dos custos para a gestão fica evidenciada nas RS dos trabalhadores de saúde quando se reportam às respostas que os próprios usuários trazem em

relação ao alívio de suas dores e à diminuição da frequência no uso de medicamentos. A redução dos custos não se dá apenas no âmbito da gestão, mas também no caso dos usuários que têm de adquirir os medicamentos prescritos com os próprios recursos. Neste sentido, Matos *et al.* (2018) afirmam que as PICS, com sua terapêutica de eficácia comprovada, ocasionam uma redução nos custos que as tornam de importância capital para o SUS, por sua aplicabilidade na APS.

É interessante perceber nas RS reveladas pelos trabalhadores de saúde da APS a possibilidade de se fazer um deslocamento da dimensão medicalizante puramente conceitual, onde o olhar está direcionado para a situação-problema, ou seja, a doença, para a dimensão interacional, que procura fazer a associação do caso clínico com o problema social apresentado pelo usuário, caso em que a medicalização pode ser até indesejável, conforme a abordagem feita (Tesser; Dallegrave, 2020).

Santos e Tesser (2012, p. 3016), ao comentarem sobre pesquisa recente realizada no Brasil, afirmam que há pelo menos três modos de inserção das PICS desenvolvidos por profissionais na APS em face da ausência de apoio institucional: “reserva de turno (s) específico (s) para a prática; integração com demais atividades da APS e ambas as formas associadas”. A conclusão da pesquisa está consoante às RS dos trabalhadores de saúde sobre facilidades/possibilidades para realizar as PICS quando trazem nas suas falas a importância em ofertar as práticas, mesmo que seja em horários diferenciados, ou ajustá-las aos demais atendimentos da APS.

6. UM AGIR INTERVENCIONISTA NA RELAÇÃO TRABALHADORES DE SAÚDE E USUÁRIOS NO CONTEXTO DAS PICS NA APS

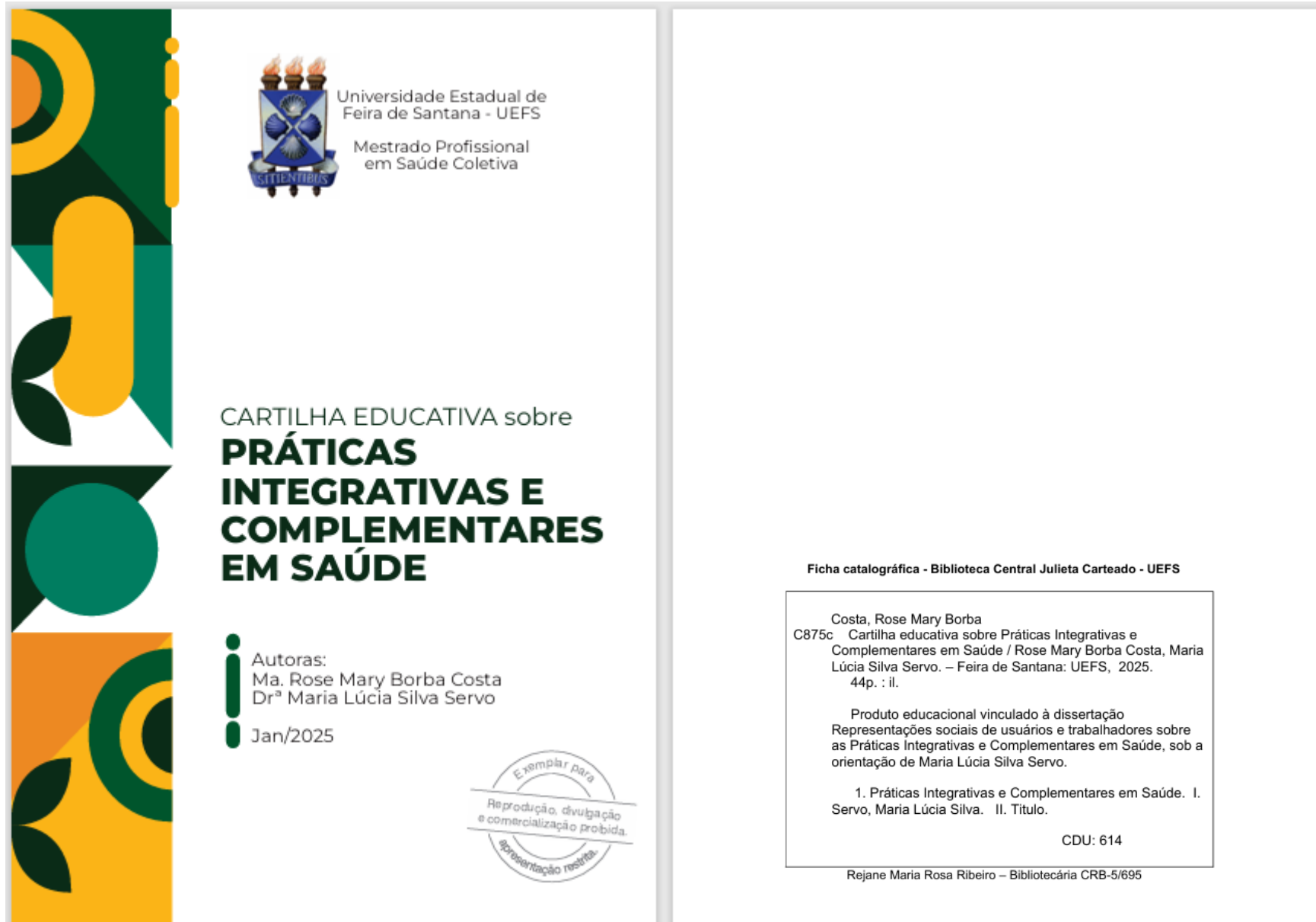
Alguém afirmou, certa vez, que tudo o que existe na natureza, se produz a partir de uma das suas margens: a superfície da terra, a membrana de uma célula, o momento de uma catástrofe, o começo e o fim de uma vida. Poder-se-ia dizer o mesmo do que se produz na sociedade (...) onde se articulam os fenômenos individuais e os fenômenos coletivos. Sendo assim, devemos estar atentos à maneira como colocamos o problema do indivíduo-sociedade, pois, sem nos darmos conta, corremos o risco de o transformarmos não apenas em um problema difícil, mas principalmente, em um problema que se revele impossível de ser tratado no plano científico (Moscovici, 2013).

Considerando os resultados do estudo, frente às concepções, experiências, dificuldades/limites e facilidades/possibilidades sinalizadas pelas RS de usuários e trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS, apresentamos duas propostas de intervenção para a realidade social estudada, que se configuram em novas itinerâncias e possibilidades de transformação para o conhecimento, acesso, implantação e implementação das PICS nas unidades da APS do município de Camaçari: a criação de uma cartilha educativa sobre PICS e um projeto de intervenção para a formação de trabalhadores em auriculoterapia.

6.1 Cartilha educativa sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Esta cartilha foi criada como uma proposta de intervenção educativa, idealizada a partir das RS reveladas pelos usuários e trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS, tendo em vista a fragilidade demonstrada no processo de comunicação sobre as PICS ofertadas nas unidades de saúde da APS de Camaçari-BA, com a finalidade de disseminar informações e conhecimentos que possam se constituir em ações de promoção de saúde para os usuários, trabalhadores e comunidade.

A cartilha apresentada a seguir, é subdividida nas seguintes partes: capa, ficha catalográfica, mini currículo das autoras, folha de apresentação, informações sobre as PICS e referências



AS AUTORAS

Enfª Mestranda Rose Mary Borba Costa

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Porto Velho (1999), Especialização em Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem pela Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCCRUZ- SP (2006). Especialista em Acupuntura pela Faculdade Batista Brasileira do Recôncavo-FBBR -Ba (2020) Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS (2024). Enfermeira do Município de Camaçari - (2014 até os dias atuais). Pesquisadora da área do Cuidar; Representações Sociais; Práticas Integrativas e Complementares em saúde.



Enfª Drª Maria Lúcia Silva Servo

Graduação em Enfermagem Obstétrica pela UEFS (1980), Mestrado em Enfermagem pela UFBA (1995), Doutorado em Enfermagem pela USP (1999). Docente do curso de Graduação em Enfermagem e de Biologia, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado Acadêmico), do Mestrado Profissional de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Membro Titular da Academia de Educação de Feira de Santana. Pesquisadora de temáticas relacionadas à Saúde Coletiva; Planejamento em Saúde; Produção do Cuidado; Processo de Trabalho; Educação Permanente em Saúde; Teoria das Representações Sociais; Supervisão; Gerência; Identidade Profissional; Idoso; Estresse e Segurança do paciente.



SUMÁRIO

As autoras	3
Sumário	4
Sobre a cartilha	5
Objetivos	6
O que traz a cartilha?	7
As PICS	8
Quais são elas?	9
Acupuntura	10
Moxaterapia ou Moxabustão	11
Ventosaoterapia	12
Auriculoterapia	13
Lian Gong em 18 Terapias	14
Homeopatia	15
Fitoterapia	16
Crenoterapia ou Termalismo	17
Arteterapia	18
Musicoterapia	19
Ayurvédica	20
Biodança	21
Dança Circular	22
Meditação	23
Yoga	24
Terapia Comunitária Integrativa ..	25
Osteopatia	26
Reflexoterapia	27
Apiterapia	28
Shantala	29
Aromaterapia	30
Reiki	31
Naturopatia	32
Constelação Familiar	33
Bioenergética	34
Cromoterapia	35
Ozonioterapia	36
Hipnoterapia	37
Geoterapia	38
Imposição de Mãos	39
Terapia de Florais	40
Medicina Antropofósica	41
Referências	43

O Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS capacita profissionais de saúde e gestores qualificados no campo da saúde coletiva, para a formulação e consolidação de projetos de intervenção, a partir das mudanças na formação profissional para o desenvolvimento do SUS, para o exercício da sua prática profissional nos espaços coletivos, nos processos sociais, econômicos e culturais, bem como saberes clínicos, epidemiológicos, sanitários, existenciais e humanísticos, além de possibilitar intervenções e transformações nos diversos cenários de saúde.

Esta cartilha tem caráter educativo e informacional e o seu objetivo é levar aos usuários, trabalhadores de saúde da APS e público em geral informações seguras sobre PICS, tais como: do que se trata, indicações e benefícios com o seu uso.

O conteúdo desta cartilha não esgota o assunto, portanto, outros documentos devem ser consultados sempre que houver dúvidas a respeito das PICS.

Esperamos que as informações contidas nesta cartilha sejam compartilhadas, para que mais pessoas tenham conhecimento sobre a metodologia de tratamento através das PICS e uma nova forma de promover o cuidado e o autocuidado.



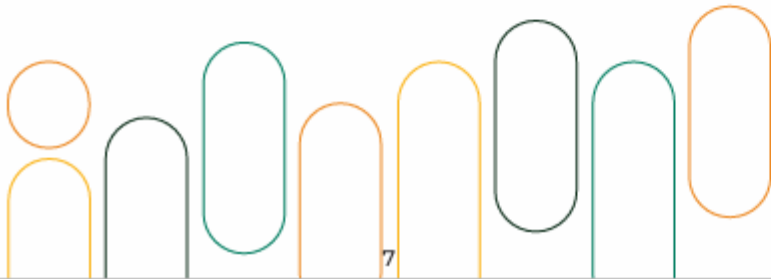
Esta cartilha foi elaborada como produto técnico da dissertação de Mestrado sobre Representações Sociais de usuários e trabalhadores sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde que objetiva através de um contexto organizacional compartilhar informações e conhecimentos sobre as diversas formas de cuidados, construir um processo de mudança cultural e comportamental e fortalecer a atenção em Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde do Município de Camaçari.



O QUE TRAZ A CARTILHA?

Informações sobre as PICS e suas indicações e seus benefícios.

Promoção do conhecimento e integração das PICS no cuidado à saúde.



7



As PICS são consideradas ações terapêuticas de promoção, prevenção, métodos para diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, promove o bem-estar das pessoas integrando-os à sociedade, desenvolve um vínculo acolhedor entre usuários e trabalhadores e a capacidade para a busca do seu autocuidado.



8



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES EM SAÚDE
QUAIS SÃO ELAS?



9

ACUPUNTURA



Técnica milenar da medicina tradicional chinesa que utiliza agulhas para estimular pontos específicos do corpo.

INDICAÇÕES

Tratamento de dores crônicas, lesões esportivas, ansiedade, insônia, enxaqueca, hipertensão, sinusite, rinite alérgica, dores musculares, problemas gastrointestinais; desintoxicação; problemas reprodutivos; gestão do peso; melhora da saúde mental entre outros.

VANTAGENS

Indolor, diminuição do uso de medicações, melhora do quadro de dor, promove sensação de relaxamento.



10



MOXATERAPIA ou MOXABUSTÃO

É uma prática que utiliza a planta *Artemisia vulgaris* na forma de um bastão ou cone feito a partir das folhas secas da planta, para estimular pontos específicos do corpo, promovendo a circulação de energia e equilibrando o organismo.

