



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

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA SOBRE ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM  
UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DA BAHIA**

**NATALÍ NASCIMENTO GONÇALVES COSTA**

**FEIRA DE SANTANA-BAHIA**

**2022**

NATALÍ NASCIMENTO GONÇALVES COSTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA SOBRE ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM  
UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DA BAHIA**

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 e gestão em saúde.

**Linha de pesquisa:** políticas, organização de sistema, serviços e programas de saúde.

**Orientadora:** Dra. Maria Lúcia Silva Servo

FEIRA DE SANTANA-BAHIA

2022

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

C874

Costa, Natalí Nascimento Gonçalves

Representações sociais dos trabalhadores de saúde da atenção primária sobre as práticas integrativas e complementares em um município no interior da Bahia / Natalí Nascimento Gonçalves Costa. – 2022.

136 f.: il.

Orientadora: Maria Lúcia Silva Servo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2022.

1. Saúde pública. 2. Atenção primária - saúde. 3. Saúde - práticas.  
I. Universidade Estadual de Feira de Santana. II. Servo, Maria Lúcia Silva, orient. III. Título.

CDU 614(814.22)

Daniela Machado Sampaio Costa - Bibliotecária - CRB-5/2077

NATALÍ NASCIMENTO GONÇALVES COSTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA SOBRE ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM  
UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DA BAHIA**

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

Aprovada em: Feira de Santana-Ba, 29 de novembro de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia Silva Servo**

Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS  
Orientadora- Membro Titular

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Alba Benemerita Alves Vilela**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB  
Membro Titular

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni**

Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS  
Membro Titular

**Prof. Dr. João Luís Almeida da Silva**

Universidade Estadual de Santa Cruz/UESC  
Membro Suplente

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Evanilda Souza de Santana Carvalho**

Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS  
Membro Suplente

À minha querida família e amigos, que acreditaram e torceram por mim.

Aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, que assim como eu, almejam pela valorização das Práticas Integrativas e Complementares nos espaços de saúde.

## AGRADECIMENTO

À Deus, por se fazer presente em cada manhã, em cada sonho, em cada conquista. Por me guiar, me trazer a plenitude, a paz e a coragem de seguir em frente, e reconhecer em mim a força para a transformação. Gratidão por me fazer compreender que a vida é feita de escolhas e me conceder a sabedoria para abraçar as oportunidades e reconhecer que é preciso ter coragem. Aqui estou! Concluindo mais uma etapa de um grande sonho.

Aos meus queridos pais, José Ronaldo de Araújo Costa e Ana Lúcia Nascimento Gonçalves Costa, e minha irmã Royane Nascimento Gonçalves Costa, pelos exemplos de força, dedicação e responsabilidade. Minha eterna gratidão pelo amor incondicional e incentivo que me impulsionaram a seguir e chegar onde estou. Por me ensinarem a buscar meus sonhos e valorizar todos os momentos de luta, alegria e vitórias. Sou grata por ter vocês em minha vida.

Ao meu maior incentivador, Flávio Silva de Oliveira, aquele que compartilho sonhos e minha vida. Obrigada pelo apoio durante nossa trajetória. Por acreditar em meu potencial, me impulsionar, por seu cuidado, sua proteção e conselhos. Sua força e coragem me contagiam diariamente e me motivam. Sou grata por compartilhar com você as minhas conquistas e o meu amor.

Às minhas famílias Gonçalves e Costa, pelo apoio e incentivo, por compreenderem meus momentos de distanciamento, por demonstrarem amor e cuidado. Amo vocês! Ao meu afilhado Bernardo, sou grata por sua vida, por tornar meus dias mais lindos e felizes. Dinda te ama!

À Eufrasio e família e Silene e família, vocês foram um grande presente na minha vida. Obrigada pelo apoio, acolhimento, carinho e momentos de alegrias que tornaram a minha vida mais leve.

À minha ilustre e querida orientadora, Maria Lúcia Silva Servo, por sua luz ao longo dessa caminhada. Gratidão por cada ensinamento, não só acadêmico, mas de vida! És um ser iluminado, de um coração lindo e amoroso. Um exemplo de dedicação e competência que me inspira. Sou grata por acreditar no meu potencial, me acolher, por seu carinho, por compartilhar sua imensa sabedoria, contribuindo para meu crescimento pessoal e profissional. Levarei seus ensinamentos para sempre comigo.

Aos queridos professores, Alba Benemérita Alves Vilela, Evanilda Souza de Santana Carvalho, João Luís Almeida da Silva e Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni, por aceitarem cordialmente o convite em participar dos processos de avaliação desta dissertação e contribuírem ricamente para o crescimento e concretização exitosa deste trabalho. Obrigada pela dedicação, comprometimento e contribuições valiosas nesse caminhar.

Ao corpo docente do Mestrado acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana por possibilitar minha formação comprometida com o fortalecimento e consolidação do SUS, entendendo que a pesquisa científica possibilita o conhecimento e transformação da realidade.

À minha querida turma de mestrado, que durante esses dois anos de convivência, que mesmo à distância, compartilharam conhecimento, gestos e atitudes que reafirmaram que não estamos sozinhos, aprendemos juntos a enfrentar as adversidades impostas pela pandemia no processo de aprendizado, trocamos saberes e criamos uma rede de apoio. Agradeço, sobretudo, às minhas queridas Laís Brito e Gisa Rios, pela troca de conhecimento e sobretudo pelo apoio que foi essencial para seguirmos em frente nessa caminhada.

Às minhas amigas-irmãs Sarah, Katyuska, Catharine, Karmô, Bruna, Edna, Bianca e Editania, por sua amizade e carinho mútuo conquistado ao longo desses anos. Obrigada por me ouvirem nos momentos difíceis e sorrir comigo nas alegrias, por compartilharmos sonhos e conquistas, por vibrarem comigo à cada conquista.

À minha linda e querida UEFS, por me acolher de braços abertos, me proporcionando crescer e desenvolver minhas potencialidades para lutar por uma sociedade mais equânime, humanizada, um SUS de qualidade e para todos. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo fomento à pesquisa por meio da bolsa de mestrado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior – Brasil (CAPES) – código de Financiamento 001.

À todos aqueles que de alguma forma contribuíram para concretização desse trabalho, obrigada.

COSTA, N.N.G. **Representações Sociais dos trabalhadores de saúde da Atenção Primária sobre às Práticas Integrativas e Complementares em um município no interior da Bahia.** 2022. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2022.

## RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde se referem à um amplo conjunto de práticas não convencionais em saúde, de promoção, prevenção, recuperação e tratamento, que perpassam por diversos saberes sobre saúde, doença e cura. As representações sociais de trabalhadores de saúde da Atenção Primária acerca das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são reveladas através das suas ações, tomadas de decisões e do seu fazer cotidiano em saúde, visto que os seus sentidos, valores sociais e culturais direcionam a sua prática. Nesta direção, este estudo, trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, do tipo estudo de caso, que teve como objetivo compreender as representações sociais dos trabalhadores de saúde que atuam na Atenção Primária sobre às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, tendo como marco teórico a Teoria das Representações Sociais de Moscovici. Os participantes do estudo foram onze trabalhadores da Atenção Primária de um município no interior da Bahia. Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: a Técnica de Associação de Livre Palavra e a Entrevista Semiestruturada. Os métodos utilizados para análise de dados foram a análise da evocações, através da nuvem de palavras e a análise prototípica das evocações, seguida da análise de similitude e a técnica de análise de conteúdo de Bardin. A análise das evocações e a análise da similitude foram processadas através do Software IRAMUTEQ. As categorias apreendidas após triangulação, análise e interpretação dos dados foram: Imaginário coletivo sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na concepção dos trabalhadores de saúde na Atenção Primária; Pluralismo terapêutico das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária no cotidiano de trabalho: complementares ou alternativas às práticas biomédicas?; Limitações, facilidades e perspectivas para a operacionalização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária. As representações sociais dos trabalhadores de saúde da Atenção Primária apreendidas permitem afirmar que o imaginário coletivo sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde 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 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária, tem alcance de transformação no saber-fazer saúde, direcionam suas motivações, intencionalidades, significações, ações e condutas no cotidiano em saúde. Deste modo, faz-se necessário pensar e traçar novas rotas no trilhar pela implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária a partir de três pontos: melhoria continua dos processos organizacionais; Investimento em infraestrutura e recursos materiais; e estratégias de educação permanente.

**PALAVRAS-CHAVE:** práticas integrativas e complementares; atenção primária em saúde; psicologia social.

**COSTA, N.N.G. Social Representations of Primary Care Health Workers on Integrative and Complementary Practices in a municipality in the interior of Bahia.** 2022. 136f. Dissertation (Master in Collective Health) - Graduate Program in Collective Health, State University of Feira de Santana, Feira de Santana, 2022.

## ABSTRACT

Integrative and Complementary Health Practices refer to a wide range of non-conventional practices in health, promotion, prevention, recovery and treatment, which permeate different types of knowledge about health, disease and cure. The social representations of Primary Care health workers about Integrative and Complementary Health Practices are revealed through their actions, decision-making and their daily work in health, as their meanings, social and cultural values direct their practice. In this direction, this study is a qualitative, exploratory research, of the case study type, which aimed to understand the social representations of health workers who work in Primary Care on Integrative and Complementary Health Practices, having as theoretical framework Moscovici's Theory of Social Representations. The study participants were eleven Primary Care workers from a municipality in the interior of Bahia. Two data collection techniques were used: the Free Word Association Technique and the Semi-structured Interview. The methods used for data analysis were the analysis of evocations, through word clouds and the prototypical analysis of evocations, followed by similarity analysis and Bardin's content analysis technique. The analysis of evocations and the analysis of similarity were processed using the IRAMUTEQ Software. The categories apprehended after triangulation, analysis and interpretation of data were: Collective imaginary about Integrative and Complementary Practices in Health in the conception of health workers in Primary Care; Therapeutic pluralism of Integrative and Complementary Health Practices in Primary Care in daily work: complementary or alternative to biomedical practices?; Limitations, facilities and perspectives for the implementation of Integrative and Complementary Health Practices in Primary Care. The social representations of Primary Care health workers apprehended allow us to state that the collective imagination about Integrative and Complementary Health Practices is anchored in the expanded conception of the health-disease process. The knowledge built in the social practice of health workers based on their conceptions and experiences on Integrative and Complementary Health Practices in Primary Care, has the scope of transforming health know-how, directing their motivations, intentions, meanings, actions and behaviors in everyday health. Thus, it is necessary to think and outline new routes in the path of implementing Integrative and Complementary Health Practices in Primary Care based on three points: continuous improvement of organizational processes; Investment in infrastructure and material resources; and continuing education strategies.

**KEY WORDS:** complementary therapies; primary health care; social psychology.

COSTA, N.N.G. **Representaciones Sociales de Trabajadores de la Atención Primaria de Salud sobre Prácticas Integrativas y Complementarias en un municipio del interior de Bahía.** 2022. 136f. Disertación (Maestría en Salud Colectiva) - Programa de Postgrado en Salud Colectiva, Universidad Estatal de Feriá de Santana, Feriá de Santana, 2022

## RESUMEN

Las Prácticas de Salud Integrativas y Complementarias se refieren a una amplia gama de prácticas no convencionales en salud, promoción, prevención, recuperación y tratamiento, que permean diferentes tipos de conocimiento sobre la salud, la enfermedad y la cura. Las representaciones sociales de los trabajadores de salud de la Atención Primaria sobre las Prácticas Integrativas y Complementarias de Salud se revelan a través de sus acciones, toma de decisiones y su trabajo cotidiano en salud, ya que sus significados, valores sociales y culturales orientan su práctica. En esa dirección, este estudio es una investigación cualitativa, exploratoria, del tipo estudio de caso, que tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales de los trabajadores de la salud que actúan en la Atención Primaria sobre Prácticas Integrativas y Complementarias de Salud, teniendo como marco teórico la Teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici. Los participantes del estudio fueron once trabajadores de la Atención Primaria de un municipio del interior de Bahía. Se utilizaron dos técnicas de recolección de datos: la Técnica de Asociación Libre de Palabras y la Entrevista Semiestructurada. Los métodos utilizados para el análisis de datos fueron el análisis de evocaciones, a través de nubes de palabras y el análisis prototípico de evocaciones, seguido del análisis de similitud y la técnica de análisis de contenido de Bardin. El análisis de evocaciones y el análisis de similitud se procesaron mediante el Software IRAMUTEQ. Las categorías apreñadas luego de la triangulación, análisis e interpretación de los datos fueron: Imaginario colectivo sobre las Prácticas Integrativas y Complementarias en Salud en la concepción de los trabajadores de salud en la Atención Básica; Pluralismo terapéutico de las Prácticas de Salud Integrativas y Complementarias en la Atención Primaria en el trabajo cotidiano: ¿complementarias o alternativas a las prácticas biomédicas?; Limitaciones, facilidades y perspectivas para la implementación de Prácticas Integrativas y Complementarias de Salud en Atención Primaria. Las representaciones sociales de los trabajadores de salud de la Atención Primaria apreñadas permiten afirmar que el imaginario colectivo sobre las Prácticas Integrativas y Complementarias de Salud está anclado en la concepción ampliada del proceso salud-enfermedad. El saber construido en la práctica social de los trabajadores de la salud a partir de sus concepciones y experiencias sobre las Prácticas Integrativas y Complementarias de Salud en la Atención Primaria, tiene el alcance de transformar los saberes en salud, orientando sus motivaciones, intenciones, significados, acciones y comportamientos en el cotidiano de la salud. Por lo tanto, es necesario pensar y trazar nuevas rutas en el camino de la implementación de Prácticas de Salud Integrativas y Complementarias en la Atención Primaria a partir de tres puntos: mejora continua de los procesos organizacionales; Inversión en infraestructura y recursos materiales; y estrategias de educación continua.

**PALABRAS CLAVES:** terapias complementarias; atención primaria de salud; psicología social

## LISTA DE SIGLAS

**AB** - Atenção Básica

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**AVASUS** - Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS

**BA** – Bahia

**BVS** - Biblioteca Virtual em Saúde

**CAM** - Medicina Complementar e Alternativa

**CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa

**CINPSUS** - Congresso Internacional Interdisciplinar Sobre Políticas Públicas de Saúde

**CIRSQVASF** - Congresso Internacional Interdisciplinar sobre Representações Sociais e sobre Qualidade de vida do Vale do São Francisco

**CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

**CNS** - Conferências Nacionais de Saúde

**CONEP** – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

**DMP** - Departamentos de Medicina Preventiva

**Enasf** - Equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família

**EPS** - Educação Permanente em Saúde

**EqSF** - Equipes de Saúde da Família

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**FAN** – Faculdade Nobre de Feira de Santana

**GM** – Gabinete do Ministro

**HND** - História Natural das Doenças

**IRAMUTEQ** - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

**MS** – Ministério da Saúde

**MT**- Medicina Tradicional

**MT/MCA** - Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa

**MTC** - Programa de Medicina Tradicional e Complementar

**MTCI** - Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas

**NASF** - Núcleo Ampliado da Saúde da Família

**NCCIH** – National Center for Complementary and Integrative Health

**NOB** - Norma Operacional Básica

**NUPISC** - Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva

**OME** - Ordem Média das Evocações

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PEPICS-BA** - Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia

**PIASS** - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

**PICS** - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

**PMNPC** - Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares

**PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica

**PNEPS** - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

**PNPIC** - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

**PSF** - Programa Saúde da Família

**RS** – Representações Sociais

**SciELO** - Scientific Electronic Library Online

**SECNS** – Secretaria-executiva do Conselho Nacional de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TALP** - Técnica de Associação Livre de Palavras

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TRS** – Teoria das Representações Sociais

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UEFS** - Universidade Estadual de Feira de Santana

**USF** - Unidades de Saúde da Família

## LISTA DE QUADRO

<b>Quadro 1</b>	Artigos encontradas nos portais da BVS acerca das percepções dos trabalhadores de saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares no período de 2016 a 2021	23
<b>Quadro 2</b>	Caracterização dos trabalhadores de saúde da ESF entrevistados, Feira de Santana, 2022	59
<b>Quadro 3</b>	Síntese das entrevistas dos trabalhadores de saúde da APS entrevistados, Feira de Santana, 2022	70
<b>Quadro 4</b>	Estrutura das Representações Sociais dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS após processamento pelo IRAMUTEQ, Feira de Santana – BA, 2022	78

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Interface Software IRAMUTEQ versão 0.7 alpha 2	65
<b>Figura 2</b>	Representação do gráfico de 4 casas	66
<b>Figura 3</b>	Arvore da similitude sobre as representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre as PICS na APS	68
<b>Figura 4</b>	Fluxograma sintetizando a organização da investigação	72
<b>Figura 5</b>	Nuvem de palavras das palavras evocadas na TALP	77
<b>Figura 6</b>	Recorte da árvore máxima de similitude a partir do termo “paciente”	82
<b>Figura 7</b>	Recorte da árvore máxima de similitude a partir do termo “pics”	94
<b>Figura 8</b>	Recorte da árvore máxima de similitude a partir do termo “profissional”	102
<b>Figura 9</b>	Fluxograma explicativo das representações sociais dos trabalhadores de saúde da Atenção Primária sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	116

## SUMÁRIO

<b>1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>16</b>
<b>2 ENCONTRO COM AS VOZES TEÓRICAS</b>	<b>26</b>
2.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS) E SUAS INTERFACES COM O PROCESSO SAÚDE, ADOECIMENTO E CURA	27
2.1.1 Compreendendo a Teoria das Representações Sociais	27
2.1.2 Representações Sociais da saúde, doença e cura	33
2.2 CONCEPÇÕES DE SAÚDE, DOENÇA E CURA NO BRASIL: UM BREVE ITINERÁRIO HISTÓRICO ATÉ A MODERNA MEDICINA CIENTÍFICA	36
2.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE	39
2.3.1 O itinerário das práticas integrativas e complementares em saúde na atenção primária	40
2.2.2 Pluralismo terapêutico das práticas integrativas e complementares em saúde	48
<b>3 O MOVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO: PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>54</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO	55
3.2 CAMPO DE PESQUISA	56
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	61
3.5 SISTEMÁTICA PARA COLETA DE DADOS	62
3.6 MÉTODOS DE ANÁLISE DOS DADOS	64
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	74
<b>4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS PICS REVELADAS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA APS.</b>	<b>75</b>
4.1 CATEGORIA 1 - IMAGINÁRIO COLETIVO SOBRE AS PICS NA CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA APS	76
4.2 CATEGORIA 2 – PLURALISMO TERAPÊUTICO DAS PICS NA APS NO COTIDIANO DE TRABALHO: COMPLEMENTARES OU ALTERNATIVAS ÀS PRÁTICAS BIOMÉDICAS?	94
4.3 CATEGORIA 3 – LIMITAÇÕES, FACILIDADES E PERSPECTIVAS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DAS PICS NA APS.	102
<b>5 SÍNTESE</b>	<b>113</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>117</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>121</b>

APÊNDICE A - ROTEIRO DA TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO DE LIVRE PALAVRAS	134
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	135
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE	136

## 1. CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

---

*“O corpo é a dimensão que nos integra ao universo, é consciência, é energia, é microcosmo. Aprende-se na transpessoal que quanto mais vamos para dentro de nós mais vamos ao encontro do outro e da outra e do próprio universo pois tudo está ligado a tudo” (OLIVEIRA, 2016, p. 192).*

A Representação Social (RS) é entendida como uma forma de conhecimento de senso comum e socialmente partilhado por um sujeito ativo em íntima interação com o objeto culturalmente construído, que revela as marcas tanto do sujeito como do objeto inscritos social e historicamente (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2014).

Enquanto nas sociedades tradicionais tratava-se das representações coletivas de Durkheim, as RS de Serge Moscovici são características das sociedades modernas. Moscovici aponta uma visão dinâmica e interativa entre as relações simbólicas e as estruturas sociais, com a produção de conhecimento do senso comum construído e difundidos através da interação entre atores sociais em práticas de comunicação do cotidiano. As RS são criadas sempre que um novo saber é elaborado e compartilhado coletivamente (CARVALHO, 2005; WACHELKE; CAMARGO, 2007).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) é uma teoria sobre os saberes sociais, que compreendem os saberes produzidos na, e pela, vida cotidiana, onde se circulam e reúnem experiências, vocabulários, conceitos, condutas que se originam e são organizadas de maneiras diferentes conforme as classes, as culturas ou os grupos que constituem universos de opiniões, traduz a relação do grupo com o objeto socialmente valorizado o que diferencia um grupo do outro por sua orientação ou por sua presença ou ausência (MOSCOVICI, 2012).

Nessa perspectiva, emergem as representações da saúde, doença e cura, que propõem intervenções terapêuticas diversas, face ao adoecimento humano em todas as sociedades, sejam elas tradicionais ou modernas, fruto das diferentes culturas, das influências sociais, políticas, ambientais e espirituais. Assim, em todas as culturas, durante milênios, a medicina sempre foi um parâmetro, determinando comportamentos, conduta e os costumes da população (PORTO, 2009; MARTINS *et al.*, 2017).

Luz (2012) afirma que na sociedade contemporânea são encontradas mais de uma racionalidade médica atuante, o que implica, na prática, colocar em questão o monopólio epistemológico, teórico e terapêutico da medicina científica desenvolvido na nossa cultura ocidental nos últimos séculos. Ainda segundo a autora “qualquer medicina é parte constituinte de um contexto sócio-histórico específico, exprimindo-o e constituindo-o, ao mesmo tempo, nos aspectos que concernem o adoecer, o recuperar-se ou o morrer humanos.” (LUZ, 2012, p.31).

A cultura médica é profundamente naturalizada, estando a biomedicina assumindo posição de única portadora de racionalidade, na medida em que racionalidade, nesta cultura, é

assimilada à conhecimentos baseados na ciência, acreditando que a história do saber humano se faz por rupturas e superações das origens históricas, culturais e imaginárias (LUZ, 2012).

Dessa maneira, a medicina científica moderna se apoia no paradigma biomecânico, valorizando o saber técnico, baseada em uma lógica fragmentada, com foco na doença, nos procedimentos e na medicalização. Por sua vez, as medicinas e práticas não biomédicas, em sua maioria, estão apoiadas em um paradigma bioenergético (ou vitalista), em que se acredita que algo está para além do corpo físico e determina o estado de saúde ou doença, com uma perspectiva integradora, propiciando ao indivíduo um maior conhecimento em relação a si mesmo, do seu corpo e de seu psiquismo (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012; SOUZA; VIEIRA, 2005).

As medicinas vitalistas, holísticas e as diversas terapêuticas não biomédicas ganham espaço nos sistemas de saúde, em um contexto global, no final dos anos de 1970, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) cria o Programa de Medicina Tradicional e Complementar (MTC), atualmente renomeado Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) (OMS, 2019). As MTCI se referem à um amplo conjunto de práticas em saúde de diferentes culturas, de promoção da saúde, prevenção e recuperação, levando em consideração o ser integral em todas as suas dimensões (SOUSA; GUIMARÃES; GALLEGOPEREZ, 2021). No Brasil, as MTCI são chamadas de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

A trajetória da implantação das PICS, se iniciaram no Brasil a partir da década de 1980, sendo resultado de diversos eventos, documentos, discussões e Conferências Nacionais de Saúde (CNS), impulsionados pela Reforma Sanitária brasileira (BRASIL, 2015). No ano de 2006, a Portaria GM/ MS nº 971 institucionalizou e aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com o intuito de ampliar a oferta de recursos terapêuticos no SUS, que atualmente compreende 29 PICS oficializadas (BRASIL, 2018).

As PICS envolvem abordagens que estimulam 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.” (BRASIL, 2018, p. 15).

Embora disponíveis em todos os âmbitos da atenção à saúde, é preconizado a implementação das PICS prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS), visto ser o nível de atenção à saúde onde se encontra os seus maiores promotores no SUS e, em sua essência, as equipes compartilham de saberes multidisciplinares, na qual o cuidado está pautado na

integralidade e as ofertas ocorrem próximos ao contexto familiar e social do indivíduo (GONÇALVES, 2017).

Posto isto, compreendemos que os distintos paradigmas dos sistemas médicos, as condutas terapêuticas e a relação terapeuta-paciente são repletas de significados simbólicos, que permeiam o campo da subjetividade e das RS do indivíduo e da coletividade, com diferentes lógicas de compreensão, interpretação e intervenção face ao processo de saúde, adoecimento e cura, guiados pelas construções coletivas estabelecidas, da posição ocupada pelo indivíduo no espaço social, das concepções científicas, religiosas e filosóficas (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA, 2009).

Ressaltamos, portanto, que o conhecimento compartilhado e socialmente construído sobre as PICS, tornam-nas parte da realidade comum entre os trabalhadores de saúde da APS que lhes atribuem sentido, e influenciam comportamentos individuais e coletivos, que por sua vez, dinamiza as relações cotidianas e práticas sociais.

Assim, é notório a tentativa de mudança do modelo de cuidado biologicista e curativista, para um cuidado ampliado em saúde, no qual o foco seja o indivíduo e a coletividades (CRUZ; SAMPAIO, 2012). Todavia, a formação universitária na saúde de acordo com Silva (2021) possui uma forte tendência biomédica e desvaloriza a integralidade e o cuidado ampliado, que é o alicerce da maioria das PICS.

Milder e Lima (2018) reforçam que o desconhecimento pelos trabalhadores de saúde das modalidades PICS, pode trazer uma visão limitada e até mesmo equivocada, ao não reconhecer os benefícios de caráter alternativo e/ou complementar dessas práticas. Tesser, Souza e Nascimento (2018) contribuem ao afirmar que ao estar concentrada em instituições privadas, a formação em PICS reproduz modelos de formação inadequados a realidade da APS.

Sendo assim, este estudo é importante na ótica das RS dos trabalhadores de saúde da APS acerca das PICS, tendo a clareza que estas são reveladas através das tomadas de decisões e do fazer cotidiano, visto que os sentidos, valores sociais e culturais direcionam a prática.

A motivação e interesse em desenvolver este estudo emergiram da minha trajetória acadêmica e profissional. Na graduação em Fisioterapia na Faculdade Nobre de Feira de Santana (FAN), concluída no semestre 2013.1, conteúdos reducionistas, fragmentados e sob perspectiva das especialidades me distanciaram do olhar biopsicossocial ao longo da formação. Surge um despertar ao cuidado ampliado durante o estágio em Saúde Coletiva, incluída apenas ao final da matriz curricular do curso, que permitiu uma aproximação com o contexto sociocultural dos usuários assistidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Feira de Santana.

Durante o percurso profissional, tive a oportunidade de vivenciar e problematizar mais profundamente as práticas assistenciais no SUS e em particular na APS, quando, no ano de 2014, ingressei na equipe do Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF) o qual atuei até o ano de 2021, em períodos distintos em dois municípios do interior da Bahia, Biritinga e Serrinha respectivamente. Os dois contextos de atuação convergiram para um ponto em comum, levando-me à aproximação e o despertar de reflexões e inquietações sobre a temática da ampliação do cuidado com práticas mais humanistas, integrativas e de promoção à saúde individual e coletiva.

Nesse contexto de (re)construção do fazer e agir no SUS, surge uma motivação pessoal de aperfeiçoamento em 2017, com a “Formação em Yoga” pela Yogabahia, com certificação internacional pelo Instituto de Kaivalvadhama (Índia). A formação oportunizou desenvolver novas possibilidades de assistência no SUS no município, com uma prática não convencional e de concepção ampliada do processo saúde/doença/cura. Nesse momento, notava não haver conhecimento da equipe multidisciplinar do NASF Serrinha-Ba sobre PNPIC e das possibilidades de inclusão de novas práticas no SUS. Percebemos que o desconhecimento pelos trabalhadores de saúde das modalidades PICS traziam uma visão limitada e até mesmo equivocada, ao não reconhecer os benefícios de caráter integrativo, alternativo ou complementar dessas práticas.

Assim, pioneiramente no município, as ações e atividades desenvolvidas da prática do Yoga foram implementadas em 2018, inicialmente com grupos de saúde mental. A experiência oportunizou a participação em eventos, como o 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas e Saúde, em 2019, com o relato de experiência intitulado “Yoga como prática integrativa e complementar na saúde mental de mulheres de um município do interior da Bahia” (COSTA; FREITAS, 2019), inserido no Grupo Temático “práticas de cuidado no olhar da saúde popular e movimentos sociais”, um espaço de discussão sobre as PICS e do que vinha sendo desenvolvido em outros municípios e estados, em que pude discutir saberes relevantes na área temática e, dessa forma, meu interesse foi se ampliando.

O interesse pela TRS surgiu a partir de leituras de artigos que adotaram essa teoria em seus estudos e dos componentes curriculares iniciados no Mestrado Acadêmico de Saúde Coletiva. Assim, ao compreender que as RS são criadas sempre que um novo saber é elaborado e compartilhado coletivamente, interessou-me buscar entender como as representações são originadas, (des)construídas e reconstruídas no próprio cotidiano dos trabalhadores de saúde e na APS.

Começava assim a minha aproximação com a TRS. A produção de artigos, capítulos de livros e a participação de eventos científicos na perspectiva das RS, me permitiu aprofundar na TRS e aprimorar habilidade nos métodos de análise das pesquisas qualitativas e na utilização do IRAMUTEQ, software utilizado na minha dissertação.

Nesse caminhar, comecei a me debruçar com mais profundidade sobre meu objeto de estudo e as TRS, que gerou em 2021 como fruto a produção do capítulo de livro “Interdisciplinaridade em saúde: aspectos teóricos, conceituais e práticos” (COSTA *et al.*, 2017), no livro “Diálogos interdisciplinares em saúde”, e o artigo intitulado “A percepção de usuários do SUS sobre as práticas integrativas e complementares em saúde: uma análise netnográfica” (COSTA *et al.*, 2022), apresentado no II Congresso Internacional Interdisciplinar sobre Representações Sociais e sobre Qualidade de vida do Vale do São Francisco – CIRSQVASF, e publicado pela Revista *Stricto Sensu*, 2022.

Cabe ainda registrar a participação na qualidade de comissão científica e organizadora de congressos internacionais no ano de 2021, sendo eles: I Congresso Internacional Interdisciplinar Sobre Políticas Públicas de Saúde – CINPSUS e o II Congresso Internacional e Interdisciplinar sobre representações sociais e sobre qualidade de vida do vale do São Francisco, conquistando Menção Honrosa à coordenadora discentes da comissão científica do II CIRSQVASF.

Ademais, a construção desta pesquisa é impulsionada também pela escassa produção científica sobre a “Práticas Integrativas e Complementares” à luz da RS dos trabalhadores de saúde da APS, identificada por meio de busca realizada nas bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) justificando a realização deste estudo.

Ao utilizarmos a expressão em inglês “Complementary Therapies AND Social Psychology AND Health Personnel”, e em português “Práticas Integrativas e Complementares and Trabalhadores de saúde and Psicologia social”, nenhum artigo foi encontrado na base de dados SciELO. Na base BVS foram identificados 131 publicações, as quais foram aplicados critérios de seleção referente ao ano de publicação, considerando os últimos 5 anos (2017 à 2022), resultando na pré-seleção de 30 publicações. Após leitura de título e resumos dos artigos, foram excluídos 25 produções por não corresponderem à temática.

Foram identificados 5 artigos, cujo eixo temático se relacionavam às percepções dos trabalhadores de saúde sobre as práticas integrativas e complementares, no entanto, nenhum deles na perspectiva da TRS e apenas um (1) referia-se a APS.

Não sendo identificado nenhum documento na perspectiva da TRS nos últimos 5 anos, foi realizada uma nova busca nas bases de dados e explorando a literatura cinzenta, afim de constatar a ausência de pesquisa anteriores ao período estabelecido que pudesse caracterizar o nosso estudo como inédito. Dois trabalhos foram encontrados na BVS que reportam-se e a TRS: o primeiro, de autoria de Queiroz (2000) intitulado “O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de trabalhadores de saúde”, o segundo, uma dissertação de autoria de Nagai (2005) de título “Terapias complementares e alternativas no processo de cuidar: análise das representações sociais dos trabalhadores de rede pública de saúde do município de Campinas”.

Todavia, vale ressaltar que o período de publicação dos dois trabalhos supracitados, antecede o da institucionalização da PNPIC no SUS em 2006, que permitiu ampliar a oferta das PICS no sistema público, em especial na APS, além de estabelecer o incentivo à formações/qualificação dos trabalhadores de saúde em PICS. Assim, considerando um novo contexto, podemos conferir ao estudo um caráter inédito no que reporta-se à perspectiva das RS dos trabalhadores de saúde sobre as PICS na APS.

Apresentamos no Quadro 1, os artigos encontrados nos portais da BVS acerca das percepções dos trabalhadores de saúde sobre PICS no período de 2016 a 2021.

**Quadro 1** – Artigos encontradas nos portais da BVS acerca das percepções dos trabalhadores de saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares no período de 2016 a 2021

TÍTULO	AUTOR	ANO	REVISTA/PAÍS	METODO
Breaking Boundaries: Complementary and Alternative Medicine Provider Framing of Preventive Care.	Agarwal, V.	2017	Qualitative health research/ EUA	Qualitativa
A qualitative investigation of Australian psychologists' perceptions about complementary and alternative medicine for use in clinical practice.	Hamilton, K; Marietti, V.	2017	Complementary therapies in clinical practice/ Holanda	Qualitativo
Delivery of patient-centered care in complementary medicine: Insights and evidence from the Chinese medical practitioners and patients in primary care consultations in Hong Kong	Pun,J.; Chor , W.; Zhong, L.	2019	Complementary therapies in medicine/ Reino Unido	Qualitativo
Use and acceptance of complementary and alternative medicine among medical students: a cross sectional study from Palestine.	Samara, A.M. <i>et al.</i>	2019	BMC Complementary and alternative medicine/ Reino Unido	Quantitativo
Trying to put a square peg into a round hole': a qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity	Sharp, D. <i>et al.</i>	2018	BMC Complementary and alternative medicine/ Reino Unido	Qualitativo

Fonte: Elaborado pela autora

A seguir apresentamos os principais achados da nossa busca, ressaltando que o termo PICS é uma denominação brasileira, e por se tratarem de estudos internacionais e as práticas não biomédicas recebem denominações distintas em cada país, não observamos a utilização do termo PICS, no entanto, compreendemos que apresentam fundamentos similares, principalmente no que se refere à adoção do paradigma vitalista e ao modo de intervir nos processos de adoecimento.