INDICAÇÕES

Dores musculoesqueléticas, doenças reumatológicas, doenças gastrointestinais, doenças do sistema reprodutivo, como cólicas menstruais e infertilidade, problemas neurológicos, problemas vasculares, problemas dermatológicos, alergias, ansiedade, depressão, angústia, medo.

VANTAGENS

Pode ser eficaz no tratamento de dores crônicas, pois o calor da moxa melhora a vascularização local e contribui para a regeneração dos tecidos.

11



VENTOSATERAPIA

Técnica que consiste na aplicação de copos de vidro ou acrílico que tem como finalidade criar um vácuo e fazer uma sucção da pele gerando uma pressão negativa interna que aumenta o volume sanguíneo na região.

INDICAÇÕES

Nos distúrbios reumatológicos, neurológicos, vasculares e dermatológicos. Também pode ser usada em pós-operatórios e tratamentos estéticos.

VANTAGENS

É uma técnica que alivia dores musculares e articulares, propicia o relaxamento muscular e a redução da rigidez, melhora a circulação sanguínea e oxigenação dos tecidos, é benéfica para artrite e lesões musculares, fortalece o sistema imunológico, promove a sensação de bem-estar e relaxamento. Pode ser usado em qualquer idade, deve-se evitar seu uso na gravidez e pessoas com insuficiência cardíaca congestiva.

12



AURICULOTERAPIA

É uma prática terapêutica que utiliza o pavilhão auditivo da orelha, ou aurícula, aplicando pequenas agulhas finas, sementes de mostarda ou esferas magnéticas em pontos específicos que podem refletir nos órgãos e outros sistemas do corpo.

INDICAÇÕES

Dores agudas, como: torções, contraturas ou distensões musculares, dores crônicas como: doenças reumatológicas, neuropatias, enxaqueca e osteoartrite, Insônia, stress, ansiedade, estados depressivos, perda de peso.

VANTAGENS

É uma técnica indolor, com raros efeitos colaterais, e pode ser combinada com outras terapias convencionais.

13



LIAN GONG EM 18 TERAPIAS

É uma prática chinesa através dos exercícios atua em todas as partes do corpo liberando articulações, corrigindo a postura e removendo dores físicas, promove relaxamento e a circulação da energia do corpo.

INDICAÇÕES

Previne e trata dores corporais, como lombalgia, torcicolo, bursite, tendinite, melhora a qualidade do sono, alivia a ansiedade e diminuir a irritabilidade, fortalece o sistema imunológico, diminui o ritmo cardíaco, potencializa as funções respiratórias e retarda o processo de envelhecimento.

VANTAGENS

É uma atividade física leve, pode ser praticada por pessoas de qualquer idade, não depende de equipamentos ou roupas específicas. Os exercícios são feitos de pé, com respiração natural e músicas específicas.

14

HOMEOPATIA

Trata-se de um tratamento que utiliza de uma abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista, baseada no princípio de "semelhante cura semelhante", não em partes. Os tratamentos têm como base sintomas específicos de cada pessoa e utiliza substâncias altamente diluídas que buscam desencadear o sistema de cura natural do corpo.

INDICAÇÕES

Asma, bronquite, sinusite, gripe, tosse, inflamação, depressão, ansiedade, excesso de peso, entre outras.

VANTAGENS

Está na segurança dos tratamentos para as pessoas que buscam alternativas mais suaves e menos invasivas para o manejo de condições de saúde.

15



FITOTERAPIA

É uma técnica que estuda as funções terapêuticas das plantas e vegetais para prevenção e tratamento de doenças, na qual quando os benefícios relacionados a essas substâncias são evidenciados, elas podem ser utilizadas em medicamentos fitoterápicos, que podem ser manipulados, industrializados, ou em formas de chá quando usado a planta *in natura*.

INDICAÇÕES

Estimulam o sistema imunológico; reduzem a inflamação; bloqueiam e diminuem o potencial de substâncias cancerígenas, provenientes da dieta e do meio ambiente; ajudam a regular os hormônios, como o estrogênio e a insulina entre outros.

VANTAGENS

Usados da forma correta podem auxiliar em várias condições de saúde e favorecer a qualidade de vida das pessoas.

16

CRENOTERAPIA ou TERMALISMO



Técnica que consiste no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras – e eventualmente submetida a ações hidromecânicas – como agente em tratamentos de saúde. Utiliza o recurso da água como agente terapêutico.

INDICAÇÕES

Artrose, Escoliose, doenças inflamatórias, fibromialgia, entre outras.

VANTAGENS

Usados da forma correta podem auxiliar em várias condições de saúde e favorecer a qualidade de vida das pessoas.



17



ARTETERAPIA

Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico, atua na análise do consciente e do inconsciente e busca interligar os universos externo e interno das pessoas.

INDICAÇÕES

Estresse, insônia, depressão, angústia, experiências traumáticas.

VANTAGENS

Pode ser usada em todas as fases da vida das pessoas e ampliando a percepção delas sobre o mundo e sobre si mesmo.



18



MUSICOTERAPIA

Técnica terapêutica que se utiliza do som, ritmo, melodia e harmonia para tratar as pessoas em diversas condições de saúde.

INDICAÇÕES

Permite reduzir a pressão arterial, melhora a frequência cardíaca e respiratória, influencia também na digestão e nutrição.

VANTAGENS

Pode ser usadas em qualquer fase da vida; aponta para as pessoas respostas que promovem alterações físicas, mentais e sociais repercutindo na sua qualidade de vida.

AYURVÉDICA



É a ciência do conhecimento da vida, consideram a complexidade e singularidade de cada pessoa, utilizam técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais, técnicas respiratórias e cuidados na alimentação.

INDICAÇÕES

Tratam desde as questões fisiológicas até as emocionais. Pode ser usado em qualquer fase da vida.

VANTAGENS

A abordagem terapêutica é aquela que pode ser realizada pela própria pessoa através do seu autocuidado.

BIODANÇA



É uma prática expressiva corporal que promove o restabelecimento do equilíbrio afetivo e da renovação orgânica, por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo.

INDICAÇÕES

Promove renovação orgânica, trabalha as questões relativas ao estresse, ansiedade, melhora na comunicação e nas relações externas e internas.

VANTAGENS

As práticas em grupo permitem uma relação social aproximando-os com os modos de vida individuais e coletivos que vão propiciar melhoras no campo da saúde.

DANÇA CIRCULAR



É uma prática de dança em roda que favorece a interconexão harmoniosa entre os participantes.

INDICAÇÕES

Promove renovação orgânica, trabalha as questões relativas ao estresse, ansiedade, melhora na comunicação e nas relações externas e internas.

VANTAGENS

Promover a integração humana, o espírito comunitário, a união do grupo, que através do auxílio mútuo e da igualdade visam o bem-estar físico, mental, emocional e social.



MEDITAÇÃO



É uma prática muito antiga, com origem nas tradições orientais, estando especialmente relacionada às filosofias do yoga e do budismo. Tem sido utilizada para descrever práticas autorregulatórias do corpo e da mente.

INDICAÇÕES

Permite trabalhar condições relacionadas ao pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, alterações no humor, no desempenho cognitivo, estresse, ansiedade, insônia.

VANTAGENS

Reduzir a ansiedade e o estresse, melhorar a pressão arterial e aumentar a concentração.

YOGA



O yoga é uma tradição de origem oriental que se utiliza de práticas associadas à meditação com a finalidade de controlar o corpo e a mente.

INDICAÇÕES

Relaxamento, dores articulares e musculares, insônia, estresse.

VANTAGENS

Promoção da saúde através do desenvolvimento da consciência corporal, na percepção da sua totalidade e na importância de um cuidado integral.



TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

É um espaço de encontro entre usuários e trabalhadores que buscam apreciar os relatos de vida dos participantes com fins de promover o resgate da sua identidade além de compreender melhor seus problemas e juntos buscar solucioná-los.

VANTAGENS

Tem um papel importante no processo saúde doença, através da fala e da escuta atenta das pessoas permitindo que os profissionais possam avaliar os problemas ali existentes, e atuar na valorização da prevenção.



OSTEOPATIA

Prática terapêutica que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais para auxiliar no tratamento de doenças, entre elas a da manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações), tratamentos para a disfunção da articulação temporomandibular (ATM), e da mobilidade para vísceras.

INDICAÇÕES

Lombalgias, cefaleias, refluxo em bebês, entre outras.

VANTAGENS

Visão Integral das pessoas considerando toda a sua complexidade com um diagnóstico voltado para as necessidades dentro do contexto em que se encontra inserido.



REFLEXOTERAPIA

Prática terapêutica que utiliza estímulos em áreas reflexas – os microssistemas e pontos reflexos do corpo existentes nos pés, mãos e orelhas – para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento.

INDICAÇÕES

Relaxamento, estresse, dores articulares e lombar, distúrbios agudos, crônicos e desequilíbrio das funções corpóreas.

VANTAGENS

Terapia não invasiva, utilizada para o cuidado da saúde que busca realizar os ajustes das articulações da coluna vertebral passivamente, restaurando a relação e função articulares, restabelecendo a integridade neurológica e influenciando os processos dos tecidos corpóreos.

27



APITERAPIA

É uma terapia da medicina natural que consiste no uso de produtos derivados de abelhas – como apitoxinas, mel, pólen, geleia real, própolis – para promoção da saúde e fins terapêuticos.

INDICAÇÕES

Anti-inflamatório, analgésico, estimulante do sistema imunológico, doenças reumáticas, pressão alta.



28



SHANTALA

É um tipo de massagem indiana que tem benefícios para a saúde do bebê, como acalmar, relaxar, desenvolver a consciência corporal e aumentar o vínculo afetivo entre a mãe/pai e o bebê. Gera estímulos táteis, cerebrais e motores no bebê, o que pode melhorar sua saúde digestiva, respiratória e circulatória, além de permitir uma maior interação entre o cuidador e o bebê, podendo ser realizada logo após o banho, diariamente, ainda com o bebê nu, mas completamente confortável.



AROMATERAPIA



É uma técnica milenar que utiliza óleos essenciais extraídos de diversas partes de plantas promovendo o bem-estar e o equilíbrio na saúde do ser humano. Pode ser usada por vias inalatória ou cutânea.

INDICAÇÕES

Cicatrização, anti-inflamatório, ansiedade, estresse, dores crônicas, cefaleia entre outras.

VANTAGENS

A aromaterapia vem sendo empregada como terapia natural, através do uso de óleos essenciais em vários seguimentos da saúde, como uma ciência ascendente com possibilidade de adesão terapêutica.



REIKI

É uma terapia alternativa em que o terapeuta coloca as mãos sobre o corpo para canalizar energia vital do universo, de forma a equilibrar os centros energéticos (*chakras*) do organismo e melhorar o bem-estar físico e mental.

31



NATUROTERAPIA

É um sistema de assistência a saúde que estimula as pessoas a adotar um modo de vida saudável, empregando agentes da natureza afim de promover a saúde e a cura do organismo.

INDICAÇÕES

Fortalecimento geral da imunidade, estresse, ansiedade, insônia, entre outros.

VANTAGENS

Visão Integral das pessoas considerando toda a sua complexidade com um diagnóstico voltado para as necessidades dentro do contexto em que se encontra inserido.

32



CONSTELAÇÃO FAMILIAR

Método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações trazidas pelo usuário, bem como o que está encoberto nas relações familiares.

INDICAÇÕES

Relações familiares, prevenção de doenças, em situações de conflito.

VANTAGENS

Pode ser aplicada em qualquer idade, classes sociais, e sem qualquer vínculo ou abordagem religiosa, podendo também ser indicada para qualquer pessoa doente. Promove a saúde através do desenvolvimento da consciência corporal, na percepção da sua totalidade e na importância de um cuidado integral.

33



BIOENERGÉTICA

É uma visão diagnóstica que aliada a compreensão do sofrimento ou adoecimento, utiliza a psicoterapia corporal e os exercícios, trabalhando os conteúdos a fim de liberar as tensões do corpo emocional, facilitando a liberação dos sentimentos.

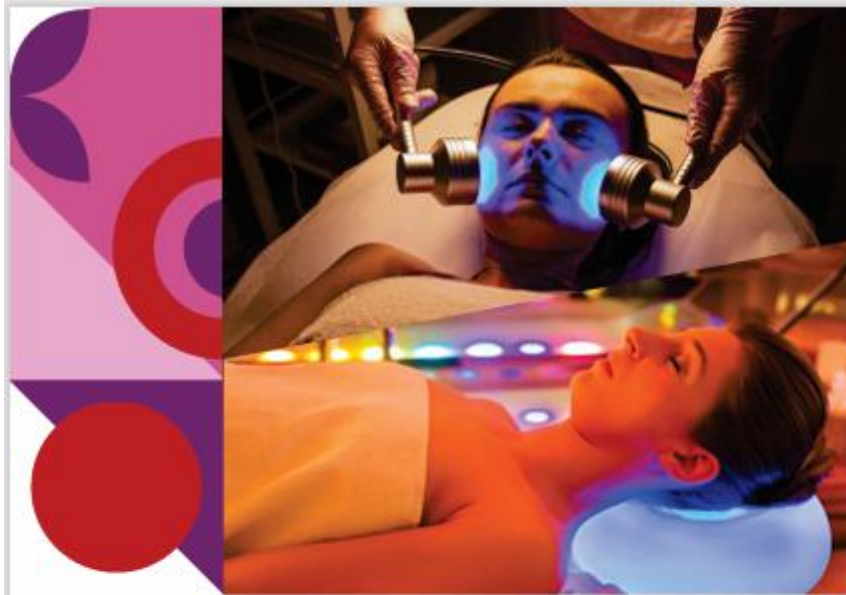
INDICAÇÕES

Educação corporal, educação do corpo, liberação de emoções.