Agarwal (2017) investigou o discurso dos provedores de Medicina Complementar e Alternativa (CAM) sobre os cuidados preventivos para contribuir para a compreensão das

relações provedor-paciente e promover a comunicação da utilização de CAM em ambientes biomédicos.

Em estudo, Hamilton e Marietti (2017) exploraram o conhecimento, a atitude e a experiência de psicólogos australianos sobre a CAM para uso na prática clínica. Embora tivessem conhecimento sobre o CAM, não havia compatibilidade entre seu conhecimento percebido e o real. Ao tempo que mostravam-se abertos à ideia de usar algumas formas de CAM para melhorar o atendimento ao cliente, eles também eram céticos, e percebeu-se que abraçar uma abordagem centrada no cliente afetou suas crenças.

O estudo de Pun, Chor e Zhong (2019) evidenciou as percepções de médicos e pacientes chineses investigando a natureza das consultas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e seus padrões de comunicação. Identificou as estratégias linguísticas e de discursos específicas que os trabalhadores empregam para estabelecer o relacionamento médico-paciente para a melhor compreensão de suas doenças, e demonstraram ter colocado as necessidades dos pacientes como sua prioridade.

Em investigação sobre o uso e aceitação da CAM entre estudantes de medicina, Samara *et al.* (2019) constatou lacuna no conhecimento e uma aceitação geral para incluir materiais sobre CAM no currículo de sua formação. Os alunos frequentemente recomendavam modalidades de CAM, e geralmente tinham uma boa atitude em relação ao CAM, mas tinham várias crenças sobre isso.

Sharp *et al.* (2018) em estudo revelou as experiências e pontos de vista dos trabalhadores de saúde sobre a CAM para pacientes com comorbidades musculoesqueléticas e de saúde mental e o potencial para integração na atenção primária do Reino Unido. As barreiras para a integração identificadas foram a falta de conhecimento da CAM, o entendimento diferente de saúde entre CAM e médicos de clínica geral, e a preocupação que a integração pudesse mudar fundamentalmente a assistência prestada por ambos os grupos trabalhadores. Os facilitadores de integração foram evidências de eficácia e eficácia de custo.

A partir da busca percebemos um contexto de escassez de produção científica específicas em RS dos trabalhadores de saúde relacionada às PICS. Foi nessa perspectiva inovadora que elegemos a TRS de Serge Moscovici como referencial teórico e filosófico para o desenvolvimento desse estudo, ao compreendermos que a prática em saúde é permeada por subjetividade, buscando acessar os saberes que orientam as práticas de cuidado em saúde, e compreender as relações estabelecidas no cotidiano de trabalho, visto que, produzem os sentidos e significados relacionados à sua prática, direcionando as condutas, comportamentos

e ações em saúde. Reforçamos, portanto, a necessidade de estudos nessa direção e mostra a originalidade e relevância social desta pesquisa.

Desse modo, a APS é o cenário escolhido desse estudo, considerando ser o nível de atenção preferencial para inserção das PICS e suas equipes constituem saberes multidisciplinares e aumentam a integração entre distintas especialidades e profissões. Diante ao exposto, foi delineada a seguinte questão norteadora de estudo: Como se revelam as RS dos trabalhadores de saúde que atuam na APS sobre às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em um município no interior da Bahia?

Para responder este questionamento, foi traçado como objetivo geral: Compreender as RS dos trabalhadores de saúde que atuam na APS sobre às PICS. E como objetivos específicos: Identificar as RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS; Apontar os limites, facilidades e perspectivas para o desenvolvimento das PICS na ótica dos trabalhadores de saúde que atuam na APS. Para instrumentalizar esta investigação, adotamos como marco teórico a TRS de Serge Moscovici, com aproximação com a Teoria do Núcleo Central de Abric (2002).

Este estudo é relevante para o campo da saúde, em especial da saúde coletiva, por trazer uma abordagem reflexiva, uma vez que as relações sociais, os processos de cuidado, a estrutura dos sistemas, dos serviços de saúde e a formação profissional são carregados de representações que conferem autoridade aos discursos que permeiam o campo da saúde. Nesta perspectiva, este estudo contribui para o redimensionamento, ressignificação da produção do cuidado pelos trabalhadores de saúde da APS pelas PICS, gerando mudanças significativas no saber-fazer saúde.

Diante da contextualização do objeto de estudo e da delimitação dos objetivos da pesquisa, apresentamos o seguinte pressuposto teórico: as PICS é delineada conforme as diferentes RS desse fenômeno, manifestada pelos trabalhadores de saúde da APS, a partir das condutas, sentido e significados e das relações estabelecidas no cotidiano. As RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS guarda a gênese de raízes históricas socialmente construídas de valorização dos saberes biomédicos e desvalorização da medicina vitalista, dos saberes populares e tradicionais que permeiam as diversas PICS. Desse modo, (re)constrói e (re)significa uma maneira peculiar de ser, sentir e praticar o seu cuidado, frente às adversidades do contexto de cuidado ao qual encontra-se inserido.

## 2. ENCONTRO COM AS VOZES TEÓRICAS

---

*“Toda racionalidade médica, independentemente de seu paradigma, caracterizou-se historicamente por sintetizar, em uma atividade (práxis), a arte de curar doentes (techne) e um conhecimento ou ciência de doenças (gnose, episteme)” (LUZ, 2012, p. 33).*

Teoria, segundo Minayo (2009) é definida como conhecimentos sobre determinado assunto, construídos cientificamente por outros estudiosos que abordam antes de nós e lançam luz sobre nossa pesquisa. A teoria é construída para explicar ou para compreender um fenômeno, um processo ou um conjunto de fenômenos ou processos, uma espécie de grade, a partir do qual olhamos e “enquadrados” a interpretação da realidade, como um sistema organizado de proposições, que orientam a obtenção de dados e a análise dos mesmos, e de conceitos, que veiculam seu sentido.

O conceito de RS e sua teoria de base adotados nesse trabalho é aquele proposto por Serge Moscovici (2012) com aproximação com a Teoria do Núcleo Central de Abric (2002). Para o desenvolvimento da proposição deste texto, no primeiro capítulo, pretende-se compreender a Teoria das Representações Sociais (doravante TRS) e revelar as contribuições desta para o cuidado em saúde na sua definição epistemológica moscovicianiana.

Em seguida, para se apropriar da TRS no campo da saúde e as relações entre o senso comum e o saber técnico-profissional, buscamos o acesso ao conhecimento social que, ao longo de uma trajetória histórica de construção e de fusão cultural, indígena, europeia e africana, orienta a interpretação dos problemas de saúde e justifica suas práticas sociais e de cura. Assim, no segundo capítulo optamos por um breve histórico sobre as concepções de saúde/ doença e as práticas de cura no Brasil, a julgar-se a relevância que tais informações trazem ao corroborar com a proposta a qual se destina esta dissertação.

No terceiro capítulo contextualizamos as PICS na APS, perpassando por marcos importantes de mudanças do modelo de atenção à saúde que fortalecem o cuidado ampliado e legitima as PICS, culminando na atual PNPIC no Brasil. Por fim, abordamos, a formação em PICS pelos trabalhadores de saúde no Brasil.

## 2.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS) E SUAS INTERFACES COM O PROCESSO SAÚDE, ADOECIMENTO E CURA

### 2.1.1 Compreendendo a Teoria das Representações Sociais

Serge Moscovici nasceu na Romênia em 1925 e teve a sua juventude marcada por guerras e experiências sociais singulares. Em sua autobiografia, *Crônica dos Anos Errantes*, suas reflexões permitem compreender o percurso desses anos errantes, como ele mesmo se refere, como o começo da observação de como ideias novas se prendem a tradições e como as minorias podem crescer vertiginosamente (WOLTER, 2014). Moscovici se tornou um pensador

aberto, não submetido às determinações proibitivas das ideologias, que contaminam as ciências humanas e sociais (CASTRO, 2014).

Entre as várias obras publicadas por ele, é possível notar o grande interesse pelo social. Destaca-se a *La psychanalyse, son image et son public*, publicada em 1961, onde concebeu pela primeira vez a TRS. Serge Moscovici inaugura um novo campo de pesquisa em Psicologia Social, centrada sobre o estudo da psicanálise como RS.

A TRS considera o senso comum uma forma válida de saber útil à compreensão dos fenômenos sociais, trata da relação dos sujeitos com o conhecimento, investigando a relação entre sociedade e cognição, mediada pela linguagem (IRINEU *et al.* 2020).

Moscovici partindo do conceito das representações coletivas de Durkheim cria a TRS na tentativa de oferecer um contraponto às ideias de consciência coletiva do mesmo. Enquanto Durkheim possuía uma concepção estática das representações e defendia uma separação radical entre representações individuais, como parte do campo da psicologia, e as representações coletivas, como objeto da sociologia, Moscovici utilizando do termo “social”, enxergou na perspectiva sociopsicológica a dinamicidade dessas representações (DUVEEN, 2015). Não cabia mais a discussão clássica da representação,

[...] sabia-se que as representações sociais existiam na sociedade, mas ninguém se importava com sua estrutura ou com sua dinâmica interna. [...] Assim, o que eu proponho fazer é considerar como um fenômeno o que antes era visto como um conceito (MOSCOVICI, 2015, p.45).

Era nítido o predomínio de microteorizações apoiadas em conceitos isolados como imagem, opinião, atitude, crenças e normas sociais utilizadas pela psicologia social. Moscovici vai esboçando definições da noção de RS para superar a dicotomia entre as abordagens sociológicas e psicológicas do comportamento humano, em um esforço de articulação desses conceitos usados pela psicologia social em um conceito mais amplo e complexo (JODELET, 2014).

A RS é entendida como uma forma de conhecimento de senso comum e socialmente partilhado, por um sujeito ativo em íntima interação com o objeto culturalmente construído, que revela as marcas tanto do sujeito como do objeto, ambos inscritos social e historicamente (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2014).

As representações são portanto, o estudo dos processos pelos quais os indivíduos constroem e interpretam seu mundo e sua vida, e tem com o seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhes significações). Essas

significações resultam de uma atividade que faz da representação uma construção e uma expressão do sujeito (JODELET, 2001).

A RS permite a um determinado grupo social compreender o mundo que o rodeia e lidar com os problemas que nele identifica. Moscovici descreveu a TRS como

a “preparação para a ação”, não só porque guia os comportamentos, mas sobretudo porque remodela e reconstitui os elementos do ambiente no qual o comportamento deve acontecer. Ela possibilita dar sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações na qual está ligado ao objeto, fornecendo, ao mesmo tempo, as noções, as teorias e o fundo de observação que tornam essas relações possíveis e eficazes. [...]As representações sociais são conjuntos dinâmicos, seu estatuto sendo o da produção de comportamento e de relações com o ambiente, da ação que modifica uns e outros, e não a reprodução de comportamento ou relações, como reação a um dado estímulo externo (MOSCOVICI, 2012, p. 46-47).

Nesse processo de construção de uma realidade comum do grupo, compreendemos que as representações partilhadas sobre as PICS influenciam comportamentos individuais e coletivos, que por sua vez, dinamiza as relações cotidianas e práticas sociais. O conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, torna-se parte da realidade comum entre os trabalhadores de saúde da APS, que compartilham das mesmas referências e repertórios visuais ou discursivos. Dessa forma, fica evidente que as RS dos trabalhadores de saúde sobre as PICS são construídas a partir do senso comum que lhes atribuem sentido.

Não existe um recorte entre o universo exterior e o do indivíduo ou do grupo, nem entre sujeito e objeto. O objeto está inscrito em um contexto ativo, concebido parcialmente como um prolongamento do comportamento do indivíduo ou coletividade, reconhecendo o papel criador de objetos, de acontecimentos, da capacidade representativa, capaz de retirar do nosso “reservatório” de imagens combinações novas e surpreendentes. O passado permanece e se reinventa e o presente não se encerra em si mesmo (MOSCOVICI, 2012).

A psicologia social de Moscovici é orientada para questões de como as coisas mudam na sociedade, isto é, para aqueles processos sociais, pelos quais a novidade e a mudança, a conservação e a preservação, se tornam parte da vida social (DUVEEN, 2015).

Conforme proposto por Moscovici, as RS respondem a função de contribuir com os processos de **formação de condutas** e de **orientação das comunicações sociais**. Estas, segundo Spink (1993) referem-se a *função social*, atrelada às orientações e comunicações do cotidiano, que “exige uma análise mais microscópica das trocas sociais, tais como efetuadas na psicologia Discursiva” (p.306).

Além da função social, as RS possuem a *função afetiva*, envolvida na proteção e legitimação de identidades sociais, e a *função cognitiva*, compreendida na familiarização da novidade. A função afetiva, remete à dinâmica da interação social, quando, os sujeitos ao buscar entender e dar sentido ao mundo, utilizam de estratégias coletivas ou individuais para a manutenção das identidades ameaçadas. A função cognitiva, transformando o estranho, em algo familiar, evidenciam os dois processos fundamentais para a elaboração das RS: a ancoragem e a objetivação (SPINK, 1993). É essencial compreender como esses dois mecanismos funcionam para explicar como as RS são construídas e o que elas constroem.

Primeiramente intuímos nas palavras de Moscovici (2015) que “as representações que nós fabricamos [...] são sempre o resultado de um esforço constante de tornar comum e real algo que é incomum (não familiar), ou que nos dá um sentido de não familiaridade” (p.58) e que “em seu todo, a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização, onde os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas” (p.55) assim “o inabitual se insinua no costumeiro, o extraordinário se torna frequente” (p.57).

Assim, compreendemos que o primeiro mecanismo, o da ancoragem, transforma algo que ao nosso sistema particular é estranho e incomum, em comum e familiar, em outras palavras, ancora-se o desconhecido em representações já existentes, incorporando o objeto não familiar numa rede de categorias mais familiares, assimilando novas informações a um conjunto cognitivo existente e assim permitindo ressignificar e dar sentido ao novo (RIBEIRO; SERVO, 2019).

Posto isto, entendemos que a implementação das PICS no SUS, e em especial na APS, ao ampliar as práticas disponíveis para o cuidado em saúde, com práticas que em sua grande maioria não eram familiares, ancorou o objeto novo ao conhecimento preexistente, tornando algo naturalizado, e imprimiu mudanças no cotidiano de trabalho dos trabalhadores de saúde.

Nessa perspectiva, a objetivação, o segundo mecanismo, transforma algo abstrato em algo quase concreto, torna real um esquema conceitual e substitui uma imagem por sua contrapartida material. Esses mecanismos transferem o não familiar para nossa esfera particular, primeiramente por um alcance cognitivo, onde nós somos capazes de compará-los e interpretá-los, em seguida reproduzindo-o entre as coisas que podemos ver e tocar, e, conseqüentemente controlar, ou seja, ele é dominado e interiorizado, nós o tornamos nosso (MOSCOVICI, 2015).

A naturalização das ideias confere realidade ao que antes era abstração,

naturalizar e classificar são duas operações essenciais da objetivação. Uma torna o símbolo real, a outra dá à realidade um ar simbólico. Uma enriquece a gama de seres atribuídos à pessoa (e nesse sentido podemos dizer que as imagens participam do nosso desenvolvimento), a outra destaca certos seres de seus atributos para poder olhá-los no quadro geral conforme o sistema de referência que a sociedade institui (MOSCOVICI, 2012, p.103).

O estudo das RS permite conhecer o modo como o grupo social, ocupando-se da vida cotidiana, constrói os saberes que expressam sua identidade. Assim, a representação sobre um objeto, é constituída por uma variedade de informações, imagens, sentimentos conscientes e inconscientes e de atitudes que permeiam a prática cotidiana (SANTANA; SERVO; BORGES, 2019).

Nesse sentido, compreender as RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS permitirá entender como este trabalhador enquanto ser social constrói seus conceitos e práticas no curso das suas ações cotidianas de trabalho, e como seus saberes, sentimentos, valores e cultura irão influenciar em tais ações.

Em sua complexidade, a RS sintetiza tanto o dinamismo do grupo em suas relações entre si e com o objeto, quanto o movimento de um sujeito que vai se definindo nas relações ao apreender e se apropriar de um objeto, estando a identidade de um sujeito em processo contínuo de produção de sua subjetividade (MADEIRA; TURA; TURA, 2003). Clarifica-se nessa ótica o que Moscovici (2012) afirma, “qualquer representação é uma representação de alguma coisa” (p.58) e “qualquer representação é uma representação de alguém” (p.60)

Estamos cercados, tanto individualmente como coletivamente, por palavras, ideias e imagens e que nos atinge, sem que saibamos, para Moscovici (2015) “nossas reações a acontecimento, nossas respostas aos estímulos, estão relacionadas a determinada definição, comum a todos os membros de uma comunidade à qual nós pertencemos” (p.31) e tendemos “a considerar e analisar o mundo de uma maneira semelhante; especialmente quando o mundo em que vivemos é totalmente social” (p.33).

A TRS é uma teoria sobre os saberes sociais, que compreendem os saberes produzidos na, e pela vida cotidiana, onde se circulam e reúnem experiências, vocabulários, conceitos, condutas que se originam e são organizadas de maneiras diferentes conforme as classes, as culturas ou os grupos que constituem universos de opiniões, traduz a relação do grupo com o objeto socialmente valorizado o que diferencia um grupo do outro por sua orientação ou por sua presença ou ausência (MOSCOVICI, 2012).

Nesta direção, no processo de construção da realidade social, o indivíduo tenta compreender qual grupo ele pertence, que espaço neste mundo social ele ocupa, como as

relações se estabelecem, recebem e processam informações a partir de significados próprios, assumindo uma postura crítica, reflexiva na construção da sua identidade social.

As representações são sempre um produto da interação e comunicação. A mudança dos interesses humanos pode gerar novas formas de comunicação, resultando na inovação e na emergência de novas representações (DUVEEN, 2015).

nenhuma mente está livre dos efeitos de condicionamentos anteriores que lhe são impostos por suas representações, linguagem ou cultura. Nós pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos, de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura. Nós vemos apenas o que as convenções subjacentes nos permitem ver e nós permanecemos inconscientes dessas convenções (MOSCOVICI, 2015, p.35).

Nessa perspectiva, reconhece-se que as RS, orientam e organizam as condutas e comunicações sociais enquanto sistema de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros. Dessa maneira, a comunicação é o vetor de transmissão da linguagem, portadora em si mesma de representação, logo, partilhar uma ideia ou uma linguagem é também reafirmar um vínculo social e uma identidade. As representações devem ser estudadas articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social, ideativa sobre a qual elas têm de intervir (JODELET, 2001).

As funções atribuídas às RS por Abric (2002) são apresentadas por quatro funções essenciais, são elas: a de *saber*, a *identitária*, de *orientação* e a *justificadora*. Na função de saber, ou cognitiva, as representações permitem compreender e explicar a realidade, possibilitando que os atores sociais adquiram novos conhecimentos e os integrem em um quadro compreensível e coerente ao seu funcionamento cognitivo existente e com os valores adquiridos para constituir um saber de senso comum. Na função identitária, as RS definem a identidade e permitem salvaguardar a imagem positiva do grupo, preservando as suas especificidades, situando os indivíduos e grupo dentro do campo social.

Com relação a função de orientação, as representações guiam os comportamentos e as condutas dos indivíduos, definindo a estratégia cognitiva a ser adotada e o que é considerado lícito, tolerável e aceitável em um determinado contexto social. Finalmente, às funções justificadoras, proporcionam a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos por parte dos sujeitos, assim como a manutenção ou reforço dos comportamentos de diferenciação social assumidos pelos grupos sociais ou pelos indivíduos, criando representações que justificam suas ações (ABRIC, 2002).

Enfatizando a dimensão cognitivo-estrutural das RS, Abric propõem uma abordagem estruturalista do fenômeno representacional ao desenvolver a chamada Teoria do Núcleo Central, que compreende a organização de uma RS em torno de um núcleo central, que determina a significação e organização da representação, constituindo-se por um ou mais elementos periféricos que dão significado à representação (IRINEU *et al.*, 2020).

Na abordagem estruturalista das RS, o núcleo central é independente do contexto social imediato, que ao estar ancorados no sistema de valores compartilhados, o tornam estável e resistente à mudança. O núcleo central possui três funções: a função geradora, responsável por transformar o significado dos elementos que constituem a representação, ganhando um sentido, um valor para o indivíduo ou grupo social; a organizadora, em que determinaria a intensidade e o elo estabelecido entre os elementos para estabilizar a representação; e a estabilizadora, se relaciona à continuidade da representação (ABRIC, 2013).

Para que dois ou mais grupos tenham a mesma representação de um dado objeto, eles devem compartilhar do mesmo núcleo central. Por sua vez, os sistema periférico se mostra mais influenciáveis e modificáveis, permitindo a adaptação do pensamento da realidade cotidiana pelas relações e práticas sociais (TOMÉ; FORMIGA, 2020). Enquanto o sistema central de uma representação está ligado à memória coletiva e à história do grupo, o periférico permite a interação das histórias e as experiências individuais, até as mais recentes (SÁ, 2002).

A partir dessas elucidaciones, compreendemos que o imaginário dos trabalhadores de saúde da APS acerca das PICS, reveladas nas relações estabelecidas no cotidiano de trabalho, englobam diferentes dimensões sobre as PICS, configurando-se como um objeto representacional.

Neste âmbito, identificar como as RS são elaboradas, como se organizam no cotidiano, contribui para compreensão da forma pela qual tais representações mobilizam e direcionam as ações, as motivações e influências dos mesmos no comportamento dos trabalhadores. Como assinalam esses autores, a teoria das representações sociais possui um conceito abrangente e dinâmico e, desta forma, nos ajudará a entender as diversas dimensões da realidade estudada.

### **2.1.2 Representações sociais da saúde, doença e cura**

Os processos de constituição das RS são um dos focos de interesse nos estudos de saúde. Em todas as sociedades é possível encontrar representações e práticas que tentam explicar e controlar as manifestações do processo saúde-doença, que se alteram de um momento para outro. A compreensão do processo saúde-doença pela ordem biológica ou de ordem social serão

mais ou menos significativas de acordo a importância com que cada sociedade lhe atribui (LOYOLA,2012).

Primeiramente, é importante compreender que as percepções de saúde/doença, assim como o de necessidade de saúde ou de serviços de saúde, não se apresentam com mesma aceção para todos os indivíduos. São guiados por seus valores individuais, suas construções coletivas estabelecidas, da posição ocupada pelo indivíduo no espaço social, das concepções científicas, religiosas e filosóficas (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Portanto, os processos de saúde-doença são fenômenos subjetivos que refletem uma ordem social, cultural, política e econômica. Esses conceitos estão ligados a uma cadeia de significações e elementos simbólicos que dependem da relação que o sujeito estabelece com o objeto. A doença de um modo geral é uma das principais fontes da estigmatização do sujeito. É uma realidade construída e o doente é um personagem social e por esta razão está imersa num emaranhado de RS (SILVA, 2015).

As concepções de doença podem ser representadas como aquelas localizadas no corpo, associadas à disfunção, com forte viés biomédico, ou estar associada a inatividade, a impossibilidade de realizar trabalho, ou até mesmo a um castigo divino. A saúde, por sua vez, equivale a ausência de “ruidos corporais”, ao “silêncio” biológico, mas pode estar associada também ao desejo de vida, à atividade física e mental e ao bem-estar interior (OLIVEIRA, 2014).

Em outra perspectiva, apresenta-se o conceito ampliado de saúde, entendido como aquele que envolve os condicionantes e determinantes do processo saúde/doenças e não a saúde como ausência de doença, em linhas gerais, se estabelecendo como a forma de entender a saúde em uma relação indissociável entre aspectos biológicos e sociais (BUSS, 2009; SOUZA, 2020).

De acordo com Oliveira (2014), as necessidades em saúde não podem ser isoladas e individualizadas, já que elas apenas assumem sentido no corpo social onde são geradas. Para a autora,

[...] quanto mais complexas as representações de saúde e doença, tanto mais complexas serão as demandas por saúde, uma vez que as necessidades, enquanto representações, são determinadas, dentre outros aspectos, pelas concepções de saúde e doença socialmente construídas (p.779).

Para Staliano *et al.* (2019), o modo como é percebido o processo saúde-doença-cura e o significado que lhe é atribuído, depende das experiências tanto na forma individual como coletiva. Assim, para Oliveira (2014) a percepção da capacidade resolutiva de cada locus de atenção à saúde difere, ou seja, “para alguns sujeitos e grupos sociais não existe contradição

entre ir ao médico e procurar uma benzedeira ou “pai de santo”, já que cada um desses agentes de saúde responde a diferentes necessidades identificadas pelos sujeitos individuais e coletivos” (p.779).

Posto isto, as concepções de saúde, doença e cura como construções históricas e sociais que se desenvolvem no cotidiano, reorganizam-se e moldam-se aos saberes científicos, mas que ainda assim, consideram o saber comum apreendido e passado de geração em geração. O processo saúde-doença e das práticas de cuidado são espaços de interação entre os sujeitos sociais e seu contexto de vida, onde as concepções situam-se desde as mais biologicistas até as mais holísticas (SARTUNINO, 2019).

Na visão mágico-religiosa ou xamânica, predominante na Antiguidade, as causas das doenças são derivadas tanto de elementos naturais como de espíritos sobrenaturais, e as relações com o mundo natural são o ponto de partida para a compreensão do mundo e de como organizar o cuidado. Na visão holística, a saúde é entendida como o equilíbrio entre os elementos e humores que compõem o organismo humano, o cuidado deve compreender à busca do equilíbrio do corpo com os elementos internos e externos. Na explicação empírico-racional, a saúde na concepção hipocrática, é fruto do equilíbrio dos humores, a doença é resultante do desequilíbrio deles, e o cuidado depende de uma compreensão desses desequilíbrios para buscar atingir o equilíbrio (CRUZ, 2009).

Predominante na atualidade, a visão biomédica, com uma concepção fragmentária, o homem é visto como corpo-máquina e a intervenção de cuidado é baseada numa visão reducionista e mecanicista, no controle do espaço social, no controle dos corpos. Ao final da década de 70, começa a ganhar força a concepção sistêmica, uma noção de sistema que incorpora a ideia de todo, capaz de identificar as interações dos determinantes da produção e reprodução das doenças e de atuar de forma efetiva. O último modelo explicativo, a concepção da História Natural das Doenças (HND), orienta a organização do cuidado por diferentes níveis de complexidade, em termos de recursos e ações (CRUZ, 2009).

Assim, compreendemos que as concepções de saúde, doença e cura que circulam a sociedade, ao longo da história, possuem a capacidade de transformar e modificar as RS que os indivíduos possuem sobre o que é saúde, o que é doença e como se alcança a cura (VANZ; STALIANO; ANDREATTA, 2020).

A TRS volta-se tanto a análise da constituição de um conhecimento comum sobre a saúde, doença e cura, quanto na constituição de um saber técnico. O agir em saúde pode ser considerado como uma relação intersubjetiva, que abre espaço para negociação e inclusão do

saber profissional ao saber, desejos e das necessidades do indivíduo ou do grupo (SOUZA, 2014).

Os conceitos de saúde, doença e cura se transformam a depender da visão de mundo e/ou contexto histórico inserido, acompanhando mudanças sociais, políticas e econômicas que, direta e indiretamente, influenciam na formulação desse conceito, ressaltando que os trabalhos em RS têm ganhado destaque no campo da saúde ao tempo que torna-se necessário compreender quais os sentidos que as pessoas dão a esses conceitos (BEZERRA; SOPRESO, 2016).

Seguiremos buscando intuir como se estabeleceu as concepções de saúde, doença e cura no Brasil e sua trajetória evolutiva, partindo da visão mágico-religiosa chegando ao modelo biomédico predominante nos dias atuais. Esse breve retorno histórico permitirá voltar-se à importância de pensar a prática em saúde na relação e interação com os saberes individuais e coletivos, que vão se transformando, moldando-se e se reconstruindo socialmente, tendo por base as RS constituídas nos diferentes grupos em interação, entre o saber técnico-profissional que orienta as práticas institucionais e dos trabalhadores e da sua relação com as artes de cura popular.

## 2.2 CONCEPÇÕES DE SAÚDE, DOENÇA E CURA NO BRASIL: UM BREVE ITINERÁRIO HISTÓRICO ATÉ A MODERNA MEDICINA CIENTÍFICA

Durante os três primeiros séculos do Brasil colonial, a integração cultural dos europeus, africanos e ameríndios, desenvolveu uma variedade de práticas curativas em terras brasileiras. Medicina, religião, superstição e magia caminhavam juntas para proporcionar aos enfermos possibilidades de cura com diferentes significados para os diferentes tipos de terapeutas e pessoas (ABREU, 2006).

Segundo Miranda (2017) em sua obra “A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura”, assinala que a medicina dos primeiros habitantes do Brasil, os índios, era dotada de observação empírica sobre as ervas da flora e fauna brasileira e, seu modo de diagnosticar e curar a enfermidade, se valiam de práticas carregadas de representações mágicas e sobrenaturais, pois acreditavam ser os espíritos malignos os responsáveis por suas enfermidades. A sangria, a sucção, o sopro, massagens e fricções também faziam parte da medicina indígena. Suas soluções curativas através das ervas medicinais passaram a ser

incorporadas primeiramente pelos jesuítas, posteriormente, pelos agentes da medicina oficial, e ao longo do tempo, foram incluídos nos tratamentos fitoterápicos modernos.

A chegada dos africanos com as suas práticas curativas e visões cosmológicas, tornou ainda mais complexo e híbrido as artes de cura na colônia. Acreditavam que a doença seria causada pela ação de espíritos malignos ou de pessoas, em geral através de bruxaria ou feitiçaria. A arte da sangria realizada em sua maioria pelos africanos, escravizados ou alforriados, envolvia sarjar, aplicar ventosas e sanguessugas, como uma tentativa de sugar os espíritos malignos (PIMENTA, 2018).

Fundada em moldes antigos e medievais, a medicina europeia foi transposta para o Brasil colonial. Até as primeiras décadas do século XVIII, a medicina de Portugal ainda respaldava-se nas teorias de cura dos médicos renascentistas, com base em autores como Hipócrates e Galeno (VIOTTI, 2012).

Compartilhando das concepções astrológicas, religiosas e mágicas como parâmetros para entender o corpo humano, a teoria dos humores foi uma das concepções de grande influência no diagnóstico e no tratamento das enfermidades ao lado da concepção teológica. A primeira, associada ao corpo-microcosmo, uma cultura respaldada nas relações simbólicas com o mundo natural, acreditava-se no poder curativo inscrito nas plantas, pedras, minerais e excretos que compunham o cosmo. A segunda, compreendia o corpo enquanto criação divina e a doença interpretada como sinal de castigo (ABREU, 2006).

Eram considerados terapeutas populares os curandeiros, pajés, boticários, parteiras e barbeiros. Ao longo do século XVIII, os trabalhadores de medicina oficial encontravam resistência e desconfiança da população, enquanto as artes de cura alcançavam aceitação e reconhecimento, inclusive da classe dominante, por cultivarem concepções semelhantes de doença e cura com a população, preocupando-se com as dimensões espirituais e sobrenaturais, ausentes ao cuidado dos terapeutas com formação mais acadêmica (PIMENTA, 2018).

Na construção do saber, o médico buscava sua ciência muito mais nos livros do que na observação dos doentes, sendo proibido a esse o contato com os corpos e com o sangue, ficando a cargo do cirurgião e do barbeiro o trabalho manual, que ao ser visto com inferioridade, fez com que boa parte dos barbeiros-sangradores e mesmo alguns cirurgiões existentes no Brasil deste período fossem escravos, forros ou mulatos, reafirmando a posição que a medicina popular tinha na sociedade (WITTER, 2005; ABREU, 2006).

A hierarquia das artes de curar e o saber médico iniciou um processo de transformação nas últimas décadas do século XVIII. O desenvolvimento da química na medicina deu um passo importante ao estudo das propriedades dos medicamentos. Com a valorização do trabalho

manual, a sangria passou a ser considerada uma operação delicada e complexa demais para escravos e forros (DANTAS, 2015).

Logo, a medicina aproximou-se da cirurgia, desfazendo a percepção do corpo ligado à astrologia, ao sobrenatural e aos prodígios da criação. Assim, o corpo humano perdeu sua sacralidade e transformou-se em objeto da ciência, e a experimentação torna-se uma das características da ciência moderna em uma perspectiva favorável ao estudo da anatomia (ABREU, 2006; MIRANDA, 2017).

No decorrer do século XIX, havia um controle mais rigoroso para o exercício das atividades relacionadas à saúde e um distanciamento entre o conhecimento acadêmico e o conhecimento popular do corpo, da doença e da saúde (FIGUEIREDO, 2005). Dessa maneira, a medicina acadêmica era exercida, em geral, por pessoas de posição econômica privilegiada, assim, tinham ao seu favor o poder de tentar reprimir práticas que não fossem as oficiais (PIMENTA, 2018).

Estreitando suas relações com o Estado e o progresso da sociedade, os médicos empenharam-se em divulgar ao povo preceitos de higiene e da arte de curar, utilizando da cultura impressa, que possibilitou difundir o conhecimento médico entre a população, combatendo as práticas de cura não oficiais, com o intuito de “reformatar” os costumes do povo (ABREU, 2006).

Na primeira metade do século XIX, quando os primeiros grupos de médicos nacionais se diplomaram no Brasil, visaram consolidar sua medicina como exclusiva forma do exercício da arte do saber e cura. Essa monopolização foi iniciada com a fundação, em 1829, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e com a implantação do ensino médico pelo governo imperial em 1832 (MAGALHÃES, 2011).

Uma mudança no perfil dos hospitais foi visivelmente percebida no final do século XIX, e estes passaram a ser reconhecidos como espaço apropriado para a cura com o desenvolvimento da fisiologia, bacteriologia, técnicas da antissepsia e da anestesia (MAGALHÃES, 2011). Na segunda metade do século XIX, a prática médica altera-se em direção a uma contínua especialização (FIGUEIREDO, 2005). No começo do século XX, o ensino médico brasileiro mudava, para um padrão mais próximo daquele da universidade e do laboratório (BENCHIMOL, 2000).

Assim, o modelo biomédico, com suas raízes vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a Revolução que ocorreram a partir do século XVI, tornou-se o alicerce consensual da moderna medicina científica, que estimula o campo do saber médico a aderir a um comportamento cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado, mecanicista

e fragmentado, caracterizado pela explicação unicausal da doença e pelo biologicismo (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021).