VANTAGENS

Por trabalhar o conteúdo emocional, permite a interação da pessoa com o corpo-emoção-razão.

34



CROMOTERAPIA

É o conhecimento da função terapêutica no uso da luz e suas cores para o cuidado da saúde mental, psicológica e espiritual.

INDICAÇÕES

Equilíbrio psicológico e mental, na circulação, respiração, dores, inflamações, equilíbrio do sono.

VANTAGENS

Podendo ser usado em qualquer idade, o uso das cores podem favorecer a criação de ambientes terapêuticos e estimular o fluxo de energia curativa potencial do ser humano.

35



OZONIOTERAPIA

Prática terapêutica que utiliza uma mistura dos gases oxigênio e ozônio com finalidade terapêutica, a fim de promover a melhoria de diversas doenças.

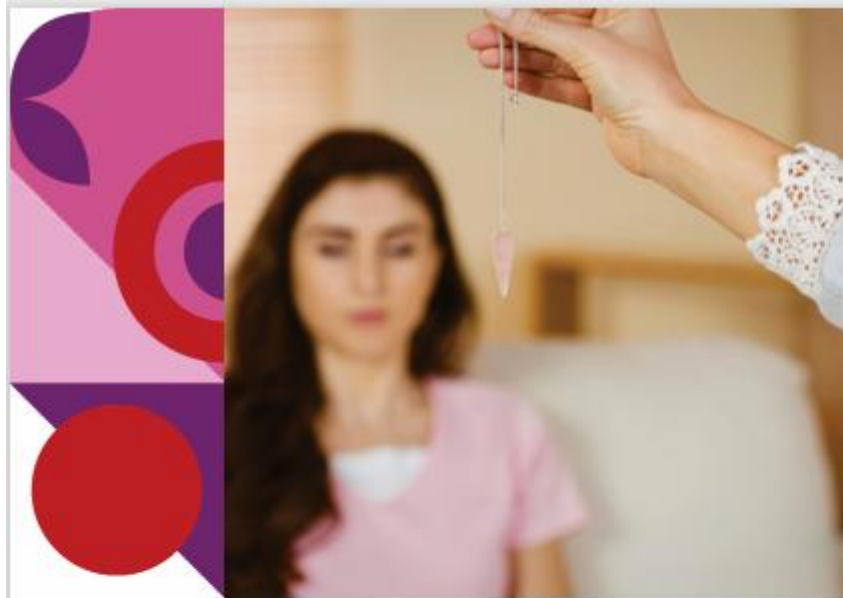
INDICAÇÕES

Melhora na circulação sanguínea, cicatrização de feridas, dores musculares e articulares, nas doenças crônicas.

VANTAGENS

Baixo custo, segurança comprovada e reconhecida.

36



HIPNOTERAPIA

São técnicas que usam o relaxamento, concentração ou foco como forma de indução das pessoas para consciência plena a fim de alterar as condições referentes ao comportamento indesejado.

INDICAÇÕES

Efeitos sedativos, diminuição da dor, em processos psicoterapêuticos, relaxamentos, alergias, redução da ansiedade e reforçar a adaptação ao estresse.

VANTAGENS

Variabilidade terapêutica, favorecer o autoconhecimento, e permite a associação com outras práticas, possui reduzido efeito adverso.

37



GEOTERAPIA



Terapêutica natural que consiste na utilização de argila, barro e lamas medicinais, assim como pedras e cristais na atenção as necessidades dos usuários.

INDICAÇÕES

Doenças osteomusculares, processo inflamatório, lesão dérmica, cicatrização de feridas, perturbações emocionais e na área dos cosméticos.

VANTAGENS

Método seguro, não invasivo, que se destaca em atividades e hábitos saudáveis, por promover a relação das pessoas com os recursos naturais.

38



IMPOSIÇÃO DE MÃOS

O uso da transferência da energia vital através das mãos, com o objetivo de reequilibrar e harmonizar o campo energético humano, com fins terapêuticos no processo saúde-doença.

INDICAÇÕES

Aplicação do cuidado integral da saúde, melhora da autoestima, redução do estresse, harmonização do equilíbrio emocional, auxílio na circulação sanguínea.

VANTAGENS

Não necessita de outros recursos, somente da capacidade humana de conduzir os fluxos das energias curativas para as pessoas.



TERAPIA DE FLORAIS

É a utilização de essências de flores, de forma sutil e vibracional que possuem energia vital, cuja finalidade é atuar no campo energético do organismo promovendo seu equilíbrio.

INDICAÇÕES

Podem ser usadas na indução da diminuição da ansiedade, no estresse, na falta de atenção, nos processos alérgicos, tumores.

VANTAGENS

Por ser uma modalidade terapêutica de propriedades não agressivas, e ultrapassar a barreira dos sintomas procurando tratar e compreender as pessoas em toda a sua dimensão.



MEDICINA ANTROPOFÓSICA

É uma extensão da prática da medicina convencional pela abordagem hermenêutica, que tem como base a compreensão da experiência das pessoas na sua totalidade e na avaliação do equilíbrio entre o corpo e as dimensões psicológica, mental e espiritual.

INDICAÇÕES

Pode ser usada na indução da diminuição da ansiedade, no estresse, na falta de atenção, nos processos alérgicos e tumores.

VANTAGENS

Permite considerar a ampliação da visão do ser humano sobre os seus elementos vitais, anímicos e espirituais, e a sua relação com o corpo físico. Na anamnese destaca-se idade, a constituição, a situação biográfica, o estilo de vida e os eventos mais importantes da vida das pessoas.



REFERÊNCIAS

ALVES, M. R. R. **Portfólio para práticas integrativas e complementares em saúde para pessoa idosa**. Dissertação (mestrado em profissional em gerontologia). Centro de Ciências da Saúde Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2018.

AMARO, P. E. Q. **Ventosaterapia no Tratamento de Acne Vulgar**. [online]. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pró-Reitoria de Graduação Curso de Biomedicina)- Universidade Católica de Brasília, Brasília-DF, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIAN GONG EM 18 TERAPIAS. **Sobre Lian Gong**: o que é e como surgiu. Página oficial da entidade. Disponível em: www.associacaobrasileiralg18terapias.org/sobre-lian-gong. Acesso em: 16 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Práticas integrativas e complementares em saúde no SUS. Página oficial da SAPS/MS**, Brasília, 2023. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics. Acesso em: 20 nov. 2024.

_____. MS. Secretaria de Atenção à Saúde.

Conhecendo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Bioenergética. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. 1. ed. Brasília: 2018. 70 p. Disponível em:

bvsms.saude.gov.br/bvs. Acesso em: 20 nov. 2024.

CONTIM, C. L. V.; ESPÍRITO SANTO, F. H.; MORETTO, I. G.. Aplicabilidade da auriculoterapia em pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03609, 2020.

COSTA, S. B.. **Sociais de usuários e trabalhadores da atenção primária representações à saúde sobre as práticas integrativas e complementares em saúde**. 2024. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - MPSC) – Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2024.

FERRER, V.C.. **Reiki como uma Estratégia de Autocuidado e Promoção de Saúde Integral**: uma realidade para o trabalhador do Distrito Federal. Monografia do Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2015.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

**Prof.ª Drª Amalia de
Sangelis Mussi**
REITOR

**Prof.ª Drª Rita de Cássia
Brêda Mascarenhas Lima**
VICE-REITORA

**Prof.ª Drª Silvone Santa
Barbara da Silva**
PRÓ-REITORA DE PESQUISA E
PÓS GRADUAÇÃO

**Prof.ª Drª Silvia da Silva
dos Santos Passos**
DIRETORA DO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

**Prof.ª Drª Marcio Costa
de Souza**
COORDENADOR DO MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA

**Prof.ª Drª Mariana
de Oliveira Araújo**
VICE COORDENADORA DO
MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE COLETIVA

Prof.ª Drª Maria Lúcia Silva Servo
ORIENTADORA

ROSE MARY BORBA COSTA
AUTORA

6.2 Projeto de intervenção



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal 77.496, de 27/04/1976
 Reconhecida pela Portaria Ministerial 874, de 19/12/1986
 Recredenciada pelo Decreto Estadual 9.271, de 14/12/2004
 Recredenciada pelo Decreto 17.228, de 25/11/2016

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA – MPSC

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE EM AÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM AGIR INTERVENCIONISTA COM FOCO NA AURICULOTERAPIA

Autora: Rose Mary Borba Costa

Orientadora: Maria Lúcia Silva Servo

RESUMO

Projeto de intervenção elaborado como produto do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, fundamentado nos resultados da pesquisa da Dissertação de Mestrado sob o título **Representações sociais de usuários e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde** (Costa, 2024), cujo objetivo é ampliar a inserção da auriculoterapia nas unidades de saúde da APS, por meio de ações de sensibilização e capacitação para trabalhadores e da divulgação de informações para usuários. Reuniões periódicas, estudos de caso e rodas de conversa com mediação dialógica compõem o rol de ações de sensibilização de trabalhadores em saúde, e ocorrerão conforme calendário pré-definido, para que os interessados possam se programar adequadamente de acordo com as suas agendas. A capacitação será voltada para os trabalhadores de saúde da APS que estão atuando nas unidades de saúde do município de Camaçari-BA, preferencialmente os inseridos nas APS, e ficará centrada na teoria e prática da auriculoterapia. O curso realizado com o apoio do NUPICS, e o corpo docente será composto de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas que atuam no atendimento da auriculoterapia nos distritos sanitários da sede e da costa litorânea do município de Camaçari-BA. A divulgação de informações sobre a auriculoterapia para os usuários do sistema municipal de saúde, acontecerá nos espaços coletivos, tais como feiras de saúde, campanhas de vacinação, reunião da comunidade e outros eventos congêneres, e, em modo de oficina, será utilizado de material didático e recursos metodológicos através dos quais a mensagem possa ser transmitida de forma clara, objetiva e num intervalo de tempo relativamente curto. Os resultados desejados e esperados com as ações são a valorização dos trabalhadores de saúde que prestam atendimento de auriculoterapia e o conhecimento da população sobre benefícios, efeitos da auriculoterapia, já ofertadas pelas unidades de saúde da APS.

Descritores: Auriculoterapia, Atenção Primária à Saúde, Trabalhadores de saúde.

INTRODUÇÃO

As PICS no Brasil passaram a ser intensificadas na rede pública a partir de 2006 através da Portaria 971, do Ministério da Saúde, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), a princípio com seis modalidades de atendimento relacionadas à Medicina Tradicional Chinesa (MTC) – acupuntura, homeopatia, fitoterapia, *Lian Gong* em 18 terapias, auriculoterapia e moxaterapia (ou moxabustão), número que foi ampliado para 29 procedimentos na atualidade (Brasil, 2015).

Com o interesse crescente das pessoas pelo tratamento holístico, as PICS surgiram como um novo paradigma para o cuidado em saúde, oferecendo técnicas e métodos de tratamento que reduzem os efeitos produzidos por doenças crônicas e previnem o aparecimento de novas patologias, além de proporcionar aos usuários uma melhor qualidade de vida (Tesser, 2018). Esses resultados levaram ao aumento da demanda pelas PICS, principalmente depois que trabalhadores de saúde passaram a utilizá-las, com resultados positivos, para prevenir ou reduzir os fatores de adoecimento decorrentes da sobrecarga e do ambiente de trabalho e restaurar o bem-estar físico e emocional.

A auriculoterapia é uma das primeiras técnicas que foram inseridas no SUS a partir da aprovação da PNPIC e, por fazer parte da acupuntura, tem sido usada por diversos profissionais e se tornado conhecida por seus efeitos benéficos sobre o sistema nervoso central (SNC). É um método prático e de rápida aplicação, que utiliza a orelha para diagnóstico e tratamento de diversas enfermidades, por meio do uso de sementes, cristais e agulhas.

Por ser de simples aplicação, a auriculoterapia é o método mais difundido pelo Ministério da Saúde (MS), que ampliou a oferta de cursos para os profissionais de saúde e o colocou na condição de “prática alternativa de tratamento”, tornando-a a mais aceita pelos pacientes. Reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a terapia de microssistema, é considerada uma técnica de fácil acesso e baixo custo, que possibilita o cuidado em saúde centrado no acolhimento à pessoa e sua individualidade (Ferreira, 2019).