Mais recentemente, nas últimas décadas, observamos uma crescente revalorização dos saberes populares, das medicinas tradicionais, complementares e integrativas, com o aumento da legitimação social e regulamentação institucional delas em diversos países em que o uso da biomedicina está bem estabelecido e disseminado (TESSER, SOUZA, NASCIMENTO, 2018).

Nessa perspectiva, seguimos consolidando nosso referencial teórico apresentando no próximo capítulo a contextualização da implementação das PICS na APS, compreendendo os contextos sociais, políticos e culturais em uma trajetória que possibilitou a institucionalização da PNPIC e a (re)valorização das PICS na saúde pública.

## 2.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como é denominada no Brasil, se refere a sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos não biomédicos que ganharam espaço nos sistemas de saúde, em um contexto global, a partir da década de 1970, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) cria o Programa de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA), atualmente renomeado Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) (BRASIL, 2015; OMS, 2019).

Em face da heterogeneidade de cosmologias, doutrinas médicas e princípios terapêuticos, a definição conceitual dessas práticas constitui um grande desafio. Adotamos para esse estudo a concepção da OMS (2019) que considera a “Medicina Complementar/alternativa” um conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da tradição ou da medicina convencional de um determinado país e não estão totalmente integradas ao sistema de saúde vigente; e a “Medicina Integrativa” como cuidados de saúde que reúnem abordagens convencionais e complementares de forma coordenada, com foco na pessoa de forma holística (OPAS, 2021).

Outros conceitos podem ser adotados, estabelecendo uma definição quanto a relação que as PICS estabelecem com biomedicina, definindo “complementar” como prática não convencional utilizada juntamente com a biomedicina, “alternativa” quando usadas em substituição à prática biomédica, e “integrativas” quando usadas conjuntamente, com base em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade (NCCIH, 2016).

Posto isto, compreendendo que essas abordagens terapêuticas de saberes e cuidados recebem denominações distintas em cada país, neste trabalho adotaremos o termo PICS por se referir as práticas realizadas por trabalhadores de saúde e ofertadas no sistema único de saúde

brasileiro, e mesmo não constando em sua nomenclatura a medicina tradicional, a PNPIC reforça o reconhecimento e a valorização desses saberes tradicionais do território e da cultura local pelos trabalhadores de saúde.

### **2.3.1 O itinerário das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária**

A trajetória da implementação das PICS no Brasil, se iniciou a partir da década de 1980. Ao longo dos últimos 40 anos, marcos importantes merecem destaque, fruto da persistência histórica e esforços de diversos atores para a legitimação das PICS, sendo resultado de diversos eventos, documentos, discussões e Conferências Nacionais de Saúde (CNS), impulsionados pela Reforma Sanitária brasileira, culminando na implantação da PNPIC (BRASIL, 2015).

No Brasil, o debate sobre as PICS começou a revelar-se no final da década de 70 do século XX, após a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, sustentando uma crítica político-ideológica em busca da reformulação das políticas públicas e reorganização dos sistemas de saúde compreendendo a relação indissociável entre aspectos biológicos e sociais. Nesse mesmo período, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional (MT), objetivando a formulação de políticas na área, surgindo as primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares que difundiram em todo o mundo (TELESI JÚNIOR, 2016; BRASIL, 2015).

Anterior a esse período, se reproduz no Brasil movimentos ideológicos que imprimiam diversas críticas ao modelo hegemônico e propiciaram a mobilização em defesa dos movimentos da Atenção Primária e da Promoção da saúde como modelo de atenção, seriam eles: o movimento ideológico da medicina preventiva difundido nas décadas de 1950 e 1960 e o movimento da medicina comunitária na década de 1970 (PAIM,2012).

Com base em uma abordagem integral, o movimento de Medicina Preventiva propôs a atenção médica na fase inicial do cuidado e mais próxima do cotidiano dos indivíduos e famílias. Vinculados aos departamentos de Medicina Preventiva (DMP), os programas de Medicina Comunitária foram amplamente divulgados e consigo uma série de ideias e propostas relativas a APS. Esses departamentos, se tornaram locais de início das bases universitárias do movimento sanitário. Assim, a medicina comunitária durante a década de 1970, emerge como campo de prática com base na atenção integral, pensando a dimensão social como determinante do processo saúde-doença (ESCOREL,2012).

Em 1976 Leavell e Clark sistematizaram os conceitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação no interior de um modelo denominado 'história natural da doença'. Esta é a tentativa mais conhecida e abrangente de construir um modelo de organização da intervenção humana sobre o processo saúde-doença. As ações decorrentes das políticas e dos serviços de saúde incidem nos diversos momentos da história natural de uma determinada doença, apresentando 3 níveis de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária (CARVALHO; BUSS, 2012).

Os movimentos ideológicos da Atenção Primária e da Promoção da saúde passaram a ser defendidas visando a reformulação das políticas públicas e a reorganização do sistema de serviços de saúde, contrapondo o modelo hegemônico. Entende-se como modelo de atenção o conceito trazido por Paim (2012) como uma racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde acionadas para resolver as necessidades de saúde, individuais e coletivas. Dois modelos hegemônicos são predominantes no sistema de saúde brasileiro: o modelo médico e o modelo sanitarista. O modelo médico ou médico assistencial-privatista, fundamenta-se em práticas individualistas, curativistas e medicalizadas, centrada na doença e nos atendimentos hospitalares. O modelo sanitarista, apoia-se nas correntes bacteriológicas, fundamenta-se no saber biomédico, recorrendo a uma organização vertical para a intervenção (PAIM,2012).

As diversas críticas ao modelo hegemônico desde o final da década de 1960 propiciou o avanço do movimento em defesa da APS em todo o mundo. Os movimentos sociais internacionais passam a compreender a saúde como direito humano, e a APS torna-se uma estratégia para organizar os sistemas de saúde e garantia do direito à saúde. A APS entra em pauta na agenda brasileira na década de 1970 com base nas experiências relatadas e com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) propiciou importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde, voltados a atender às necessidades da população local. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

Na declaração de Alma-Ata em 1978, a APS é concebida como

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 (OMS, 1978, p.1-2).

No final da década de 70 viria a se consolidar no Brasil o campo da saúde coletiva, um campo de pensamento e práticas de um movimento crítico ao modelo médico hegemônico (CARVALHO; BUSS,2012). Buscando entender a saúde como resultado das determinações sociais e uma construção social e coletiva, essa noção foi fundamental na geração da proposta da Reforma Sanitária brasileira (LOBATO; GIOVANELLA, 2012) que apontou um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. Articulado a intensa transformação da sociedade brasileira, nos anos 80, durante a transição democrática, o movimento de Reforma Sanitária nasceu e se consolidou na sociedade civil organizada envolvendo os setores acadêmicos de medicina preventiva e social, trabalhadores de saúde, residentes, setores de dentro do aparelho de Estado e do poder público, que defenderam a unificação dos sistemas de saúde e a valorização do primeiro nível de atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA,2012).

As propostas do Movimento Sanitário brasileiro, se concretizam no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, discutido e aprovado a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, a saúde como direito e dever do estado (BRASIL, 1986). A conferência se tornou um marco importante para a oferta de PICS no cenário nacional, que em seu relatório final deliberou a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (BRASIL, 1986, p.10-11).

O relatório final da 8ª CNS serviu de base para a sessão sobre a saúde na nova Constituição Federal de 1988, estabelecendo em seu artigo 196 a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL,1988).

O artigo 198 da Constituição Federal supracitada dispõe que

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

### III - participação da comunidade (BRASIL,1988, p.91).

Ao descentralizar o poder e garantir a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a favorecer a implantação de experiências pioneiras e o processo de legitimação e a institucionalização das PICS no Brasil (BRASIL, 2015).

A Constituição resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 que estabelece que as ações e serviços de saúde devem ser desenvolvidos de acordo com diretrizes e princípios, e o princípio da integralidade é entendido como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. O artigo 3º dispõe que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL A,1990).

A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, por estar mais próximo do ambiente do paciente encontra-se em uma posição melhor para avaliar os múltiplos e interativos determinantes da saúde e doença, capaz de responder as necessidades sociais de saúde em mudança (STARFIELD, 2002).

A criação do SUS e a descentralização de recursos, favoreceram novos modelos de atenção, com foco na atenção primária. Mas foi somente em 2011 com o decreto n.7.508 que a lei orgânica 8.080/90 foi regulamentada e a APS institucionaliza-se como porta de entrada preferencial e ordenadora da rede de atenção à saúde integrada e regionalizada, referenciando os usuários conforme suas necessidades,

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente. (BRASIL, 2011)

Uma importante característica da APS é a compreensão do processo de produção social de saúde que inclui os aspectos biopsicossocial e do meio ambiente. Assim, os serviços de APS devem estar orientados para a comunidade e a unidade familiar, consistente com o contexto

socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido, sendo capaz de se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais, em todas as faixas etárias (GIOVANELLA; MENDONÇA,2012).

A APS é um modelo direcionado a responder às necessidades individuais e coletivas com um conjunto de práticas integrais em saúde, invertendo a priorização das ações de saúde, saindo da abordagem curativa, desintegrada e centrada na hegemonia do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e multiprofissional. Para cumprir com seus atributos, os serviços de APS, devem assegurar por meio de sistemas de referência e contrareferência, o acesso a serviços especializados, garantindo a continuidade da atenção no interior das redes de serviços (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA,2012).

Mas nem sempre a APS apresentou esse caráter abrangente. A saúde da Família como estratégia faz parte de um processo de saída de uma APS seletiva vinculada ao movimento sanitário, presente na concepção e implementação inicial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e no Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, cujas funções eram focalizadas, voltadas a população mais vulnerável, seguindo em direção a uma APS abrangente, fortalecendo a capacidade resolutiva da Atenção Básica como nível de atenção e seu papel integrador e organizador do SUS (PAIM,2012).

Com descentralização de recursos, após a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB 96), a atenção básica assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção à saúde, criando condições para que em 1997, a Saúde da Família fosse desenvolvido como uma estratégia. Em 2006, é implantada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que amplia o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da APS abrangente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Dessa maneira, a APS constitui um campo fértil para a implementação das PICS, uma vez que os trabalhadores de Estratégia Saúde da Família (ESF) são os seus maiores promotores e em sua essência, compartilham de saberes multidisciplinares e a oferta do cuidado estão pautadas próximos ao contexto familiar e social do indivíduo (BRASIL, 2018).

Nesse caminhar de (re)valorizando das medicinas/terapias complementares/alternativas e integrativas em saúde, o espaço para discussão e implementação das ações no sentido de se elaborar a atual PNPIC surge como iniciativa de representantes nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, no ano de 2003 (BRASIL, 2015).

O processo de formulação de uma política é o momento de negociação e diálogo entre intenções e ações. Ao se analisar o curso de uma política é preciso investigar a influência dos

diversos atores na construção da agenda de saúde, como defendem seus interesses e vocalizam posições, como as propostas foram apresentadas, quem participou do processo decisório e o que prevaleceu (PINTO; VIEIRA-DA-SILVA; BAPTISTA, 2014; VIANA; WARGAS, 2012).

Fleury e Mafort (2012) afirmam que apenas definir objetivos e a finalidade não é suficiente para construir políticas efetivas e nem estabelecer suas potencialidades e as debilidades. O conhecimento das realidades concretas, é essencial para a compreensão da interação da política de saúde com a realidade, quais seus efeitos e como essas realidades afetam a elaboração da política e são afetadas por ela.

Nessa perspectiva, conhecer a realidade concreta tornou-se indispensável pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, que através do Departamento de Atenção Básica realizou o diagnóstico situacional das práticas que já vinham sendo desenvolvidas no SUS. Em 2005, surge a primeira política pública que promove as práticas não convencionais em saúde, denominada Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC, que no ano seguinte, em 2006, através da Portaria GM/ MS nº 971 se institucionalizou e foi aprovada como Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2015).

Na busca pela legitimidade social e aprovação da política nacional, a mudança de nome “medicina natural” para “práticas integrativas e complementares” foi essencial. Segundo Toniol (2016), essa mudança evidencia o modo pelo qual o emprego do termo “práticas” na PNPIC foi estratégia para evitar a utilização da categoria “medicina”, reafirmando a relação na qual a hegemonia da medicina científica é reiteradamente assegurado pelo Estado.

Atualmente 29 PICS estão disponíveis no SUS, são elas: Homeopatia; Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa; Medicina Antroposófica; Plantas medicinais e Fitoterapia; Termalismo/Crenoterapia; Arteterapia; Ayurveda; Biodança; Dança Circular; Meditação; Musicoterapia; Naturopatia; Osteopatia; Quiropraxia; Reflexoterapia; Reiki; Shantala; Terapia Comunitária Integrativa; Yoga; Apiterapia; Aromaterapia; Bioenergética; Constelação familiar; Cromoterapia; Geoterapia; Hipnoterapia; Imposição de mãos; Ozonioterapia; Terapia de Florais (SOUSA; BARROS, 2018).

Em muitos países, as PICS são a principal oferta de serviços à população, em outros, a forma de inserção nos sistemas de saúde acontece de forma complementar ao sistema convencional (SOUSA; GUIMARÃES; GALLEGOS-PEREZ, 2021). Embora a maioria das PICS não tenham as suas origens no Brasil, algumas carregam uma aproximação ética e filosófica com aspectos essenciais das práticas populares e religiosas de saúde presentes no território nacional (HABIMORAD *et al.*, 2020).

As PICS, de uma forma geral, compartilham os paradigmas vitalista e holístico. Pelo vitalismo se propõe a existência nos seres vivos de uma ‘força vital’ de natureza ‘não material’ ou ‘energética’ responsável pela manutenção da saúde e da vida, unido de forma indissociável ao corpo físico, e que sofre a influência das instâncias individuais superiores (mente, alma ou espírito) (TEIXEIRA,2017). Pelo holismo se afirma um ser humano harmonicamente integrado ao cosmos, compreendendo o ser humano como uma unidade físico-energética/psicofísica, mental e espiritual, enxergando o ser humano de forma integral. (LUZ; WENCESLAU, 2012).

O Ministério da Saúde (MS), no ano de 2018, em seu Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS traz como objetivos da PNPIC “ampliar a oferta desses recursos terapêuticos no SUS, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase no cuidado continuado, humanizado e integral em saúde” (BRASIL,2018a, p.8).

No estado da Bahia, em 2019, foi aprovada a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (PEPICS-BA), que buscou contemplar a identidade regional do estado, no intuito de valorizar e fortalecer as práticas tradicionais e populares, além de destacar a importância da articulação e envolvimento da esfera dos 417 municípios baianos, onde, essas práticas, devem ser implementadas em todos os níveis de atenção para a população do estado (BAHIA, 2020).

A PEPICS-BA é organizada a partir da categorização das práticas em cinco grupos: Sistemas Médicos Complexos; Práticas Corporais e Vivências Integrativas; Práticas Energéticas/Vibracionais e Meditativas/Contemplativas; Terapias baseadas em produtos naturais/Plantas Medicinais; Práticas Tradicionais e Populares (BAHIA, 2020).

As PICS têm na integralidade um alicerce do seu saber e prática, considerando a tríade corpo-mente-espírito, em uma visão ampliada do processo saúde-doenças, estimulando mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde, especialmente o autocuidado, proporcionando uma escuta acolhedora, fortalecimento do vínculo terapêutico e a interação do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2015).

Contextualizado as PICS na APS, abordando os principais acontecimentos históricos, observamos na literatura a inversão da priorização das ações de saúde, encontrando no conceito ampliado de saúde a possibilidade de uma atenção integral e resolutive. Nessa direção, é fundamental estabelecer estratégias de orientação da formação profissional com ênfase na abordagem integral, na valorização da APS e do processo de implementação das PICS.

A construção do saber profissional da saúde sobre as PICS, perpassa pelo importante papel de mudança no processo de educação dos trabalhadores de saúde pelas políticas públicas fundamentadas nas diretrizes do SUS.

Com a institucionalização do SUS, a educação dos trabalhadores de saúde passa a ter mais relevância e torna-se uma competência constitucional ordenar a formação dos trabalhadores de área. A constituição de 1988, em seu artigo 200, estabelece que “ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1998).

A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, reforça no seu artigo 27, que compete ao SUS em suas diferentes esferas de governo a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da Portaria nº 198/2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no Brasil, que objetiva a qualificação e o aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, com melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação do serviço e fortalecimento do processo de gestão do SUS (BRASIL, 2018a).

Com a implantação da PNPIC, a formação profissional está promulgada com o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICS para trabalhadores no SUS, consoante com os princípios e as diretrizes estabelecidas da PNEPS. Assim, o Ministério da Saúde tem ofertado cursos para os gestores e trabalhadores de saúde e, inserido as PICS em documentos técnicos do Ministério, como os Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2018a).

A introdução da Educação Permanente em Saúde (EPS) é estratégia político-pedagógica fundamental para a recomposição das práticas de formação profissional. Quando na presença de saberes tradicionais das culturas ou da produção de sentidos ligada às concepções de saúde, doença e cuidado pertencentes a lógicas que diferem do modelo racional científico vigente entre os trabalhadores de saúde, torna-se cada vez mais complexo as situações para se alcançar a capacidade terapêutica diante das necessidades em/direito à saúde, visto que não será mais adequado o conjunto de saberes (CECCIN, 2005).