Este projeto de intervenção é uma contrapartida para com o serviço de saúde do Município de Camaçari-BA e está fundamentado nos resultados obtidos por meio da dissertação do mestrado profissional em saúde coletiva: **Representações sociais de usuários e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**, que teve como objetivo analisar as Representações Sociais (RS) de usuários e trabalhadores de saúde que atuam na APS sobre as PICS (Costa, 2024).

Uma ação intervencionista focada na ampliação da oferta e do atendimento através da auriculoterapia é justificada pelas seguintes premissas:

1ª) a técnica da auriculoterapia tem baixo custo e é de fácil aplicação, com resultados reconhecidamente positivos;

2ª) a oferta de cursos pelo MS para formação em auriculoterapia é maior do que para outras técnicas;

3ª) a auriculoterapia é a técnica mais aceita pelos usuários que a têm utilizado;

4ª) por ser a mais aceita, a auriculoterapia torna-se uma “porta de entrada” para os usuários conhecerem outras técnicas e difundirem os benefícios obtidos através das PICS.

Da diagnose que fizemos das RS apreendidas de usuários e trabalhadores de saúde sobre as estratégias para a implantação das PICS na APS de Camaçari-BA, identificamos dois fatores que interferem negativamente no processo do seu desenvolvimento, a saber:

1º) a alta demanda reprimida por atendimento através da auriculoterapia na APS de Camaçari-BA, ocasionada pela escassez de trabalhadores de saúde habilitados à aplicação da técnica;

2º) usuários com baixo nível de informação sobre os efeitos benéficos da auriculoterapia e suas aplicações.

Para reduzir os impactos negativos desses fatores e ampliar a oferta da auriculoterapia na APS de Camaçari-BA, propomos uma ação conjunta do Núcleo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NUPICS), orgânico da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com o Distrito Sanitário da Sede e o Distrito Sanitário da Costa Litorânea, com os seguintes objetivos:

1) Geral: habilitar os trabalhadores de saúde da APS do município de Camaçari-BA para aplicação da técnica da auriculoterapia.

2) Específicos

1) aprimorar a abordagem e atuação clínico-terapêutica dos trabalhadores de saúde da APS do município de Camaçari-BA através da aplicação da técnica da auriculoterapia;

2) ampliar o acesso dos usuários da APS do município de Camaçari-BA às PICS, através da oferta da técnica da auriculoterapia;

3) fomentar a constituição de grupos de trabalhadores da APS que atendem através das PICS, com o objetivo de compartilhar experiências vivenciadas com a auriculoterapia.

As ações planejadas deverão propiciar aos trabalhadores de saúde da APS do município de Camaçari-BA a aquisição de novos conhecimentos e informações que promovam

mudanças na forma do cuidar e, ainda, oferecer oportunidade de atender com a aplicação da técnica da auriculoterapia.

METODOLOGIA

Etapa inicial do planejamento

Para o planejamento das ações conjuntas será criado um grupo de trabalho formado inicialmente por integrantes do NUPICS e trabalhadores que se encontram realizando a aplicação da auriculoterapia nas unidades de saúde da APS. Esse grupo de trabalho elaborará um calendário de reuniões de planejamento, considerando a disponibilidade dos seus integrantes.

Módulos e fases do projeto

O projeto de intervenção será constituído de dois módulos distintos a saber:

Módulo I – Curso de auriculoterapia para trabalhadores de saúde – teoria e prática;

Módulo II - realização de rodas de conversa com os usuários.

Esses módulos podem ocorrer simultânea ou subsequentemente, a depender do calendário de atividades que definirá as datas ou os períodos para os eventos municipais de saúde, tais como, feiras de saúde, campanhas de vacinação, visitas às comunidades etc. Caso o município de Camaçari-BA não tenha um calendário prévio de atividades para 2025, as ações planejadas pelo grupo de trabalho devem ter uma certa margem de flexibilidade, em caso da eventual necessidade de alteração, para evitar a sobreposição de eventos e o consequente esvaziamento de um deles ou dos dois.

Para submeter-se ao processo de seleção, o candidato deverá ser trabalhador de saúde de nível superior, estar atuando nas unidades de saúde da APS do município, apresentar uma carta de intenção para implantar o atendimento da auriculoterapia na unidade onde atua.

Serão inicialmente oferecidas 75 vagas e os candidatos selecionados serão divididos em três turmas com, no máximo, vinte e cinco pessoas cada. A carga horária total será de 48 horas, sendo 24 horas/aula teóricas e 24 horas/aula práticas. As aulas teóricas serão realizadas na Sede, em local estabelecido pela gestão da secretaria municipal de saúde (SMS) enquanto as aulas práticas, nas unidades de saúde do Distrito Sanitários da Sede e do Distrito Sanitário da Costa Litorânea.

MÓDULO I – Curso de auriculoterapia para trabalhadores de saúde da APS – teoria e prática.

O Módulo I será constituído de duas fases a saber:

Primeira fase: será ministrada toda a base teórica da técnica da auriculoterapia, contando com a participação de três facilitadores, trabalhadores de saúde da APS que já atuam nas unidades com a aplicação da auriculoterapia.

A primeira fase do curso ocorrerá em sala de aula e será uma introdução ao conhecimento sobre PICS, o estudo da auriculoterapia, os métodos terapêuticos mais utilizados, princípios de seleção dos pontos auriculares, indicação para o tratamento e manipulação do pavilhão auricular com a aplicação de sementes, cristais, sangrias, massagem, e as relações do processo de cuidar profissional *versus* usuário, além do estudo da legislação aplicada, sobretudo da PNPIC.

Finalizadas as aulas teóricas, cada turma será dividida em duas, da seguinte forma: uma com 12 e a outra com 13 pessoas, para que se obtenha um melhor aproveitamento das aulas práticas. Se a turma tiver menos de 25 pessoas, a divisão será feita observando-se o mesmo critério.

Segunda fase: será a parte prática, conduzida pelos facilitadores que atuarão na primeira fase, auxiliados por trabalhadores que fazem parte do NUPICS e tenham se colocado à disposição para acompanhar os participantes do curso. Essa fase acontecerá nas unidades de saúde selecionadas pelo grupo de trabalho, no Distrito Sanitário da Sede e no Distrito Sanitário da Costa Litorânea.

Para a segunda fase do Módulo I, que constitui a fase prática do curso de auriculoterapia, faremos inicialmente reuniões com as equipes de Agentes Comunitários de Saúde, aos quais solicitaremos que convidem os usuários residentes nas suas respectivas áreas de atuação para conhecer as PICS e, voluntariamente, realizar uma ou mais sessões de tratamento com auriculoterapia.

Os participantes do curso, nessa fase, serão acompanhados por um profissional habilitado, com experiência em auriculoterapia. Os atendimentos contarão com entrevista individual e anamnese e os usuários poderão ter a opção de retornar para uma segunda sessão ou interromper o tratamento na primeira.

O processo de monitoramento e avaliação dos resultados se dará a todo o momento, desde as aulas teóricas até as práticas. O rendimento será considerado satisfatório se o participante do curso for capaz de aplicar a técnica da auriculoterapia com entendimento lógico, de forma correta e segura, bem como, prestar orientações aos usuários.

MÓDULO II – Realização de rodas de conversa com os usuários, durante a sua permanência nas unidades de saúde, em feiras de saúde, campanhas de vacinação e congêneres, ações específicas a exemplo do “Fila Zero”, palestras nas comunidades, dentre outros eventos.

Os usuários serão convidados a participar da roda de conversa enquanto estiverem aguardando o atendimento. Essa estratégia terá a dupla vantagem de oferecer aos usuários um conhecimento novo sobre PICS, com foco na auriculoterapia, ao mesmo tempo que poderá ser convidado a participar do tratamento através dessa técnica.

Durante a realização das rodas de conversa, que terão duração máxima de 30 minutos, os usuários, de forma dinâmica e interativa, serão convidados a expor suas dúvidas, comentar sobre o que acharam das informações e dizer se estariam dispostos a iniciar um tratamento com a auriculoterapia, se sentissem essa necessidade.

As ações de cada módulo ocorrerão durante todo o período previsto para a execução deste projeto de intervenção, podendo ser simultâneas ou subsequentes. Nessas ações acima descritas utilizaremos o material visual como mapas de auriculoterapia, assim como também se fará o uso da cartilha das PICS, para os usuários com a finalidade de divulgação sobre os diversos atendimentos ofertados pelas PICS.

CRONOGRAMA

AÇÕES/ATIVIDADES	PÚBLICO-ALVO	RESPONSÁVEIS	INDICADORES	PRAZOS
Apresentação do Projeto de Intervenção	- Secretário municipal de saúde - Diretor de Atenção à Saúde - Integrantes do NUPICS	- Enf. Rose Costa	- Lista de presenças - Registro fotográfico	Março/2025
Criação do grupo de trabalho multiprofissional	Integrantes do NUPICS	- Enf. Rose Costa - Coordenador do NUPICS	Ata da reunião	Março/2025
Apresentação do Plano de Ação e seleção dos docentes do Curso de Auriculoterapia	Integrantes do NUPICS	- Enf. Rose Costa - Coordenador do NUPICS	- Lista de presenças - Registro fotográfico	Março/2025
Divulgação do Curso de Auriculoterapia, inscrição e seleção dos candidatos	- Diretor de Atenção à Saúde - Coordenadores dos distritos sanitários - Apoiadores institucionais - Gerentes das unidades de saúde - Trabalhadores de saúde da APS de nível superior	- Enf. Rose Costa - Integrantes do NUPICS	- Número de inscritos - Número de trabalhadores selecionados	Abril-Maio/2025
Elaboração do projeto pedagógico do Curso de Auriculoterapia	Trabalhadores de saúde da APS	- Enfermeira Rose Costa - Médica Lilian Carneiro - Fisioterapeuta Ana Pithon	-----	Abril-Maio/2025
Execução do Curso de Auriculoterapia	Trabalhadores de saúde da APS selecionados	- Enfermeira Rose Costa - Médica Lilian Carneiro - Fisioterapeuta Ana Pithon	- Número de trabalhadores concludentes	Junho a setembro/2025
Rodas de conversa com usuários	Usuários atendidos nas unidades dos distritos sanitários Abrantes e Sede	- Enfermeira Rose Costa - Médica Lilian Carneiro - Fisioterapeuta Ana Pithon	- Número de usuários participantes	Junho a dezembro/2025
Distribuição de cartilhas informativas sobre PICS	Usuários atendidos nas unidades dos distritos sanitários Abrantes e Sede	- Enfermeira Rose Costa - Profissionais que atuam com PICS nas unidades de saúde	- Número de cartilhas distribuídas	Junho a dezembro/2025

RECURSOS UTILIZADOS

MATERIAL UTILIZADO PERMANENTE	QUANTIDADE	VALOR
Notebook	01	4.000,00
Impressora	01	
Data show	01	
Caixa de som	01	
MATERIAL UTILIZADO DE CONSUMO	QUANTIDADE	VALOR
Papel ofício A4	01 resma	30,00
Apostila	75 cópias	3.750,00
Mapas auriculares	75 mapas	225,00
Placas de auriculoterapia	80 placas	3.600,00
Semente de coza	01 quilo	40,00
Cristal radiônico	10 pacotes	300,00
Agulhas semipermanentes	10 pacotes	200,00
Esparadrapo	75 rolos	1.125,00
Estilete	75 unidades	150,00
Valor total		9.420,00

Todo o material permanente e de consumo, exceto o notebook, será disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Município de Camaçari-BA.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fortalecimento e valorização dos trabalhadores que atuam com as PICS;
- Comunicação efetiva sobre o atendimento com a auriculoterapia nas unidades de saúde da APS;
- Identificação dos usuários que possam estar recebendo cuidados através da auriculoterapia;
- Ampliação da oferta de auriculoterapia nas unidades de saúde da APS com a melhoria da qualidade do trabalho na saúde;
- Adesão dos usuários ao cuidado terapêutico pela auriculoterapia, com a possibilidade da redução do uso de medicamentos;
- Reconhecimento por parte do usuário do seu papel enquanto autor do seu próprio cuidado;
- Contribuir através da auriculoterapia para ser resolutivo no Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas integrativas e complementares em saúde no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- BETTINI, M. S, PARISSOTO, D. **Auriculoterapia como recurso terapêutico para pacientes com fibromialgia que apresentam queixas de dor e insônia**: Revista UNIANDRADE, 2018 DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1519-5694.20180003/revuniandrade.v19n1p21-27>
- CONTIM, C. L. V.; SANTO, F. H. DO E.; MORETTO, I. G.. **Aplicabilidade da auriculoterapia em pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, p. e03609, 2020.
- FERREIRA, L. A.. **Uso das práticas integrativas e complementares na Estratégia Saúde da Família**: cenário de um município de médio porte. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste. Natal, RN, 2019.
- FOGAÇA, L. Z. **Práticas Integrativas e Complementares e a qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde**: uma avaliação a partir do olhar da equipe multiprofissional. Trabalho de Conclusão de Curso. Residência Multiprofissional em Práticas Integrativas. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2018, 115 p
- TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas integrativas e complementares em saúde na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 174-188, 2018

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa alcançou o objetivo delimitado, que foi assim definido: analisar as representações sociais de usuários e trabalhadores de saúde que atuam na APS sobre as PICS. As RS foram apreendidas com base nas concepções, experiências e vivências de usuários e trabalhadores de saúde da APS, na perspectiva de que as PICS são, não apenas um método de tratamento às doenças, mas, um fenômeno que contempla as várias dimensões do ser humano e intervém nas diferentes formas do cuidado.

No campo das PICS na APS, as RS exercem papel articulador entre as vivências individuais e coletivas dos usuários e os saberes e a prática dos trabalhadores de saúde, ampliando a compreensão sobre os valores de cada uma das partes que permeiam a relação, auxiliando na mitigação de conflitos e na construção de um ambiente acolhedor, integrador e harmônico.

Os núcleos de significados apreendidos na análise de conteúdo foram classificados em quatro categorias para usuários e outras quatro para trabalhadores de saúde. Em relação aos usuários, na categoria “compreensão do usuário sobre PICS”, os elementos apreendidos revelaram a busca por um tipo de tratamento que propiciasse alívio para suas dores físicas e emocionais, dentro do entendimento de que as PICS representavam algo novo que ainda não havia sido experimentado.

As PICS, na categoria “experiências vivenciadas”, são vistas pelos usuários como métodos de tratamento positivos e estimuladores do autocuidado, haja vista que, no decorrer do tratamento, as mudanças de comportamento são percebidas, melhorando a compreensão dos usuários sobre os efeitos benéficos da renovação dos pensamentos e do modo como controlam as emoções.

Quanto à categoria “dificuldades/limites para o acesso ao tratamento”, as RS dos usuários apontam para questões de natureza socioeconômica e sociofamiliar como desafios a serem superados no cotidiano, se quiserem conseguir realizar o tratamento. Nesta categoria, as RS dos usuários também revelaram limites estruturais ligados ao reduzido número de trabalhadores da APS que atuam no atendimento através das PICS, como também às condições ambientais.

Sobre a categoria “facilidades/possibilidades para o acesso ao tratamento”, as RS dos usuários revelaram que os fatores como local onde residem ou trabalham, disponibilidade e conhecimento para agendar consultas e apoio familiar influenciam na percepção de quem é avaliado.

Para os trabalhadores de saúde da APS de Camaçari-BA, as quatro categorias apreendidas foram: representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; estratégias utilizadas por trabalhadores de saúde para o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; dificuldades/limites vivenciados por trabalhadores de saúde para a implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; e facilidades/possibilidades reveladas por trabalhadores de saúde para realizar as Práticas Integrativas e Complementares.

Na primeira categoria, as RS dos trabalhadores de saúde da APS revelaram a ressignificação no modo de pensar, agir e cuidar dos usuários através das PICS. Com relação à segunda categoria, sobre as estratégias utilizadas no desenvolvimento das PICS, as RS mostraram que o desejo dos trabalhadores de saúde de exercerem o seu papel de forma segura e responsável fazem deles protagonistas, quando utilizam dos próprios recursos para iniciar ou não ter de interromper o tratamento dos usuários. As RS mostraram ainda que, conquanto não seja uma estratégia planejada, a vontade de fazer dos trabalhadores tem sido determinante para o crescimento das PICS na APS de Camaçari-BA.

Na categoria “dificuldades/limites para a implantação das PICS na APS de Camaçari-BA” as RS revelaram dois importantes obstáculos ao crescimento da oferta das PICS: o primeiro, de caráter institucional, diz respeito ao desconhecimento da gestão sobre PICS, sua metodologia e seus benefícios; o segundo, de natureza funcional, expõe a resistência dos próprios colegas de trabalho, imersos em uma cultura baseada em uma medicina mecanicista e protocolar.

Por fim, na quarta categoria, que trata das “facilidades/possibilidades para realizar as PICS na APS” a voz dos trabalhadores de saúde indicam que a ação integrada entre estes e os usuários permitiram que as PICS fossem realizadas na APS apesar das dificuldades/limites enfrentados, pois, carências foram supridas por iniciativa de ambos, que fizeram as necessárias adequações para manter os serviços em funcionamento.

As RS sinalizam que em todo o processo de enfrentamento das dificuldades e superação de limites, o que constatamos foi uma mudança comportamental tanto de parte dos trabalhadores de saúde quanto dos usuários, deslocando a relação centrada em uma medicina biologistica e cartesiana, pautada na busca da cura através da medicalização, para uma relação fundamentada em um novo conceito de saúde e de cuidado, segundo a qual o ser, na sua completude alma-mente-corpo, ganha um lugar de fala, um espaço ao qual ele sente-se pertencente.

Esse novo olhar sobre a saúde e o cuidado que a implantação/implementação das PICS nas unidades da APS proporcionaram, reveladas nas RS dos usuários e trabalhadores de saúde da APS, apontam para uma mudança no paradigma de uma saúde exclusivamente voltada à busca da cura do corpo, para outra que envolve ações de acolhimento e escuta ativa, responsabilidade e respeito, numa perspectiva que pode levar a uma percepção mais ampliada dos usuários em relação ao autocuidado e dos trabalhadores para a necessidade de novos modelos de cuidado.

As RS sobre as PICS, trazidas pelos usuários e trabalhadores de saúde da APS, também nos revelam que mesmo com a inserção das PICS em algumas unidades de saúde, existem obstáculos a serem superados pelo município para que o acesso e a garantia aos serviços possam ser ofertado de forma equitativa e igualitária, tendo em vista o insuficiente número de unidades que ofertam as práticas, desconhecimento sobre as PICS pelos demais trabalhadores de saúde, o fornecimento continuado de insumos para a promoção do cuidado, a necessidade de uma agenda protegida para o atendimento das PICS e a construção de espaços adequados às práticas.

Os usuários, cujas narrativas estão carregadas de imagens e símbolos predominantes em uma sociedade ainda desigual do ponto de vista social, tiveram os seus saberes acolhidos pelos trabalhadores de saúde, pois que estes permitiram-se conhecer e legitimar as experiências e vivências dos que lhe buscaram atendimento, sem, no entanto, estabelecer juízo de valor a elas. Desse modo, as RS dos trabalhadores de saúde foram sofrendo a influência do novo, no contexto das interações sociais, o que lhes possibilitou a ressignificação do modo de pensar, agir, sentir e cuidar.

Os trabalhadores de saúde da APS expressaram através das RS o desejo de exercer o seu trabalho de forma segura, com responsabilidade, mas, admitiram que a falta de conhecimento e entendimento dos colegas, em todos os níveis, e a tímida participação dos gestores acabam por pressioná-los a realizar a atividade laboral de um modo informal e voluntário.

A realidade atual ainda é, portanto, permeada por comportamentos que têm interferido no desenvolvimento das PICS na APS de Camaçari-BA e dificultado o conhecimento e a compreensão sobre a sua eficácia no processo saúde-doença. Sendo as PICS ofertadas ainda de forma setorizada, restrita ao âmbito de algumas unidades de saúde, o acesso aos usuários torna-se difícil e os desafios para universalizar o atendimento tornam-se maiores. A não existência de uma política municipal contribui para que iniciativas sejam pontuais e de

acordo com o interesse do trabalhador de saúde com especialização para atendimento através das PICS.

Podemos considerar que o atendimento pelas PICS em Camaçari tem um caráter protocolar, cuja estruturação e distribuição da oferta, será para àqueles que melhor se adequarem a este modelo de organização, tendo em vista que os fatores como insuficiência de profissionais capacitados, planejamento das ações, espaços, organização dos serviços, acabam por contribuírem como limitantes e dificuldades para o acesso dos usuários.

É importante enfatizar que esta pesquisa, longe de esgotar o assunto e encerrar os debates em torno das PICS na APS de Camaçari-BA, abre espaços e oportunidades a que outros pesquisadores explorem o tema e ampliem a compreensão sobre ele, pois, constatamos que estamos ainda no estágio inicial e que muito há que se fazer para que, de fato, as estruturas sejam construídas, o conhecimento seja disseminado, os profissionais sejam capacitados e os potenciais efeitos das PICS sobre usuários se façam sentir, a benefício de toda uma coletividade que se percebe representada.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean-Claude. Las representaciones sociales: aspectos teóricos. *In*: ABRIC, Jean-Claude (dirección). **Prácticas Sociales y Representaciones**. Deleg. Coyoacán, México. D.F.: Ediciones Coyoacán, 2001.
- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S.. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 94, n. 236, p. 299–322, jan. 2013.
- ALVES, M. R. R.. **Portfólio para práticas integrativas e complementares em saúde para pessoa idosa**. Dissertação (mestrado em profissional em gerontologia). Centro de Ciências da Saúde Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2018.
- AMARO, Priscilla Ercícila Queiroz. Ventosaterapia no Tratamento de Acne Vulgar:.[online]. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pró-Reitoria de Graduação Curso de Biomedicina)-Universidade Católica de Brasília, Brasília-DF, 2015.
- ANDRADE, M. P.; DOULA, S. M.; VIEIRA, J. P. L.; RIBEIRO, I. S.. Representações dos profissionais da saúde pública sobre as práticas integrativas e complementares em saúde na Cidade de Viçosa-MG, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, Vargem Grande Paulista, SP, 2021.
- APARICIO, C. X. P.; BARRIOS, N. Y. Z.. Una mirada a la atención primaria desde Alma-Ata hasta Astaná. **Cultura de los Cuidados**. Recebido em:10/12/2021. Aceito em: 18/02/2022. Disponível em <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.62.11>. Acesso em: 07 abr. 2023.
- ARAÚJO, F. N. **Nadando contra a corrente**: a homeopatia e seus embates na Bahia através da trajetória de Alfredo Soares da Cunha (1913–1936). Dissertação (mestrado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2015.
- ASSIS, M. M. A.; LIMA, W. C. M. B.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B.; PEREIRA, M. J. B.; JORGE, M. S. B. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família de um município da Região Nordeste da Bahia**: encontros e desencontros. *In*: ASSIS, M. M. A. *et al.* (orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários**. Cap. 2, p. 39-58. Salvador. EDUFBA, 2010.
- ASSIS, W. C. *et al.*... Novas formas de cuidado através das práticas integrativas no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fundação Edson Queiróz, UNIFOR. Fortaleza, 31(2), abr./jun., 2018, p. 1-6.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIAN GONG EM 18 TERAPIAS. **Sobre Lian Gong**: o que é e como surgiu. Página oficial da entidade. Disponível em: www.associacaobrasileiralg18terapias.org/sobre-lian-gong. Acesso em: 16 ago. 2023.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (PEPICS-BA)**. Resolução CES-BA nº 22/2019, publicada no DOE de 22 de maio de 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: edições 70, 3. reimp. 1. ed., 2016.
- BARRETO, A. F.. Práticas Integrativas em Saúde: Uma breve Introdução *In*: BARRETO, A. F (org.) **Práticas integrativas em saúde**: proposições teóricas e experiências na saúde e educação., Recife: Editora UFPE, cap. 1, 2014, p. 13-20.

BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; SIMONI, C. D.. Política Nacional de Práticas integrativas e complementares em saúde no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 3066–3067, dez. 2007.

BAUER, M. W.; GASKELL, G.. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S.. **Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. 2.ed. Tradução: Magda Lopes. São Paulo: UNESP, 2012.

BOUSQUAT, A. *et al.*. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. e00037316, 2017.

BRANT, L. C. *et al.*. Práticas integrativas e complementares em saúde:: os desafios da implantação de uma política. **Revista Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. pag. 843–861, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/474>. Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, 3.ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2006, v.7. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 10 fev. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Ministério da Saúde, Brasília: jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas integrativas e complementares em saúde no SUS**. Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas integrativas e complementares em saúde no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da União–DOU, v. 183, Seção 1, p. 67–76, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Práticas integrativas e complementares em saúde no SUS. **Página oficial da SAPS/MS**, Brasília, 2023. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Conhecendo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Bioenergética**. [recurso eletrônico] Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. – 1. ed. – Brasília: 2018. 70 p. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_saude_bioenergetica_1ed.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRITTO JÚNIOR, A. F.; FERES JÚNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Revista Evidência**. Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com>. Acesso em: 19 mai. 2023.

BULSING, M.. **Um Estudo Sobre o Surgimento da Política Nacional de Práticas integrativas e complementares em saúde no Sus**. Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal de Santa Maria, 2013.

CAMAÇARI (BA). **Portaria Nº 052/2017**. Institui o Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde de Camaçari. Publicada no Diário Oficial do Município de Camaçari – Ano XV, Nº 775, em 21/09/2017, p. 3. Disponível em: www.camacari.ba.gov.br/arquivos/diário-oficial/. Acesso em: 22 jun. 2023.

_____. Secretaria Municipal da Administração. **Concurso Público Municipal Edital Nº 001/2007**. Provimento de cargos efetivos vagos do Quadro de Pessoal da Administração Direta do Município de Camaçari, 28 nov. 2007.

_____. **DECRETO DE 04 DE AGOSTO DE 2008**. Nomeia aprovados em concurso público de provimento efetivo da Secretaria Municipal da Saúde. Diário Oficial de Camaçari – BA, ano VI, n. 266, 02-08 ago. 2008, p. 4-5.