Com isso, a educação deve ser trabalhada de forma permanente e dinâmica, contribuindo para a reflexão e avaliação do cotidiano do trabalho. A EPS destaca-se pela valorização do trabalho como fonte de conhecimento e vinculação do cotidiano e do processo de aprendizagem (ALMEIDA *et al.*, 2016). Assim, a EPS ao estar direcionada para a atualização cotidiana das práticas em saúde, visa fortalecer as práticas em APS. A APS utilizando de diversas tecnologias

para o cuidado, e por suas práticas compartilhadas entre os diferentes atores e em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, se destaca por ser um potente espaço para a consolidação da EPS (FERREIRA et al, 2019).

Na perspectiva de formação universitária na saúde, de acordo com Silva (2021) esta possui uma forte tendência biomédica, que ao reduzir o indivíduo com foco na doença ou nos riscos inerentes a ela, desvaloriza a integralidade e o cuidado ampliado, que é o alicerce das Práticas Integrativas e Complementares. A ínfima inclusão de conhecimento de práticas alternativas na formação universitária e de cursos para a formação dos trabalhadores resulta na falta de prestadores habilitados e na baixa oferta de serviço especializado (SOUZA,2020; QUEIROZ, 2000).

Para Tesser, Souza e Nascimento (2018), ao estar concentrada em instituições privadas, a formação em PICS reproduz modelos de formação inadequados a realidade da APS, afirmando a importância de que o ensino de PICS seja orientado para os diversos cenários do SUS, com ênfase para a APS.

Milder e Lima (2018) reforçam que o desconhecimento pelos trabalhadores de saúde das modalidades PICS, pode trazer uma visão limitada e até mesmo equivocada, ao não reconhecer os benefícios de caráter alternativo ou complementar dessas práticas, tanto no restabelecimento da saúde, quanto no caráter preventivo de doenças.

Em outra perspectiva, Queiroz (2000) adota que em meio aos procedimentos consagrados pela ciência, os trabalhadores que optam por uma prática não-científica, enfrentam o perigo de retrocesso em termos de ascensão social e reconhecimento profissional, logo, impactam nas escolhas pelos métodos alternativos e a formação nas PCI podem ser pouco sedutoras diante de um campo da saúde cada vez mais setorializado.

Ressalta-se portanto, que garantir o conhecimento dos trabalhadores de saúde sobre as diferentes PICS na APS, reconhecendo o pluralismo terapêutico, eficácia, bem como possíveis riscos, é necessário para se alcançar a aceitabilidade do serviço, e assim, transformar e ressignificar a prática cotidiana sobre as PICS no contexto da APS.

### **2.3.2 Pluralismo terapêutico das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.**

Para melhor compreensão sobre as PICS, objeto deste estudo, cada uma das práticas será brevemente apresentada nesse subcapítulo, de acordo com conceitos da própria PNPIC e da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 (BRASIL, 2017) e Portaria n. 702, de 21 de março de 2018 (BRASIL, 2018b).

No ano de 2006, cinco práticas foram institucionalizadas pela PNPIC: Homeopatia; Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa; Medicina Antroposófica; Plantas medicinais; Águas termais/minerais.

A Homeopatia, tem se expandido por diversos países da Europa, América e da Ásia. A homeopatia percebe o ser humano como um todo. Sistema médico de caráter holístico e baseado no princípio vitalista, compreende o adoecimento como expressão da ruptura da harmonia das diferentes dimensões. Dessa maneira, 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 (BRASIL, 2006).

A medicina tradicional chinesa (MTC) é uma abordagem terapêutica milenar, que tem a teoria do yin-yang e a teoria dos cinco elementos como bases fundamentais para avaliar o estado energético e orgânico do indivíduo, na inter-relação harmônica entre as partes, visando tratar quaisquer desequilíbrios em sua integralidade. A MTC utiliza procedimentos diagnósticos, como a anamnese integrativa, e procedimentos terapêuticos, como acupuntura, ventosaterapia, moxabustão, plantas medicinais, práticas corporais e mentais, dietoterapia chinesa (BRASIL, 2006).

Na Medicina Antroposófica, são utilizados diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem, como aplicações externas, banhos terapêuticos, terapias físicas, arteterapia, aconselhamento biográfico, quirofonética. Fundamenta-se em um entendimento espiritual-científico do ser humano que considera bem-estar e doença como eventos ligados ao corpo, mente e espírito do indivíduo (BRASIL, 2006).

As plantas medicinais contemplam espécies vegetais, que exercem ação terapêutica e devem ser utilizadas de forma racional, pela possibilidade de apresentar interações, efeitos adversos, contraindicações. 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 (BRASIL, 2006).

As Águas termais/minerais, são práticas terapêuticas que consistem no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas, hidromecânicas, como agente em tratamentos de saúde (BRASIL, 2006).

Em 2017 mais 14 modalidades terapêuticas foram inseridas na PNPIC: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga.

Dentre as práticas milenares, a Arteterapia, é uma expressão artística, visual, que utiliza instrumentos como pintura, colagem, poesia, dança, fotografia, tecelagem, expressão corporal, teatro, sons, músicas ou criação de personagens. A arte é utilizada como elemento terapêutico, individual ou em grupo, em uma produção artística que favorece a 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 (BRASIL, 2017).

De origem indiana, a Ayurveda é considerada uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo e acredita que o corpo humano é composto por cinco elementos – éter, ar, fogo, água e terra –, os quais compõem o organismo, os estados energéticos e emocionais e, quando em desequilíbrio, podem induzir o surgimento de doenças. Os tratamentos ayurvédicos consideram a singularidade de cada pessoa, e utilizam técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), técnicas respiratórias (pranayamas), posições e exercícios (mudras) e cuidados dietéticos (BRASIL, 2017).

A Biodança é prática expressiva corporal que através da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, promove vivências integradoras e restabelece o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, redução do estresse, melhora da comunicação e o relacionamento interpessoal (BRASIL, 2017).

Dentre as práticas ancestrais, a Dança Circular, utiliza da expressão corporal, como a dança de roda, 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 (BRASIL, 2017).

A Meditação, prática milenar tradicional de diversas culturas, consiste em proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior, ampliando a capacidade de observação, atenção, concentração e a regulação do corpo-mente-emoções. Dessa maneira, a prática meditativa desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência, facilitando o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação (BRASIL, 2017).

Na Musicoterapia, a prática é conduzida utilizando a música e/ou seus elementos tais como o som, ritmo, melodia e harmonia, como facilitador e promotor da comunicação, da relação, da aprendizagem, da mobilização, da expressão e da organização, que busquem atender necessidades físicas, emocionais, mentais, espirituais, sociais e cognitivas do indivíduo ou do grupo (BRASIL, 2017).

Dentre as práticas naturais, a Naturopatia, é uma 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 (BRASIL, 2017).

Com um abordagem integral no cuidado em saúde, a Osteopatia é uma prática terapêutica que utiliza várias técnicas manuais para auxiliar no tratamento de doenças, entre elas a da manipulação do sistema musculoesquelético e visceral (BRASIL, 2017).

Na mesma direção, a Quiropraxia, 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. Enfatiza o tratamento manual, como a terapia de tecidos moles e a manipulação articular ou "ajustamento", que conduz ajustes na coluna vertebral e outras partes do corpo, visando a correção de problemas posturais, o alívio da dor e favorecendo a capacidade natural do organismo de auto cura (BRASIL, 2017).

A Reflexologia, práticas bioenergéticas, parte do princípio que o corpo possui meridianos que o dividem em diferentes regiões, as quais têm o seu reflexo, e permitem, quando massageados, a reativação da homeostase e do equilíbrio nas regiões com algum tipo de bloqueio. Para tal, utiliza estímulos em áreas reflexas nos pés, mãos e orelhas, para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento (BRASIL, 2017).

O Reiki, é uma 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. Para isto, o terapeuta busca restabelecer o fluxo de energia vital nos locais onde se encontram bloqueios energéticos, bem como eliminando as toxinas e equilibrando o pleno funcionamento celular (BRASIL, 2017).

Dentre as práticas de manipulação corporal, a Shantala consiste em uma série de movimentos (massagem) para bebês e crianças pelos pais, que favorecem o vínculo entre estes e proporcionam uma série de benefícios decorrentes do alongamento dos membros e da ativação da circulação. Além disso, promove a saúde integral; harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, os sistemas corporais, desenvolvimento motor, reforça vínculos afetivos, cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional (BRASIL, 2017).

A Terapia Comunitária Integrativa é uma prática terapêutica coletiva que envolvem indivíduos, famílias e comunidades, numa atividade de construção de redes sociais solidárias, apoio emocional, troca de experiências e interação social (BRASIL, 2017).

De origem oriental, o Yoga é uma prática corporal e mental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação. Apresenta técnicas específicas que trabalha os

aspectos físico, mental, emocional, energético e espiritual do praticante com vistas à unificação do ser humano em si e por si mesmo (BRASIL, 2017).

Em 2018 mais 10 foram incluídas, totalizando 29 práticas atualmente disponíveis no SUS: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia, Terapia de Florais.

A Apiterapia é uma prática terapêutica utilizada desde a antiguidade, que consiste em usar produtos derivados de abelhas, tais como mel, pólen, geleia real e própolis, para promoção da saúde e fins terapêuticos (BRASIL, 2018b).

Dentre as terapias seculares, a Aromaterapia, utiliza as propriedades dos óleos essenciais, concentrados voláteis extraídos de vegetais, para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo visando à promoção e reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo. Com amplo uso individual e/ou coletivo, pode ser associada a outras práticas, tais como terapia de florais, cromoterapia, entre outras (BRASIL, 2018b).

A bioenergética, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, trabalhando o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal, respiração, com exercícios que liberam as tensões do corpo e facilitam a expressão dos sentimentos (BRASIL, 2018b).

A Constelação Familiar, é um método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações ditas e as não ditas, encobertas nas relações familiares, que atuam no inconsciente familiar e nas relações humanas, buscando encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, criando condições para que a pessoa reorienta o seu movimento em direção à cura e ao desenvolvimento (BRASIL, 2018b).

A cromoterapia, utiliza as cores do espectro solar, sendo elas o vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta, com o intuito de restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo, classificando-as em cores quentes, com vibrações que causam sensações mais físicas e estimulantes, e cores frias, com vibrações mais sutis e calmantes (BRASIL, 2018b).

Dentre as terapêuticas naturais, a Geoterapia consiste na utilização de argila, barro, lamas medicinais, 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 (BRASIL, 2018b).

A Hipnoterapia, é um 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 condições ou comportamentos indesejados, como medos, fobias, insônia,

depressão, angústia, estresse, dores crônicas, bem como pode favorecer o autoconhecimento e estar associado com outras formas de terapia (BRASIL, 2018b).

A Imposição de mãos, terapia bioenergética e secular, consiste na transferência de energia vital por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença (BRASIL, 2018b).

A Ozonioterapia é uma prática de baixo custo 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 (BRASIL, 2018b).

As Terapias de Florais, são prática terapêutica que utilizam essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais (BRASIL, 2018b).

Em síntese, compreendemos que as PICS são abordagens terapêuticas de saberes e cuidados organizadas em intervenções mente-corpo, terapias biológicas/naturais, métodos de manipulação corporal e terapias energéticas (TESSER E BARROS, 2008). As PICS são práticas que envolvem o pluralismo médico, com diversos saberes e crenças sobre saúde, doença e cura, e distintos modos de enfrentamento das enfermidades (ANDRADE; COSTA, 2010).

Posto isto, as generalizações atribuídas as PICS devem ser questionadas e evitadas. Segundo Tesser e Dallegrave (2020) o fato de várias PICS serem antigas e vitalistas, nem todas as PICS são de tradição milenar e interdisciplinares, ou se contrapõem à visão moderna e a biomedicina. Para os autores, mesmo que haja uma contraposição em alguns aspectos, isso serve para algumas PICS, não para todas.

### **3. O MOVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO: PERCURSO METODOLÓGICO**

---

*“É o caso da introdução da noção de corpo simbólico que contribui para desfazer a dualidade metodológica ilusória entre corpo e alma levando a se repensar a doença não como um fator orgânico, mas como um fenômeno multifatorial, isto é, que é determinado por diversos fatores sociais, culturais e psíquicos que se integram de modo ambivalente” (MARTINS, 2012, p. 325).*

A definição da metodologia requer dedicação e cuidado do pesquisador, indica as conexões e a leitura operacional que o pesquisador fez do quadro teórico e de seus objetos de estudo, e não apenas uma descrição formal dos métodos e técnicas a serem utilizados (MINAYO, 2014). A teoria e a metodologia caminham juntas e inseparáveis. Assim, entende-se por metodologia

o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas. (MINAYO, 2009, p.14)

Assim, nesse item apresento o percurso metodológico que detalha os caminhos para concretização deste estudo, perpassando pela delimitação do tipo de estudo, campo de pesquisa, participantes do estudo, técnica e instrumento de coleta de dados, a sistematização para coleta de dados, os métodos de análise de dados e, os aspectos éticos da pesquisa.

### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Para o alcance dos objetivos traçados foi realizado um estudo qualitativo, exploratório, do tipo estudo de caso. Sua construção foi delineada a partir dos significados, afirmações e experiências dos participantes por meio do conhecimento socialmente construído e compartilhado, e do aprofundamento do conhecimento do senso comum sobre as RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS, o objeto de estudo investigado.

A pesquisa qualitativa considera uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do participante que não pode ser traduzido em números. Preocupa-se muito mais com o processo do que com o produto, ou seja, com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde ao universo mais profundo das relações dos fenômenos e dos processos (PRODANOVE; FREITAS, 2013).

Nessa direção, segundo Godoy (1995) a pesquisa qualitativa utiliza métodos indutivos, objetivando a descoberta, a identificação e a descrição detalhada e aprofundada do fenômeno, buscando conhecer a realidade segundo a perspectiva dos sujeitos participantes da pesquisa, sendo o significado o conceito central de investigação. Desse modo, compreendemos que a

pesquisa qualitativa estuda os fenômenos em seu cenário natural, buscando sentido ou interpretações das significações que as pessoas trazem para estes.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado. Assim, proporciona maior aproximação e visão geral do objeto pesquisado, sendo que este é considerado como uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada (GIL, 2019).

O estudo de caso é uma investigação que analisa profundamente uma unidade, que pode ser um sujeito, um grupo, ou uma instituição, sendo que o objeto estudado é “considerado como uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situado” (SERVO, 2001, p. 97).

Segundo Fonseca (2002), no estudo de caso o pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe permitido um amplo e detalhado conhecimento. Nessa direção, Yin (2015) afirma que, um estudo de caso investiga um fenômeno dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Para Ludke e André (2013) o estudo de caso busca retratar a realidade de forma profunda e completa, compreendendo a complexidade natural das situações, procurando, também, representar os diferentes e por vezes conflitantes pontos de vista na situação.

Assim, com base em conhecimentos teórico-empírico sobre a TRS, almejei adentrar o universo da subjetividade revelada pelos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS, compreendendo os sentimentos, ideias e comportamentos deste grupo frente ao fenômeno em estudo.

### **3.2 CAMPO DE PESQUISA**

O trabalho de campo na pesquisa qualitativa, consiste no conhecimento empírico sobre o fenômeno objeto de estudo, que possibilita a aproximação do pesquisador à realidade estudada e interação com “atores” que compõem esse contexto (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

O estudo foi desenvolvido no âmbito da APS, tendo como recorte empírico as Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Feira de Santana, interior do estado da Bahia, localizado no agreste baiano, a 116 km da capital Salvador, com população estimada em 2020 de 619.609 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2021a).

O município de Feira de Santana conta com 96 USF, 133 Equipes de Saúde da Família (EqSF) e 22 Equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASF) que atuam de forma integrada com as EqSF, assistindo as populações específicas das áreas de abrangência das USF e do Programa Academia da Saúde.

A composição mínima da EqSF agrega: médico generalista ou especialista em Saúde da Família, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os trabalhadores de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL,2021b).

A eNASF apoiam as EqSF, e podem ser compostas por: médico acupunturista; assistente social; trabalhador de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista, médico do trabalho; médico veterinário, trabalhador com formação em arte e educação (arte educador); e trabalhador de saúde sanitária (BRASIL,2021c)

Das 133 EqSF que abrangem todo o território urbano e rural do município, 30 EqSF ofertam diferentes PICS. As PICS ofertadas no município são: Massoterapia, Reiki, Shantala, Fitoterapia, Dança circular, Ventosaterapia, Auriculoterapia, Passe Magnético, Meditação e práticas corporais.

Segundo Minayo (2014), é necessário que o pesquisador delimite o espaço da pesquisa e justifique sua escolha, a partir de critérios de escolhas dos locais de investigação. Nesta direção, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para escolha das USF que fizeram parte do recorte empírico da investigação: possuir EqSF que ofertavam PICS e que tivessem além da EqSF, uma eNASF vinculada e registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Assim, preenchendo todos os critérios de inclusão delineados previamente, a pesquisa foi realizada em três (3) USF, sendo elas: Alto do Papagaio, com 28 trabalhadores cadastrados, Campo Limpo II, com 23 trabalhadores cadastrados e Campo do Gado Novo, com 22 trabalhadores cadastrados, totalizando 77 trabalhadores.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram trabalhadores de saúde das EqSF e eNASF vinculados as USF Alto do Papagaio, Campo Limpo II e Campo do Gado Novo.

Os critérios de inclusão adotados foram: trabalhadores cadastrados no CNES vinculados as USF elegidas, trabalhadores em pleno exercício profissional e que possuíam tempo de atuação nessa unidade de, no mínimo, seis meses. Por sua vez, foram excluídos aqueles trabalhadores que estavam de licença ou afastados das atividades assistenciais no período da coleta de dados.

Por se tratar de uma pesquisas de natureza qualitativa, e esta ser um processo dinâmico, não houve prévia determinação de critérios numéricos de participantes para garantir a representatividade, uma vez que, segundo Minayo (2017) o universo da pesquisa não são os sujeitos em si, mas suas dimensões e interconexões. Assim, não foi estabelecida a quantidade de participantes do estudo previamente. Nessa direção, foram entrevistados onze (11) participantes.

O sigilo sobre o nome dos participantes foi preservado com a utilização de códigos de identificação com a abreviatura Ent. (Entrevistado), seguido do número indicativo à ordem da entrevista (Ent.1, Ent. 2 e assim por diante).

A seguir, apresentamos os participantes do estudo que estão descritos no Quadro 2, segundo gênero, idade, prática espiritual/religião, tempo de graduação, tempo de atuação na APS, formação/curso em PIC, utilização de PICS na APS e PICS que utiliza na APS.

Quadro 2 - Caracterização dos trabalhadores de saúde da ESF entrevistados, Feira de Santana, 2022.

Participante	Gênero	Idade	Prática espiritual/religião	Tempo de graduação	Tempo de atuação na APS	Formação/cursos em PICS	Utiliza PICS na APS	PICS que utiliza na APS
1	Feminino	29	Adventista do 7º dia	6 anos	6 anos	Sim	Sim	Ventoterapia, aromaterapia, massoterapia, shantala, bioenergética
2	Masculino	35	Católico	7 anos	5 anos	Sim	Sim	Aromaterapia, auriculoteria, florais de Bahn, massoterapia, ventoterapia, massoterapia.
3	Feminino	52	Evangélico	28 anos	21 anos	Não	Não	Não utiliza mas indica
4	Feminino	27	Católico	4 anos	1 ano	Não	Sim	Musicoterapia
5	Feminino	62	Católico	10 anos	13 anos	Sim	Sim	Massoterapia
6	Feminino	36	Acredita em Deus	5 anos	4 anos	Sim	Sim	Reiki e fitoterapia
7	Feminino	46	Evangélico	12 anos	6 anos	Sim	Sim	Fitoterapia
8	Feminino	31	Adepto ao budismo	8 anos	1 ano	Não	Não	Não utiliza mas indica
9	Feminino	41	Evangélico	7 anos	3 anos	Sim	Sim	Ventosa e massoterapia
10	Feminino	26	Católico	3 anos	6 meses	Não	Sim	Dança Circular e Meditação
11	Masculino	44	Evangélico	20 anos	8 anos	Sim	Sim	Massoterapia

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Neste quadro foi utilizado números para identificar os participantes em vez dos códigos mencionados anteriormente, de forma a garantir o anonimato dos participantes, uma vez que temos no grupo características singulares no que se refere a sexo, prática religiosa e PICS que utiliza na APS.

Dos 11 participantes do estudo, nove (9) eram do sexo feminino e dois (2) masculino, sendo que três (3) eram trabalhadores de educação física, dois (2) fisioterapeutas, dois (2) nutricionista, um (1) dentista, um (1) psicólogo, um (1) técnico de enfermagem e um (1) agente comunitário de saúde. Vale ressaltar a ausência dos trabalhadores médicos e enfermeiros que não tiveram interesse em participar da pesquisa.

Na composição do grupo pesquisado, a idade dos entrevistados variou de vinte e seis (26) a sessenta e dois (62) anos. A respeito da prática espiritual/religião, quatro (4) se definiram como católicos, quatro (4) evangélicos, um (1) adventista do sétimo dia, um (1) acredita em Deus e um (1) adepto ao budismo.

O tempo de graduação variou entre três (4) e vinte e oito (28) anos. E se tratando da atuação na APS, o tempo variou de seis (6) meses a vinte e um (21) anos. Nos quesitos formação/curso em PICS dos 11 participantes do estudo, sete (7) possuem formação/curso em PICS, e quatro (4) não possuem.

Quanto a utilização das PICS na APS, dentre os trabalhadores que possuem formação/curso em PICS, todos atuam com as PICS na APS. Dentre os trabalhadores que não possuem formação/curso em PICS, dois (2) trabalhadores atuam com as PICS (meditação, musicoterapia e dança circular) mesmo sem formação/curso, e dois (2) não atuam mais encaminham os usuários as PICS na APS.

No que se refere as PICS utilizadas na APS, um total de 12 práticas são ofertadas por um ou mais trabalhadores, são elas: ventosaterapia (3), aromaterapia (2), massoterapia (5), shantala (1), bioenergética (1), auriculoteria (1), florais de Bahn (1), Musicoterapia (1), Reiki (1), fitoterapia (2), Dança Circular (1), Meditação (1).

### 3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A utilização diversificada de técnicas de coleta de dados possibilita a apreensão de informações no campo das pesquisas que envolvem o imaginário social (SILVA; FERREIRA, 2012). A TRS como marco teórico de análise, possibilita alcançar o conteúdo manifesto e latente das RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS. Neste sentido, optamos pela utilização de dois métodos de coletas de dados para o desenvolvimento deste estudo, a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e a entrevista semiestruturada gravada.

A TALP é uma técnica projetiva, que busca revelar as representações acerca de objetos e fenômenos, pois acessa a organização psíquica dos sujeitos, trazendo à tona para o pesquisador elementos implícitos ou latentes que seriam sufocados ou mascarados nas produções discursivas (ABRIC, 2002).

Na TALP é apresentado ao participante, sujeito da pesquisa, uma frase ou expressão que atua como termo indutor, correspondendo ao fenômeno de representação que está sendo investigado (SÁ, 2002). Segundo Nobrega e Coutinho (2003) esses termos indutores devem ser previamente definidos considerando o objeto a ser pesquisado ou objeto da representação, e as características dos participantes da pesquisa que serão entrevistados.

A técnica consiste em solicitar ao entrevistado que evoque um número específico de palavras/expressões (geralmente de três a cinco), utilizando um estímulo indutor, que neste estudo foi o termo “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”, quanto mais rápido for evocada/registrada a resposta, maior o seu efeito de validade.

Em seguida, foi solicitado uma hierarquização dos termos evocados em ordem crescente de importância, de forma que o entrevistado atribuísse valores desde o mais importante ao menos importante (APÊNDICE A), sendo que a palavra ou expressão marcada como o número 1 (um) foi a de maior relevância, enquanto a de número 5 (cinco), a de menor relevância, ou seja, a que mais ou menos se relaciona com o objeto abordado (NOBREGA; COUTINHO, 2003).

Dessa forma, foram estabelecidos pesos para os elementos listados, conforme a ordem de classificação, em que o valor 1 é atribuído para a resposta que é fornecida em primeiro lugar, 2 para a segunda resposta fornecida pelo participante, e assim por diante. Esta tabulação permite que através dos pesos das questões, seja estabelecida uma Ordem Média das Evocações (OME), que considera que quanto mais próximo o elemento estiver da matriz 1 (um), a evocação no entender do participante é a que prioritariamente mais se relaciona com o objeto abordado.

Para Abric (2002), o cruzamento de frequência e OME remetem às palavras/ expressões, que mais se destacam no núcleo pesquisado, tornando possível identificar elementos centrais e periféricos das representações do grupo social investigado. Assim, a utilização da TALP possibilitou acesso aos primeiros conteúdos familiares e abstratos frente ao objeto de estudo.

A entrevista enquanto técnica de coleta de dados segundo Gil (2008) é adequada para a investigação acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, possibilitando obter dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social e em profundidade acerca do comportamento humano.

A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, que faz emergir informações de forma mais livre, que permite ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada nem à respostas condicionadas à alternativas (MINAYO, 2009).

Nessa perspectiva, acreditamos que os conteúdos apreendidos a partir da entrevista semiestruturada, construídos no diálogo com o indivíduo entrevistado, versam reflexões do próprio sujeito sobre a realidade vivenciada, ou seja, do seu imaginário social, e possibilitam a percepção de elementos das RS, implícitos e latentes, emergidos do cotidiano.

Nesta direção, para alcançar o conteúdo manifesto e latente das RS dos trabalhadores de saúde sobre as PICS, como segunda técnica de coleta de dados, utilizamos a entrevista semiestruturada, que possibilitou imersão mais profunda no universo dos sentidos e significados atribuídos pelos participantes ao objeto em estudo, acompanhada de um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE B), permitindo o direcionamento do diálogo para o alcance dos objetivos propostos sem, contudo, cercear a liberdade e a espontaneidade dos entrevistados, possibilitando perceber os elementos das RS verbalizados pelos entrevistados.

### **3.5 SISTEMÁTICA PARA COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada após a submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

A aproximação com o campo de estudo se deu após contato com os trabalhadores da saúde EqSF da UBS do Alto do Papagaio, Campo Limpo II e Campo do Gado Novo, formalizando o convite para participarem do estudo. A participação dos mesmos foi condicionada à aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(APÊNDICE C), após estarem cientes do tema, justificativa, objetivos, benefícios e riscos da mesma.

Frente ao contexto pandêmico da covid-19, prezando pela segurança física e respeitando as normas de distanciamento social, a pesquisa utilizou dos recursos virtuais para instrumentalizar a coleta de dados. Vale salientar, que foram encontradas dificuldades na realização das coletas de dados, desde o contato inicial com os participantes, o interesse dos trabalhadores em participar da pesquisa e a disponibilidade, que implicou na criação de estratégias na tentativa de não comprometer a qualidade da coleta de dados, como a remarcação de datas e horários de agendamento.

A realização da técnica projetiva TALP e as entrevistas seguiram as orientações para procedimentos em pesquisas em ambiente virtual, divulgados no Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que entende por:

0.1. Meio ou ambiente virtual: aquele que envolve a utilização da internet (como e-mails, sites eletrônicos, formulários disponibilizados por programas, etc.), do telefone (ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas, etc.), assim como outros programas e aplicativos que utilizam esses meios.

0.2. Forma não presencial: contato realizado por meio ou ambiente virtual, inclusive telefônico, não envolvendo a presença física do pesquisador e do participante de pesquisa. (BRASIL, 2021d, p.2)

Embora tenha sido utilizadas duas técnicas de coleta de dados, estas ocorreram em um mesmo momento, de forma sequenciada, com tempo estimado de duração total de 30 minutos.

Inicialmente foi realizado a técnica projetiva TALP, e as palavras ou expressões evocadas pelo entrevistado na aplicação da TALP foram anotadas simultaneamente pelo entrevistador no instrumento (APÊNDICE A), em seguida, sofreu hierarquização.

Posteriormente, foi realizado a entrevista semiestruturada acompanhada por um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE B) composto de duas partes.

A primeira parte, correspondeu à caracterização dos participantes do estudo: gênero, idade, estado conjugal, prática espiritual/religião, formação/função, tempo de graduação, tempo de atuação na APS, pós-graduação/formação complementar, se possui formação em PICS e o que motivou buscar essa formação, se atua com PICS na APS e, se houve abordagem às PICS na formação acadêmica.

A segunda, contemplou questões referentes as RS das PICS na ótica dos trabalhadores de saúde da APS, tendo como base as questões norteadoras nesse estudo. As perguntas envolveram as percepções pessoais nos diversos contextos e experiência sobre o tema em

estudo, que oportunizou o entrevistado discorrer com ampla liberdade de expressão sobre as RS contidas em suas experiências cotidianas, foram elas: 1 – Como você percebe as PICS como prática terapêutica na APS? 2 - Fale sobre sua experiência no cotidiano de trabalho e o uso/indicação das PICS. 3 - Quais os limites, facilidades e perspectivas para o uso/indicação das PICS na APS?

Desta maneira, as entrevistas foram realizadas individualmente, utilizando Google Meet, um serviço gratuito de comunicação por vídeo e de fácil acesso, que possibilitou ao entrevistado participar da entrevista pela Web ou por meio do aplicativo Android ou iOS. A escolha pelo Google Meet foi fortalecida pela segurança e proteção conferida com chamadas criptografadas entre todos os usuários. O acesso a entrevista foi realizado através de um link disponibilizado pelo entrevistador ao entrevistado, via whatsapp, com agendamento prévio de data e horário, contendo apenas um remetente e um destinatário.

As entrevistas foram cessadas quando as falas apresentadas pelos indivíduos atingiram uma regularidade de apresentação e densidade de conteúdo, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos não apontavam novas informações, e aquelas obtidas asseguravam relevância e consistência para atender o objeto e objetivos propostos para este estudo.

As respostas foram gravadas em gravador digital, com anuência dos participantes, a seguir transcritas, apresentadas, analisadas e discutidas. Permanecerão guardadas no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da UEFS, sob nossa responsabilidade, pelo período de cinco (5) anos e, após esse prazo, serão destruídas.

Após a coleta de dados, o material empírico produzido, foi cuidadosamente preparado, de forma que as palavras evocadas na TALP e as falas transcritas compuseram o banco de dados para processamento.

### **3.6 MÉTODOS DE ANÁLISES DE DADOS**

Objetivando compreender as RS reveladas pelos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS por meio do conteúdo manifesto e latente presente nas falas, foi utilizado três métodos de análises de dados. Para os dados coletados na TALP, utilizamos a análise das evocações, para os dados coletados na entrevista semiestruturada, utilizamos a análise da similitude e a análise de conteúdo de Bardin (2016).

A análise das evocações e a análise da similitude foram processadas através do Software IRAMUTEQ proposto por Pierre Ratinaud (2009).

Indicado para o gerenciamento e tratamento estatístico de textos de entrevistas e questionários abertos, o software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) 0.7, versão alpha 2, é um software gratuito que funciona como uma interface de R ([www.r-project.org](http://www.r-project.org)) como observado na Figura 1. Os softwares de análise qualitativa são considerados ferramentas de processamento de dados, que viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais e auxiliam a organização, estruturação e os processos inferenciais (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Figura 1 – Interface Software IRAMUTEQ versão 0.7 alpha 2



Fonte: IRAMUTEQ (2022)

Na análise das evocações, para os dados coletados na TALP, os termos evocados foram manipulados em duas análises distintas no Software IRAMUTEQ, a primeira com a construção da nuvem de palavra, a segunda, procedemos com a análise prototípica das evocações.

No primeiro momento, na nuvem de palavras, o processamento dos termos evocados agrupou e organizou graficamente as palavras em função da sua frequência. A nuvem de palavras é uma análise lexical mais simples, porém graficamente bastante interessante, que possibilita rápida identificação das palavras de um corpus (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Na nuvem de palavras é possível observar, por meio do tamanho e da espessura dos termos, a frequência simples, de modo que, quanto maior é o tamanho da fonte e mais centralizada estiver a palavra na nuvem, maior é o grau de evocações pelos sujeitos, ou seja, maior é a representatividade do termo no corpus em análise. Ao passo que, quanto mais afastada e menor seu tamanho, menor o seu grau de evocação (RIBEIRO; SERVO, 2019).

No segundo momento da análise das evocações da TALP, utilizamos como método a análise prototípica, análise clássica no estudo das RS, para acessar os conteúdos e a estrutura das representações dos participantes do estudo sobre o fenômeno estudado, com aproximação à Teoria do Núcleo Central de Abric (2002).

O núcleo central na concepção de Abric (2002), é composto por um ou mais elementos, cuja ausência desestruturaria ou daria uma significação diferente a representação em seu conjunto. O sistema central é determinado socialmente, relacionado com os aspectos históricos, sociológicos e ideológico, que define as normas e os valores de indivíduos e grupos compartilhados em um determinado sistema social.

Na análise prototípica das evocações, o software IRAMUTEQ organiza os elementos representacionais em um quadro de quatro casas, de acordo com a frequência (f) dos termos evocados e a Ordem Média das Evocações (OME), demonstrando graficamente as palavras pertencentes ao núcleo central e ao sistema periférico das RS em 4 quadrantes: núcleo central, primeira periferia, zona de contraste e segunda periferia, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Representação do gráfico de 4 casas

	OME Alta	OME Baixa
Frequência Alta	Elementos do Núcleo Central	Elementos da 1ª Periferia
Frequência Baixa	Elementos de Contraste	Elementos da 2ª Periferia

Fonte: Oliveira *et al.*, 2005

No primeiro quadrante situam-se as evocações com maior frequência e baixa OME, ou seja, que ao serem mencionadas por um maior número de trabalhadores e nas primeiras posições, constituem os elementos com maior probabilidade de integrarem o núcleo central. No segundo, encontram-se as de maior frequência e maior OME, que mesmo sendo muito citada apresenta menor grau de importância para os sujeitos, constituindo o primeiro sistema periférico (WACHELKE; WOLTER, 2011).

No terceiro quadrante, constituem a zona de contraste, onde situam-se as evocações de menor frequência e de menor OME (aparecem nas primeiras posições), ou seja, são consideradas importantes por um pequeno grupo de sujeitos, e pode sugerir a existência de contraste de ideias entre pequeno e grande grupo. Por fim, o quarto quadrante, o último sistema periférico, é formado pelas as evocações de menor frequência e maior OME (últimas posições), mostrando-se irrelevantes para a representação e contrastantes com o núcleo central (WACHELKE; WOLTER, 2011).