_____. Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – NUPICS. **Ata da reunião do NUPICS**. Auditório do Centro de Referência do Trabalhador, Camaçari – BA, 28 jun. 2023.

_____. Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – NUPICS. **Ata da reunião do NUPICS**. Auditório da USF de Ponto Certo, Camaçari – BA, 14 ago. 2019.

CAMARGO-JÚNIOR, K. R. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.

_____. A Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento):, 2005, p.177-201.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**. vol. 21 n.2, Ribeirão Preto, dez. 2013, p. 513-518. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org>. Acesso em: 29 mai. 2023.

CAMPOS, P. H. F.. As práticas e seu “contexto”. In: ROSO, A. *et al.* (orgs.). **Mundos sem Fronteiras: representações sociais e práticas psicossociais**. Porto Alegre: Abraspso Editora, 2021, p. 122-156.

CANDIDO, L. A. P; ARAOZ, S. M. M. de. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS): uso comum dentro da comunidade autista. 2019. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological** 6 (1). Recuperado de <https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEETT/article/view/2269>.

CANGUILHEM, G.. **O normal e o patológico**. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Revisão técnica: Manoel Barros da Motta. Tradução do posfácio: Piare Macherey. Tradução da apresentação: Louis Althusser e Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. 6.ed. rev., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, J. E. C.. As Representações Sociais e o Conhecimento do Cotidiano: uma crítica metodológica a partir da Filosofia da Linguagem. **Revista Neurociências**. v.13, n.3, jul/set, 2005, p. 145-151.

CARVALHO, J. L. S.; NÓBREGA, M. P. S. S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, 2017.

CASTORINA, J. A.. A teoria das representações sociais e a psicologia de Vygotsky. In: ENS, R. T.; VILLAS BOAS, L. P.; BEHRENS, M. A.. **Representações sociais: fronteiras, interfaces e conceitos**. Curitiba: Ed. Champagnat; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2013. p. 37–63.

CAVALCANTI, F. *et al...* **Política Nacional de Práticas integrativas e complementares em saúde no SUS: histórico, avanços, desafios e perspectivas.** In: BARRETO, A. F. (org.). *Práticas Integrativas em Saúde: Proposições Teóricas e Experiências na Saúde e Educação.* cap. 8, p. 139–153. Recife: Editora UFPE, 2014.

COELHO, M. T. A. D.; CARVALHO, V. P.; PORCINO, C.. Representações sociais de doença, usos e significados atribuídos às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por universitários. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 848–862, jul. 2019.

COLÉGIO MÉDICO BRASILEIRO DE ACUPUNTURA. Moxaterapia ou moxabustão. **Página oficial do CMBA.** Disponível em: www.cmba.org.br/moxaterapia-ou-moxabustao/. Acesso em: 20 ago. 2023.

CONILL, E. M.. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s7–s16, 2008.

CONTATORE, O. A. *et al..* Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3263–3273, 2015.

CONTIM, C. L. V.; SANTO, F. H. DO E.; MORETTO, I. G.. Aplicabilidade da auriculoterapia em pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03609, 2020.

COSTA, N. N. G.. **Representações sociais dos trabalhadores de saúde da atenção primária sobre às práticas integrativas e complementares em saúde em um município no interior da Bahia.** Dissertação (mestrado em saúde coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana, 2022.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS. **Alma-Ata**, URSS, 12 de setembro de 1978. Fonte: Ministério da Saúde. Data da Publicação: 06/02/2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 09 jul. 2023.

DEMIR, M.; CAN, G.; CELEK, E.. Effect of *Reiki* on Symptom Management in Oncology. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 14, 2013, p. 4931–4933.

DINIZ, *et al.* Práticas Integrativas E Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde.** Maringá, Paraná: EDUEM. 2022; v.21i0.60462. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>. Acesso em 02/08/2024.

DONATO, S. P.; ENS, R. T.; FAVORETO, E. D. A.; PULLIN, E. M. M. P. Da análise de similitude ao grupo focal: estratégias para estudos na abordagem estrutural das representações sociais. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v.14, n.37. Submetido em 09/08/2017, aprovado em 25/10/2017.

EICKHOFF, P. C.L.; OLIVEIRA, J.; BUSNELLO, M. B.. **De um usuário para um sujeito: uma educação que se renova através das PICS.** Anais I CONGREPICS. Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/31804>. Acesso em 29/06/2024.

ESMERALDO, G.R.O.V. *et al...* Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Revista APS**, v.20, p.98–106, 2017.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C.. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V.G. C.; CORBO, A. D. (orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, v. 4. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67.

FERRER, V.C.. **Reiki como uma Estratégia de Autocuidado e Promoção de Saúde Integral**: uma realidade para o trabalhador do Distrito Federal. Monografia do Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2015.

FERREIRA, D. C. *et al.* A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 283–288, abr. 2014.

FERREIRA, L. A.. **Uso das práticas integrativas e complementares na Estratégia Saúde da Família**: cenário de um município de médio porte. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste. Natal, RN, 2019.

FOGAÇA, L. Z. **Práticas Integrativas e Complementares e a qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde**: uma avaliação a partir do olhar da equipe multiprofissional. Trabalho de Conclusão de Curso. Residência Multiprofissional em Práticas Integrativas. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2018, 115 p.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, jan. 2008.

FONTANELLA, F. *et al.* Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **ACM arq. catarin. med.** 2007; 36(2):69–74.

FRANCO, T.B.; HUBNER, C.M. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.43, n. especial 6, dez 2019, p. 93-103.

FROIO, L. A expansão chinesa a partir da medicina tradicional. **ComCiência**, Campinas, n. 137, abr. 2012. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/scielo>. Acesso em: 02 jul. 2023.

GALE N.. **The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine**. *Sociology Compass*, 2014; 8/6:805-822.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e de grupos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 64-89.

GEERTZ, C.. **A Interpretação das Culturas**. 1. ed. [Reimpr.]. Rio de Janeiro, LTC. 2015.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (orgs.). **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, L.. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou abrangente?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s21–s23, 2008.

GONÇALVES, B. O. **Política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde no SUS e a qualificação dos trabalhadores**. Orientador: Cristina Amélia Carvalho. 2017. 78 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Administração Pública Contemporânea) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

GUIMELLI, C.. Transformações das Representações Sociais, novas práticas e esquemas cognitivos de base. Em: P. H. F. Campos & M. C. S. Loureiro (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. (pp.59-80). Goiânia: Ed. da UCG, 2003.

HOHENDORFF, J. V.; PATIAS, N. D. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa (artigo). **Revista Psicologia em Estudo**, v. 24, e43536, 2019.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ Editora. cap. 1, 2001, p. 17-44.

_____. Ciências sociais e representações: estudo dos fenômenos representativos e processos sociais, do local ao global. **Sociedade e Estado**, v. 33, n. 2, p. 423–442, maio 2018.

KAMI, M. T. M. *et al.* Trabalho no consultório na rua: Uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**, v.20, n. 3, p.1-6, Jul-Set, 2016.

KNAPP, E.; MESA, M.; SUÁREZ Y LIE, M. C.. Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana. **Revista Cubana De Psicología**, Vol. 20, n.1, 2003.

LEME, R. J. A. **Saúde é consciência**: Medicina da saúde X Medicina da doença. São Paulo: Ciranda Cultural, 2012.

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, n. 49, p. 261–272, abr. 2014.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T.. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálisis**, v. 10, n. spe, 2007, p. 37–45.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, 1997; 7(1):13-43.

LUZ, M. T.. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde do município do Rio de Janeiro. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (orgs.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde** – Estudos teóricos e empíricos. 1. ed. P. 217-247. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P.. L'analyse de similitude appliquée aux *corpus* textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). **Actes des 11eme journées internationales d'analyse statistique des données textuelles**. JADT, 2012, p. 687–699.

MARTINS, P. H.. O Movimento das Terapias Alternativas: e sua importância na emancipação do paradigma da promoção na saúde. In: **Aventuras Antropológicas no Campo da Saúde**. Puttini R. F. (Org.) ; ALBUQUERQUE, L. M. B. (Org.) 01. ed. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2013. v. 01.

MAZZOTTI, A. J. A.. A abordagem estrutural das representações sociais. **Rev. Psicologia da Educação**. 14/15, 1º e 2º sem. de 2002, p. 17-35.

MEDINA FILHO, A. L. Importância das imagens na metodologia de pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, 25(2), 263-271, 2013.

MELO, S. C. C. *et al.*. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 840-846, nov./dez. 2013.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Hucitec, 2002.

MIGUEL, M. G. D.; ALVES, K. L.; MOREIRA, M. A. S. P.. Práticas integrativas e complementares em saúde no olhar da pessoa idosa. **Anais do VIII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/77341>. Acesso em: 24 abr. 2023.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, mar. 2012, p. 621–626.

_____. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C. S; DESLANDES, S.F; CRUZ NETO, O; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-30.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo (SP): Hucitec, 2014.

_____; COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**. núm. 40, p. 11-25. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2018.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Editado em inglês por Gerard Duveen. Traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

_____. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Tradução: Sonia Fuhrmann. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Editado em inglês por Gerard Duveen. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Editado em inglês por Gerard Duveen. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2013.

MOURA, B. L. A. *et al.*. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Materna**. Infant., Recife, v.10, n.1, p.69-81, nov., 2010.

MOURA, S. G.. *et al.*. Representações sociais sobre terapia comunitária integrativa construídas por idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, p. e55067, 2017.

- NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 6(2), 72-88, 2006.
- NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, E. V. Psicologia social, representações sociais e métodos. **Temas em psicologia**. Ribeirão Preto , v. 8, n. 3, p. 287-299, dez. 2000. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>. Acesso em: 29 mai. 2023.
- NATIVIDADE, P. C. S.; VIEIRA, A.; SPAGNOL, C. A.; ALMEIDA, V. de. Qualidade de vida dos trabalhadores: contribuições das práticas integrativas e complementares. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. e3539, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N3-109. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/3539>. Acesso em: 11 dez. 2024.
- NÉRI, S. C.C. *et al...* Diagnóstico situacional das práticas integrativas e complementares em saúde na Bahia: um estudo transversal. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 47, n. 1, p. 9-24, jan-mar, 2023.
- NEVES, T. I.; PORCARO, L. A.; CURVO, D. R..Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. **Saúde e Sociedade** [online]. 2017, v. 26, n. 3, p. 626-637. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170016>. Acesso em 22 fev. 2023.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F; BOGÚS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 44-57, 2004.
- OLIVEIRA, G. N.. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. 175f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011.
- ORTIZ, A. J.; TRIANI, F.; MAGALHÃES JUNIOR, C. A. O.. Representações Sociais: uma teoria, muitos caminhos. In: MAGALHÃES JUNIOR, C. A. O.; BATISTA, M. C. (orgs.). **Metodologia da pesquisa em educação e ensino de ciências**. 1. ed. Maringá (PR): Gráfica e Editora Massoni, 2021, p. 127-145.
- PAGOTTO, V; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A.. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Rev. Panam. Salud Publica**. 2013;33(4):30.
- PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. V.. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo**, v. 24, p. e43536, 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/337540513>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- PERAZA DE APARICIO, C. X., ZURITA BARRIOS, N. Y. Una mirada a la atención primaria desde Alma-Ata hasta Astaná. **Cultura de los Cuidados**, 26(62). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.62.11> Recibido:10/12/2021 Aceptado: 18/02/2022. Disponível em: [CultCuid62_11.pdf](#) (ua.es). Acesso 07 abr. 2023.
- PÉREZ, M. P.. A Propósito de las Representaciones Sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. (artículo) En: **CD Caudales**. La Havana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas – CIPS, 2003.
- QUEIROZ, M. S.. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 363–375, abr. 2000.
- RANZI, D. V. M. et al.. Laboratório de inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 1999–2011, jun. 2021.
- REZENDE, M. O.. “Contracultura”; **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/contracultura.html>. Acesso em 03 jul 2023.

RIBEIRO, A. M. V. B. **Representações Sociais da produção do cuidado ao idoso (re)veladas pelos profissionais da estratégia de Saúde da Família**. 2017. 125f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.

RIBEIRO, A. M. V. B.; SERVO, M. L. S. Uso do Software IRAMUTEQ em estudos com Representações Sociais. In: MISSIAS-MOREIRA, R. M.; FREITAS, V.L.C.; COLLARES-DA-ROCHA, J.C.C. (orgs.). **Representações Sociais na Contemporaneidade** – v.1. Curitiba: CRV, 2019. p. 45–56.

RIBEIRO, A. M. V. B.; SERVO, M. L. S. Imaginário coletivo da segurança do paciente na ótica das representações sociais de enfermeiros e intensivistas. In: MISSIAS-MOREIRA, R. M.; FREITAS, V.L.C.; COLLARES-DA-ROCHA, J.C.C. (orgs.). **Representações Sociais na Contemporaneidade** – v. 3. Curitiba: CRV, 2020. p. 47–63.

RIBEIRO, A. M. V. B.; SERVO, M. L. S.. Significado de família para a produção do cuidado ao idoso no olhar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. In: MISSIAS-MOREIRA, R.; SERVO, M. L. S. (orgs.). **Representações sociais e seus diversos olhares**. v. 2, Curitiba: CRV, 2018, cap. 2, p. 31-49.

RIBEIRO, J. P. *et al.*. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Rev. Eletr. Enf.** v. 17, n. 3 [Internet], jul/set, 2015, Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>. Acesso em: Acesso em 03 jul 2023.

ROCHA, L. F.. Teoria das Representações Sociais: a Ruptura de Paradigmas das Correntes Clássicas. das Teorias Psicológicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2014, 34 (1), p. 46-65.

ROCHA, S. P. *et al.*. A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de desafios e lutas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 155–164, jan. 2015.

RODRIGUES, S. C. *et al.*. Benefícios da prática de Lian Gong em 18 terapias no município de Belo Horizonte - Minas Gerais. In: **Anais do Convibra Gestão, Educação e Promoção da Saúde**, 2015. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/artigo.asp?ev=90&id=11376>

ROLAND, M. I. DE F.; GIANINI, R. J.. Redes sociotécnicas de assistência à saúde em acupuntura: estudo de caso sobre a formação básica de estudantes de medicina. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 2, p. 477–511, abr. 2014.

ROSSIT, R. A. S. *et al.*. Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1399–1410, 2018.

SAMARA, M. B; DANIELE, P.. **Auriculoterapia como recurso terapêutico para pacientes com fibromialgia que apresentam queixas de dor e insônia**. Revista UNIANDRADE DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1519-5694.20180003/revuniandrade.v19n>, p.21-27.

SANTOS, A. S.. **Produção do cuidado ao idoso no cenário da estratégia saúde da família**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana (BA), 2015.

SANTOS, M. C.; TESSER, C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas integrativas e complementares em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 17, n. 11, p. 3011-24. 2012.

SANTOS, M. F. S.. **Prefácio**. In: As práticas integrativas e complementares em saúde como instrumentos de saúde e cuidado em tempos de pandemia. VIEIRA, A. B. D.. Formato em PDF. Ponta Grossa, PR: Atena, 2021.

- SCOGNAMILLO-SZABÓ, M. V. R.; BECHARA, G. H.. Acupuntura: histórico, bases teóricas e sua aplicação em Medicina Veterinária. **Ciência Rural**, v. 40, n. 2, p. 461–470, fev. 2010.
- SERVO, M. L. S.. **Supervisão Social**: um dispositivo para a produção do cuidado em saúde. Tese (Promoção na carreira para pleno) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), 2011.
- SILVA, C. B.; CARMO, G. T.; SILVA, A. M. C.. Breves observações sobre a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici e a Interdisciplinaridade. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 6, n. 2, dez. 2015, p. 59-70.
- SILVA, E. D. C.; TESSER, C. D.. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. **Caderno Saúde Pública**. 2013; 29(11):2186-96.
- SILVA, G. S. da; PINHEIRO, C. M. P.; BARTH, M.; BESSI, V. G. **Estímulos e barreiras à criatividade no ambiente de trabalho: Stimulus and barriers to creativity in the work environment**. Revista Desenvolvimento Social, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 177–191, 2022. DOI: 10.46551/issn2179-6807v28n1p177-191. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/rds/article/view/4744>
- SILVA, J. S.. **Mapa da divisão territorial por distritos sanitários de Camaçari (BA)**. Secretaria de Saúde. Camaçari – BA: Coordenação de Atenção Primária, 2023.
- _____. **Mapa da divisão territorial por regiões do Distrito Sanitário da Sede de Camaçari (BA)**. Secretaria de Saúde. Camaçari – BA: Coordenação de Atenção Primária, 2023.
- _____. **Mapa da divisão por regiões do Distrito Sanitário da Costa Litorânea de Camaçari (BA)**. Secretaria de Saúde. Camaçari – BA: Coordenação de Atenção Primária, 2023.
- SILVA, K. L. *et al.*. Prática Milenar Lian Gong: acesso dos usuários e a promoção da saúde. In: **Anais Convibra Gestão, Educação e Promoção da Saúde**; Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/71/2013_71_6559.pdf.
- SOURNIA, Jean-Charles. **História da medicina**. Tradução de Jorge Domingues Nogueira. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.
- SOUSA, I. M. C. de; TESSER, C. D.. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: www.scielo.br/j/csp/a/DkyXcQybgkSLYVCzMNpf9wS/. Acesso em: 07 abr. 2023.
- SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T.. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar. 2011, p.155-174.
- SPINK, M. J. P.. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 300–308, jul. 1993.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- TESSER, C. D.. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1732–1742, ago. 2009.

_____; C. D.; BARROS, N. F. de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pela pluralização terapêutica do SUS. In: TESSER, Charles Dalcanale. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____; DALLEGRAVE, D.. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00231519, 2020.

_____; BARROS, N. F. DE .. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, out. 2008, p. 914–920.

_____; LUZ, M. T.. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 195–206, jan. 2008.

_____; SOUSA, I. M. C. DE. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares em saúde e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, abr. 2012, p. 336–350.

_____; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas integrativas e complementares em saúde na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 174-188, 2018.

TOMODA, T.; WANG, M. The life and medical practice of Hua Tuo. **Pacific Journal of Oriental Medicine**, v. 14, 2000, p. 40-54.

TONIOL, R. Cortina de fumaça: terapias alternativas/complementares além da Nova Era. **Revista de Estudos da Religião (REVER)**, v. 16, n. 02, mai/ago, 2016. Disponível em: v. 16 n. 2 (2016): Nova Era: aportes teóricos e situacionais. REVER: Revista de Estudos da Religião (pucsp.br). Acesso em: 16/03/2023.

_____. **Do espírito na saúde**: oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. São Paulo: LiberArs, 2018.

TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, A. M. O.. **Ancoragem**: notas sobre consensos e dissensos. In: Teoria das representações sociais – 50 anos. TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, A. M. O (orgs), 2. ed. eBook/pdf. Brasília: Technopolitik Editora, 2014, p. 134-163.

UNESCO. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. **Declaração de Veneza, 1986**. Comunicado final do colóquio: A ciência diante das fronteiras do conhecimento. Veneza, Itália, 1986. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images>. Acesso em: 04 jul 2023.

VASCONCELOS-SILVA, P. R.; SAWADA, A. Análise de conteúdo de nuvens de palavras produzidas na comunidade virtual "hepatite c" (artigo). **V Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**. Foz do Iguaçu, mai-jun, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N.. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S217-S226, 2009.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V.. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Interam. j. psychol.**, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 379-390, dez. 2007.

WAI, F. K.. On Hua Tuo's position in the history of Chinese medicine. **Am J Chin Med**, 2004.

WANG, R. (2023). Research on the Propagation Path of Traditional Chinese Medicine Culture in Brazil. Center for Portuguese Studies, Tianjin Foreign Studies University. **Highlights in Science, Engineering and Technology**, v. 36, Tianjin, China, 2023, p. 830-835.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005.** Geneva: World Health Organization, 2002.

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

_____. **WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023.** Geneva: World Health Organization, 2013.



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE SAÚDE

Rua Francisco Drumond, s/nº - Centro Administrativo. CEP: 42.800-000 – Camaçari-BA.
Telefone: (71) 3621-6824 / 3621-6825 / Fax: (71) 3621-6657
E-mail: saude.camacari23@gmail.com
CGC nº. 11.432.780/0001-65

APÊNDICE 1
CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Luiz Evandro Vargas Duplat, ocupante do cargo de subsecretário da **Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari-BA**, autorizo a pesquisadora Rose Mary Borba Costa sob orientação da Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo, da Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS, autoras do projeto intitulado “Representações Sociais de usuários e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”, a realizar coleta de dados em unidades de saúde do Distrito da Costa Litorânea, por meio de entrevista semiestruturada com trabalhadores da saúde e usuários voluntários, das Unidades de Saúde da Família de: Vila de Abrantes, Areias, Jacuípe, Pé de Areias e da Academia da Saúde.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição proponente, concedemos anuência para seu desenvolvimento. Fica autorizada a divulgação dos nomes dos serviços de saúde em relatórios e futuras publicações.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466/12 e nº 510/16, o projeto somente poderá iniciar, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Solicita-se que ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e interessados onde se desenvolveu o estudo.

No caso de não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Camaçari, _____ de _____ de 2023.

Luiz Evandro Vargas Duplat
Subsecretário de Saúde - Camaçari-BA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL

APÊNDICE 2 – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, ROSE MARY BORBA COSTA, discente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS E TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE”** sob orientação da Prof^a. Dr^a. MARIA LÚCIA SILVA SERVO. O objetivo deste estudo é analisar as Representações Sociais de usuários e profissionais sobre as práticas integrativas e complementares em saúde. Assim, estamos convidando você a participar, de forma voluntária, deste estudo, que pretende contribuir para a facilitação de formulação de políticas e estratégias para a ampliação da rede PICS nas unidades de saúde da atenção primária à saúde. Caso você concorde em participar, irá responder a algumas perguntas. A entrevista será individual e agendada de acordo com o dia e horário de sua disponibilidade e realizada durante as visitas nas unidades descritas no projeto de pesquisa, a fim de preservar a segurança, evitar seu deslocamento e despesas desnecessárias, e não atrapalhar as suas atividades. Sua privacidade e anonimato serão garantidos, pois, na entrevista estarão apenas você e a pesquisadora. Caso você autorize, utilizaremos um aparelho gravador de áudio para a gravação da entrevista sendo posteriormente transcrita para elaboração da pesquisa. Será garantido a escuta, ficando a seu critério modificar, excluir alguns trechos ou a entrevista completa. É possível que ocorra desconforto e constrangimento ou ansiedade em algumas perguntas nas entrevistas individuais. Caso isso ocorra, você tem o direito de interromper a entrevista, com exclusão das gravações já realizadas, como também lhe é garantido o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem qualquer prejuízo para você, além de não sofrer qualquer penalidade, visto que respeitamos sua vontade e liberdade de expressão. Caso deseje participar, serão mantidos o anonimato e o sigilo do seu nome. Os resultados serão utilizados na publicação desta pesquisa em forma de artigos científicos, em congressos, simpósios, sempre preservando o anonimato e sigilo de sua identidade em respeito à sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual. Uma cópia do estudo será encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari – BA, momento em que nos colocaremos à disposição para apresentar os resultados aos participantes da pesquisa, bem como a todos aqueles que se sentirem interessados pelo tema. Os dados obtidos por meio desta pesquisa ficarão sob guarda da pesquisadora orientadora, no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), por um período de cinco (5) anos, e posteriormente, serão destruídos. Caso venha sofrer qualquer tipo de dano comprovadamente causado pela participação nesta pesquisa, previsto ou não neste registro, você tem o direito a indenização por parte dos pesquisadores. Caso você tenha gastos com esta pesquisa você será ressarcido. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com as pesquisadoras a qualquer momento através do telefone e endereço abaixo. Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP) da UEFS, portanto, se você se sentir de alguma forma prejudicado(a), poderá entrar em contato com o CEP/UEFS, a fim de que ele possa tomar as providências cabíveis, por meio do telefone (75) 3161-8067, localizado na sala MA 17, Módulo I, Av. Transnordestina, S/N, Km 03, Campus Universitário, CEP: 44031-460, Feira de Santana-BA. Após ter sido informado(a) sobre a pesquisa (objetivo, benefícios e riscos), caso concorde em participar deverá assinar eletronicamente, juntamente com a pesquisadora, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma cópia deste documento eletrônico ficará com você em seus arquivos e a outra, com a pesquisadora.

Prof^a. Dr^a Maria Lúcia Servo
 Pesquisadora Orientadora

Rose Mary Borba Costa
 Pesquisadora discente

Assinatura do Participante

Feira de Santana, _____ de _____ de 2023



Universidade Estadual de Feira de Santana

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional

Pesquisadora responsável: Rose Mary Borba Costa

Pesquisadora orientadora: Prof.^a Dr.^a. Maria Lúcia Silva Servo

APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA USUÁRIOS

Título da Pesquisa: Representações Sociais de usuários e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Pesquisadoras: Rose Mary Borba Costa e Maria Lúcia Silva Servo

1ª PARTE – Caracterização dos participantes do estudo

Entrevista nº		Data:	Início (h):	Término (h):
Codínome do entrevistado:			Idade (a):	Gênero:
US:	Motivo da visita:		Tempo de uso do serviço de saúde/ tratamento pelas PICS:	Nível de formação:
Diagnóstico:			Histórico de procedimentos realizados:	

2ª PARTE – Roteiro da entrevista

Sobre as Representações Sociais e significados nas práticas integrativas:

- 1) Entendimento sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
- 2) Experiência acumuladas sobre a técnica referente às PICS
- 3) Dificuldades/Limites para frequentar/fazer as sessões terapêuticas
- 4) Possibilidades /facilidades para frequentar/fazer as sessões terapêuticas



Universidade Estadual de Feira de Santana

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional

Pesquisadora responsável: Rose Mary Borba Costa

Pesquisadora orientadora: Prof.^a Dr.^a. Maria Lúcia Silva Servo

APÊNDICE 4 – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA TRABALHADORES DE SAÚDE

Título da Pesquisa: Representações Sociais de usuários e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Pesquisadoras: Rose Mary Borba Costa e Maria Lúcia Silva Servo

1ª PARTE – Caracterização dos participantes do estudo:

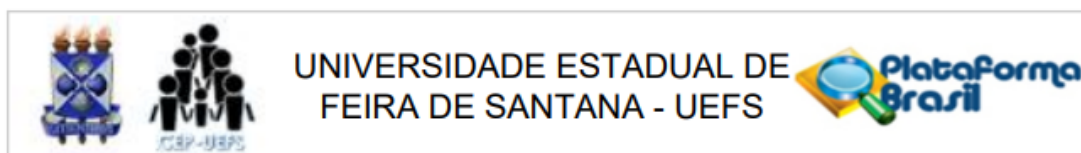
Entrevista nº		Data:	Início (h):	Término (h):
Codinome do entrevistado:			Idade (a):	Gênero:
Tempo de formação profissional/formação complementar			Tempo de atuação em práticas integrativas na instituição	
Graduação				

2ª PARTE – Roteiro da entrevista

- 1) Compreensão sobre a TRS de trabalhadores e seus significados nas Práticas Integrativas e complementares em saúde
- 2) Entendimento sobre as Práticas Integrativas e complementares em saúde
- 3) Como vou desenvolver as PICS na unidade que trabalho?
- 4) Limites/dificuldades vivenciadas para a adoção das PICS (estrutura, gestão, usuário, colegas, entre outros)
- 5) Possibilidades/facilidades para a adoção das PICS (estrutura, gestão, usuário, colegas, dentre outros)
- 6) Estratégias utilizadas para a prestação de cuidados através das PICS

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS E TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Pesquisador: ROSE MARY BORBA COSTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75493023.7.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.593.803

Apresentação do Projeto:

Este parecer avaliou a 2ª versão submetida ao CEP UEFS do protocolo de pesquisa "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS E TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE" da pesquisadora principal Rose Mary Borba Costa e de sua orientanda de mestrado, Profa. Dra. Maria Lucia Silva Servo, ambas vinculadas ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS.

OBJETIVO GERAL: "Analisar as representações sociais de usuários e trabalhadores de saúde que atuam na APS sobre as PICS"

Quanto à METODOLOGIA: TIPO DE ESTUDO: "pesquisas exploratória e qualitativa"

LOCAL DA PESQUISA: "USF de Vila de Abrantes, Areias, Pé de Areias, Jacuípe e a Academia da Saúde, localizadas no Distrito Sanitário da Costa Litorânea de Camaçari-BA"

PARTICIPANTES DO ESTUDO: "usuários e trabalhadores de saúde"

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: "A condição de inclusão para os usuários é de que tenham recebido, no mínimo, dois atendimentos por meio de qualquer das PICS, estejam sob tratamento ao tempo da coleta de dados e possuam capacidade civil plena. A seleção dos usuários será feita após receber do trabalhador de saúde a relação dos que estão sendo atendidos pela segunda vez ou receberam"

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

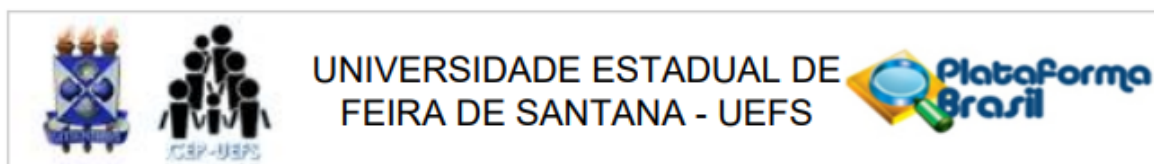
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.593.803

atendimento mais de duas vezes. Como critério de inclusão para os trabalhadores de saúde, definimos que eles deverão estar, ao tempo da pesquisa, atendendo nas USF de Vila de Abrantes, Barra de Jacuípe Pé de Areias e Areias, com tempo de atuação de, no mínimo, três meses"

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: "Estarão excluídos de participar da pesquisa os usuários que estiverem no primeiro atendimento e/ou não possuam capacidade civil plena e trabalhadores que se encontrem afastados do trabalho no período da coleta de dados, mesmo que tenham o tempo mínimo necessário".

COLETA DOS DADOS E TÉCNICA: "entrevista semiestruturada"

ANÁLISE DOS DADOS: "análise de similitude, da nuvem de palavras e da análise de conteúdo, que permitirão compreender e interpretar os significados dos fenômenos pesquisados"

A pesquisa terá início em 26/02/2024, possui financiamento e orçamento de R\$ 9.975,00

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

"Analisar as representações sociais de usuários e trabalhadores de saúde que atuam na APS sobre as PICS"

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

- "1) compreender as concepções de de usuários e trabalhadores de saúde sobre as PICS;
- 2) identificar as experiências acumuladas de usuários sobre as PICS;
- 3) compreender a concepção da TRS de trabalhadores de saúde sobre as PICS;
- 4) identificar como são desenvolvidas as PICS pelos trabalhadores de saúde"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

"Os participantes também serão cientificados dos riscos que, apesar de mínimos nesta pesquisa, podem ocorrer, mormente quanto ao momento da entrevista, pois responder às questões previamente formuladas pode gerar algum tipo de desconforto diante da dificuldade de compreender ou de lidar com certas situações. O desconforto que a entrevista possa eventualmente provocar será minimizado com a utilização de estratégias que favoreçam a um estado de tranquilidade, deixando os participantes o mais à vontade possível para que não se sintam pressionados a responder, mas, ao contrário, levando-os a interagir com o pesquisados de forma natura"

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

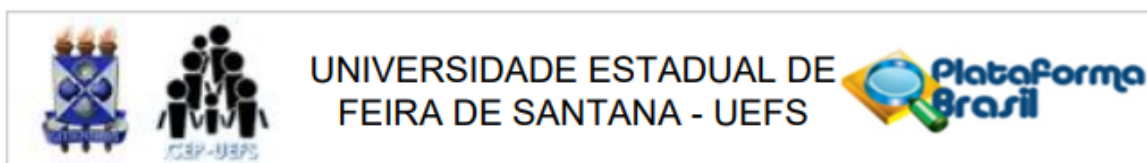
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.593.803

BENEFÍCIOS:

"É importante destacar aos participantes que a pesquisa trará benefícios para o aprimoramento do trabalho realizado pelos profissionais de saúde, por ampliar o conhecimento em torno do objeto de estudo, o que resultará, em princípio, em uma melhor prestação de serviço aos usuários e um estímulo ao aumento da oferta das práticas integrativas na assistência à saúde"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo de pesquisa foi avaliado pela 1ª vez pelo CEP UEFS em 04/12/23 (Parecer Nº 6.553.137), ocasião na qual, pendências foram apontadas. Dessa forma, abaixo, seguem as pendências da primeira relatoria, assim como se as mesmas foram devidamente atendidas pelas pesquisadoras:

PENDÊNCIA 1: TCLE

a) esclarecer ou retificar como o TCLE será assinado pelos participantes da pesquisa e pela pesquisadora. Lê-se no TCLE: "assinará eletronicamente, juntamente com a pesquisadora, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido"

Lê-se p.60 do "Projeto_detalhado_pesquisadora.pdf"; "Acontecerão em dias previamente agendados, de forma individual e em ambiente preservados".

Questiona-se: se a entrevista será individual, por que assinar o TCLE de forma eletrônica?

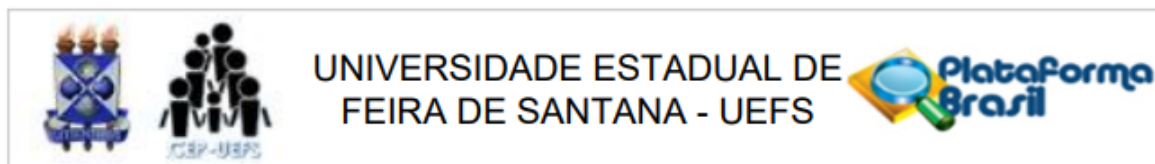
RESPOSTA DAS PESQUISADORAS: "Retificamos o TCLE, para alterar a forma de assinatura do TCLE, que será feita presencialmente, no mesmo ambiente onde será realizada a pesquisa e imediatamente antes do seu início [...] Após ter sido informado (a) sobre a pesquisa (objetivo, benefícios e riscos), caso deseje prestar sua colaboração, assinará este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, juntamente com a pesquisadora, no mesmo local em que ocorrerá a entrevista e antes do seu início.

Uma via deste documento ficará com você e a outra, com a pesquisadora

ANÁLISE DO CEP UEFS: Pendência atendida, após solicitação, via e-mail à pesquisadora, de alteração da palavra "cópia" por "via". Anexados TCL3 e ProjetodetalhadoV3, com a devida alteração

b) excluir o campo para assinatura da orientadora e excluir seu contato pessoal

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.593.803

OBS.: Conforme a Res CNS 510/2016, Art 2º, incisos XIII e XVII, só há necessidade da assinatura e empregando-se os termos "pesquisador responsável" e "participante da pesquisa ou responsável legal"

RESPOSTA DAS PESQUISADORAS: "Excluimos o campo para assinatura da orientadora e o seu contato pessoal."

ANÁLISE DO CEP UEFS: Pendência atendida

c) informar endereço, e-mail, além do contato (institucional) dos responsáveis pela pesquisa (Ver Res. CNS nº 466/12, Item IV.5, letra d)

OBS.: O CEP UEFS orienta que o contato de telefone seja institucional

RESPOSTA DAS PESQUISADORAS: "Inserimos no TCLE o endereço, e-mail e telefone institucionais da pesquisadora responsável"

ANÁLISE DO CEP UEFS: Pendência atendida

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos e documentos obrigatórios foram apresentados no primeiro momento da submissão, avaliados com o 1º parecer Nº 6.553.137 e retificados nessa 2ª versão.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROTOCOLO APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

informo-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

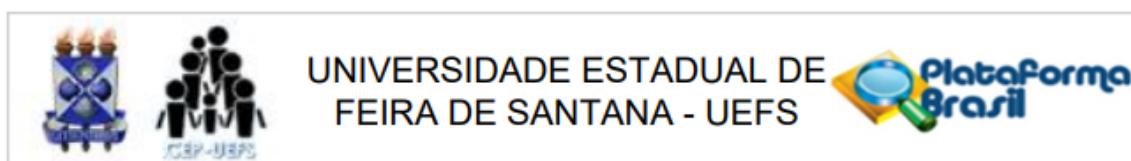
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.593.803

aguardará o recebimento dos referidos relatórios

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodetalhadoV3.pdf	18/12/2023 16:13:19	WILTON NASCIMENTO FIGUEREDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL3.pdf	18/12/2023 16:12:50	WILTON NASCIMENTO FIGUEREDO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2231518.pdf	06/12/2023 15:25:40		Aceito
Outros	Oficio_atendimento_pendencias_Parecer_6553137.pdf	06/12/2023 15:24:18	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2231518.pdf	05/12/2023 18:29:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_2_TCLE_corrigido.pdf	05/12/2023 18:28:22	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_2_TCLE_corrigido.pdf	05/12/2023 18:28:22	ROSE MARY BORBA COSTA	Postado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_pesquisadora_corrigido.pdf	05/12/2023 18:26:50	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_pesquisadora_corrigido.pdf	05/12/2023 18:26:50	ROSE MARY BORBA COSTA	Postado
Outros	Apendice_4_roteiro_de_entrevista_trabalhadores.pdf	31/10/2023 21:46:21	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito
Outros	Apendice_3_roteiro_de_entrevista_usuarios.pdf	31/10/2023 21:45:25	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracoes_pesquisadoras_Rose_Lucia.pdf	29/10/2023 21:45:11	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Apendice_1_Carta_de_anuencia_Sesau_Camacari.pdf	29/10/2023 21:44:55	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/10/2023 21:43:50	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_detalhado_pesquisadora.pdf	29/10/2023 21:43:33	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

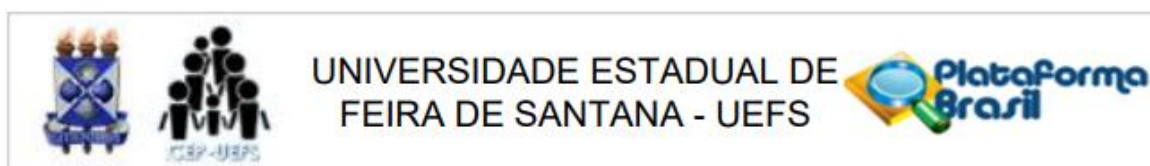
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.593.803

Investigador	Projeto_detalhado_pesquisadora.pdf	29/10/2023 21:43:33	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_2_termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_TCLE.pdf	29/10/2023 21:39:22	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	19/10/2023 21:52:23	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Rose_Mary_Borba_Costa.pdf	19/10/2023 21:17:15	ROSE MARY BORBA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 20 de Dezembro de 2023

Assinado por:
LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br