Nesta direção, o processamento estatístico das palavras e expressões evocadas, pelo software IRAMUTEQ, permitiu aproximação ao núcleo central e periférico em relação ao objeto estudado, a partir das percepções atribuídas frente ao fenômeno estudado, ou seja, de suas representações, possibilitando interpretações e inferências em relação ao conteúdo empírico retratado.

Com base no processamento das evocações foi possível identificar 55 evocações a partir de 11 entrevistados em relação ao termo indutor “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”, que representaram o modo como os trabalhadores de saúde da APS pesquisados percebem o fenômeno PICS. Neste contexto, entendemos por percepção as ideias e sentimentos compartilhados pelo grupo pesquisado, relativos ao objeto de estudo, ou seja, suas RS.

Na análise da entrevista semiestruturada, utilizamos a análise da similitude e a análise de conteúdo de Bardin (2016).

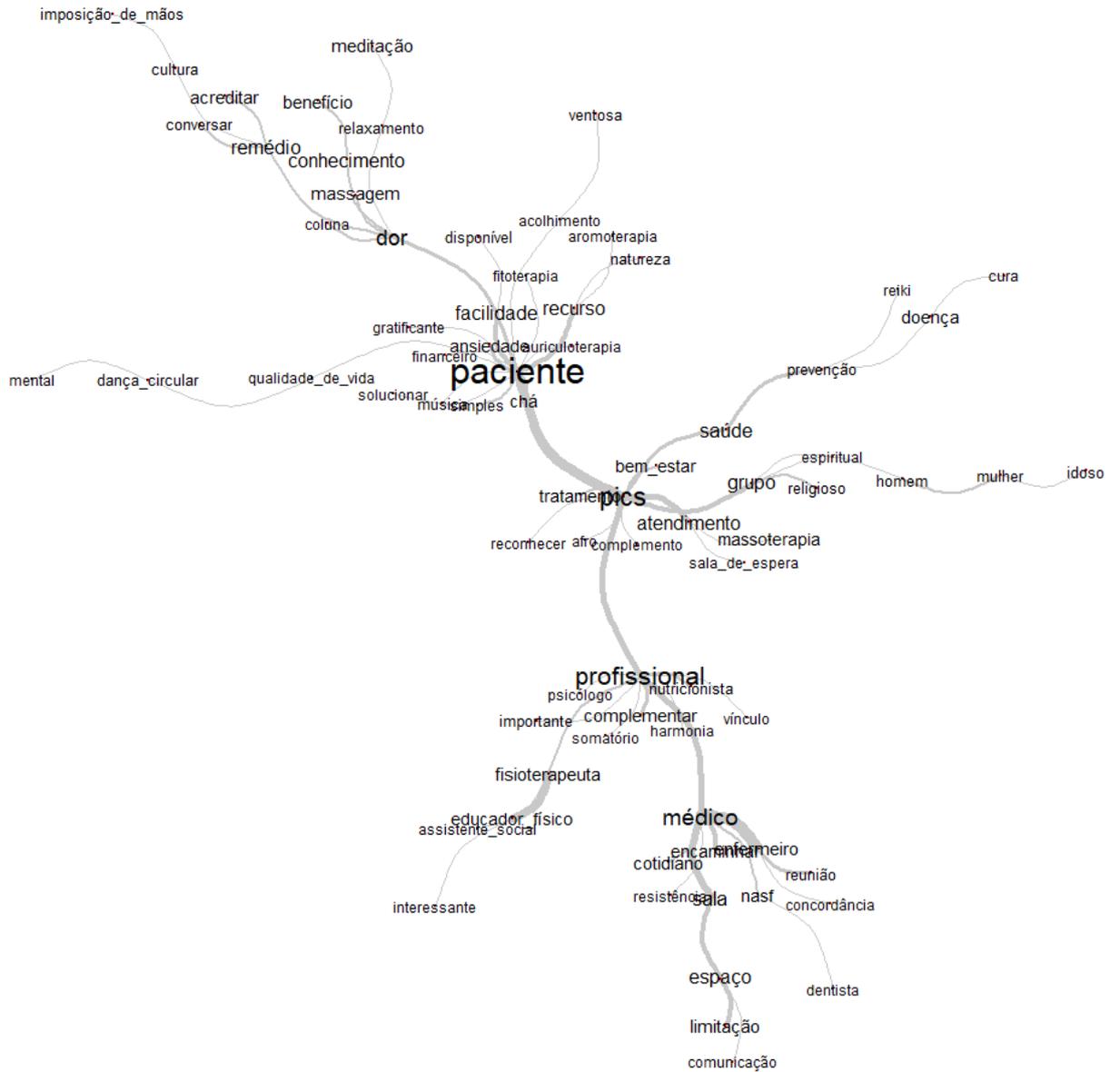
Para análise da similitude, um conjunto de texto foi preparado com a transcrição das entrevistas, seguido de leitura flutuante e posteriormente da leitura exaustiva do material para a construção do *corpus textual*, que foi analisado pelo software IRAMUTEQ. O *corpus textual* “por tratar-se de dados que são compostos essencialmente pela linguagem, os mesmos mostram-se relevantes aos estudos sobre pensamentos, crenças, opiniões – conteúdo simbólico produzido em relação a determinado fenômeno” (CAMARGO; JUSTO, 2013, p.514), ou objeto, como nesta pesquisa.

Para Bauer e Gaskell (2002), os materiais do corpus devem ter apenas um foco temático e homogeneidade linguística, dessa forma foram selecionadas as falas que corresponderam ao foco temático: RS dos trabalhadores de saúde sobre as PICS.

A transcrição foi realizada no software OpenOffice.org para evitar bugs relativos a codificação (CAMARGO; JUSTOS, 2013). Em seguida, foi realizada a revisão de todo o arquivo, a correção de erros de digitação e pontuação, a uniformização das siglas e a junção de palavras compostas, de forma cuidadosa para que o processamento fosse feito com o maior aproveitamento das palavras compostas no corpus (SOUZA, 2020).

Assim, através do software IRAMUTEQ foi desenvolvida a árvore de similitude, ilustrada na Figura 3, que organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara.

Figura 3 – Arvore da similitude sobre as representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre as PICS na APS



Fonte: Dados da pesquisa após processamento pelo IRAMUTEQ (2022).

Baseando na teoria dos grafos, identificamos as coocorrências entre as palavras, sendo possível discernir a força de ligação entre as palavras a partir da espessura do grafo, compreendendo que a centralidade das palavras, indicará as palavras com maior número de conexão, que permite observar o quanto os sujeitos se assemelham na maneira de representar um objeto, a partir do princípio da similitude (RIBEIRO; SERVO, 2019).

Dessa forma, foi possível identificar a organização das RS pelo princípio de similitude, ou seja, o quanto os trabalhadores de saúde da APS se assemelham na maneira de representar as PICS, pois quanto maior o número de trabalhadores que representem o objeto da mesma forma, tratando-o a partir de elementos com proximidade, maior será seu índice de similitude (RIBEIRO, 2017).

Ressaltamos que, o software IRAMUTEQ é um método de processamento dos dados, dessa maneira, a interpretação se torna responsabilidade essencial do pesquisador. Assim, necessitando da análise do pesquisador, a interpretação e categorização dos dados ocorreu a partir da associação entre os dados gerados pelo software IRAMUTEQ, com a análise das evocações, a análise da similitude, e a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

Utilizamos a análise de Bardin (2016) para a análise e interpretação de dados que tem como foco a exploração do conjunto de opiniões e RS sobre o tema em investigação, que é definida como um

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimento sistemático e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2016, p.48)

A análise de conteúdo de Bardin (2016) considera três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e a interpretação.

A pré-análise, é a fase de organização, onde as entrevistas gravadas foram transcritas *ipsi literis* e foi realizada a leitura flutuante de todo material empírico, assim constituído o corpus, o conjunto de documentos e materiais que foram submetidos aos procedimentos analíticos na pesquisa (GOMES, 2009).

A constituição do corpus, segundo Bardin (2016), está relacionada às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, consideradas de validade qualitativa.

Assim, este estudo assumiu comprometimento de atendimento aos critérios de validade qualitativa, no que se refere à contemplação de todos os aspectos levantados no roteiro, à busca

das características essenciais do universo pretendido, atendendo a escolhas precisas de quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores, possibilitando desta forma, que dados empíricos do corpus de análise fossem adequados para dar resposta ao objetivo da pesquisa.

Na segunda etapa, denominada *exploração do material*, o *corpus* estabelecido foi estudado mais profundamente, as categorias definidas e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. O material empírico foi exaustivamente lido, e ancorado pelo referencial teórico do estudo (GOMES, 2009).

A categorização para Bardin (2016) pode ser realizada a partir de vários critérios: semânticos (categorias temáticas); sintáticos, léxicos e expressivos. Primeiramente classifica os elementos por diferenciação, posteriormente reagrupa-se segundo o gênero (analogia).

As unidades de registro são os elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem, como unidade de registro temos a palavra, a frase e a oração. Além das unidades de registro, foi necessário definir as unidades de contexto situando uma referência mais ampla para a comunicação, ou seja, compreendemos o contexto da qual faz parte a mensagem que estamos analisando (MINAYO, 2009).

As unidades de registro apreendidas no estudo foram: significado sobre as PICS; experiências dos trabalhadores sobre as PICS no cotidiano de trabalho; limitações, facilidade e perspectivas para o uso/indicação das PICS na APS, observados no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 - Síntese das entrevistas dos trabalhadores de saúde da APS entrevistados, Feira de Santana, 2022.

<b>Unidades de Registro</b>	<b>Ent. 1</b>	<b>...</b>	<b>Ent. 13</b>	<b>Síntese Horizontal</b>
<b>Significado sobre as PICS</b>				
<b>Experiências dos trabalhadores sobre as PICS no cotidiano de trabalho</b>				
<b>Limitações, facilidade e perspectivas para o uso/indicação das PICS na APS</b>				
<b>Síntese vertical</b>				

Fonte: Elaborado pela autora.

Para organização das unidades de registro, procedemos à análise no sentido vertical, que corresponde à leitura e interpretação das falas de cada indivíduo separadamente, e também, a análise no sentido horizontal, que equivale à leitura e interpretação dos dados do grupo social participante da pesquisa.

Deste modo, associamos os três métodos de análise: evocação, similitude e conteúdo, buscando as similaridades entre suas composições, para proceder à categorização.

A terceira fase, denominada *tratamento dos resultados* - inferência e a interpretação, corresponde ao momento da análise reflexiva, intuição e crítica. Momento de captação da RS, em que resultados ganham significados (GOMES, 2009).

Fizemos inferência quando deduzimos de maneira lógica algo do conteúdo que esteve em análise, caminhando na reconstrução das representações, partindo da dimensão sintática, como algo era dito, para a dimensão semântica, o que estava sendo dito.

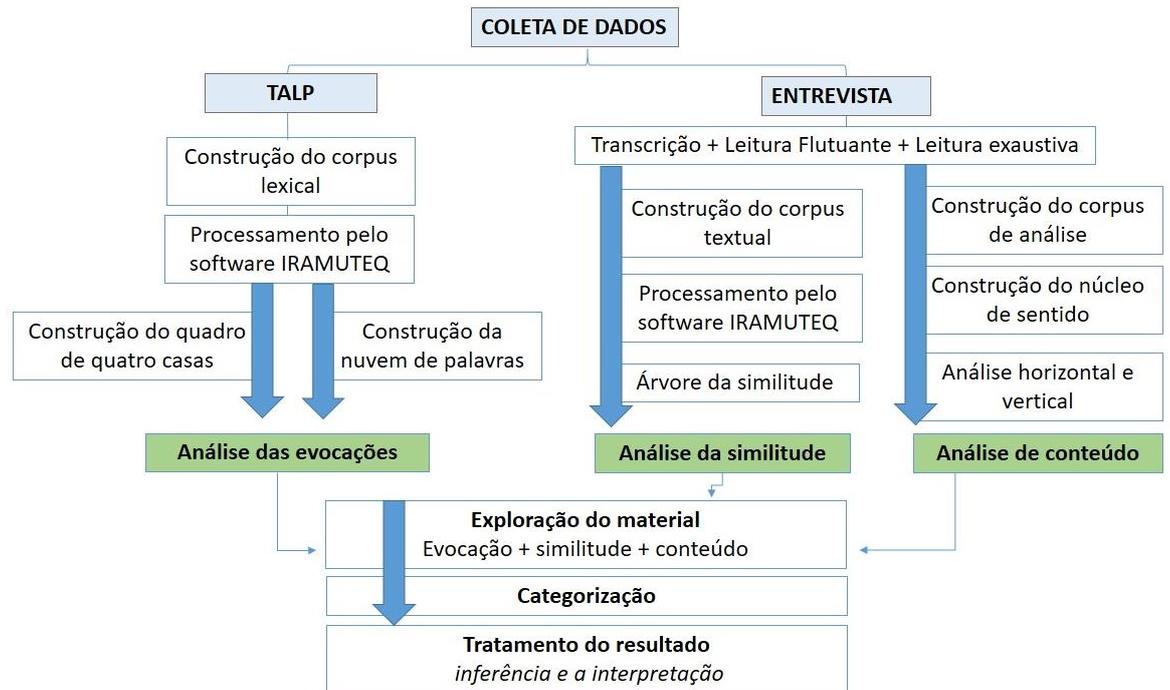
Na interpretação discute-se os resultados numa perspectiva mais ampla de atribuição de um grau de significação aos conteúdos analisados, relacionando as estruturas significantes com as estruturas de significados dos enunciados presentes na mensagem. É necessário uma fundamentação teórica sólida acerca do que estamos investigando (GOMES, 2009)

No momento da categorização, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foram considerados em conjunto os dados obtidos pelo software IRAMUTEQ e da análise de conteúdo, buscando as similaridades entre a estrutura da nuvem de palavras, a análise prototípica, a árvore de similitude e as unidades de registro resultantes da análise de conteúdo para proceder à categorização.

Assim, foi possível apreender as categorias do estudo sobre as RS dos trabalhadores de saúde sobre as PICS na APS: Imaginário coletivo sobre as PICS na concepção dos trabalhadores de saúde na APS; Pluralismo terapêutico das PICS na APS no cotidiano de trabalho: complementares ou alternativas às práticas biomédicas?; Limitações, facilidades e perspectivas para a operacionalização das PICS na APS.

A seguir, apresentamos na Figura 4, o fluxograma da organização da investigação, com os procedimentos, instrumentos para a coleta e o processamento de análise dos dados.

Figura 4 - Fluxograma sintetizando a organização da investigação



Fonte: Elaborado pela autora

Em síntese, conforme ilustrado na Figura 4, após a coleta de dados procedemos a análise em três momentos.

No primeiro momento realizamos a análise das evocações da TALP, que resultou na construção pelo software IRAMUTEQ da nuvem de palavras e no quadro de quatro casas para a análise prototípica das evocações, assim, dando acesso às primeiras RS do grupo pesquisado frente ao objeto estudado – PICS.

No segundo momento procedemos com a transcrição das entrevistas, seguida de leitura flutuante e exaustiva, em duas etapas. Na primeira etapa, elaboramos o corpus textual para processamento no software IRAMUTEQ e construção da árvore de similitude. Na segunda etapa, elaboramos o corpus de análise, e a construção de núcleos de sentidos associado à síntese vertical e horizontal.

No terceiro momento, ocorreu a exploração dos materiais para proceder à categorização. Assim, no momento da categorização, tratamento dos resultados obtidos e interpretação foram considerados em conjunto os dados obtidos das evocações, árvore de similitude e da análise de conteúdo.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em atendimento às resoluções 466/2012 e 510/16 o projeto deste estudo foi submetido ao Sistema CEP/CONEP por meio da Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) para apreciação e aprovação, segundo o parecer N° 5.200.405, CAAE: 51930221.3.0000.0053. Ressalta-se que a coleta de dados só foi iniciada após a sua devida apreciação e aprovação.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo respeitou os princípios bioéticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e as diretrizes contidas nas referidas resoluções, considerando a dignidade humana e proteção devida aos participantes da pesquisa, visando assegurar direitos e deveres dos mesmos em todas as fases do estudo (BRASIL, 2012; 2016).

A aproximação com os participantes e convite para participação do estudo aconteceu através do contato via telefone. Após esse primeiro contato e diante da manifestação de interesse em participar da pesquisa, agendou-se uma reunião virtual via whatsapp ou Google Meet, onde os interessados foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, os possíveis riscos, benefícios e os procedimentos que seriam realizados. A reunião foi realizada individualmente garantindo a privacidade, sigilo e confidencialidade das informações, estando presentes apenas a pesquisadora responsável e o entrevistado. Após manifestação de interesse, foi apresentado ao entrevistado o TCLE (APÊNDICE C) para autorização da participação voluntária na pesquisa.

O TCLE foi enviado em duas vias ao participante através do *Google Forms*, um aplicativo de gerenciamento de pesquisa pelo Google para pesquisa e coleta e registro de informações. Uma cópia deste documento eletrônico automaticamente foi enviado por e-mail ao participante a outra via permanece com a pesquisadora responsável.

Todos os envolvidos no estudo foram esclarecidos sobre os riscos e dos favorecimentos que os resultados podem ocasionar. Os possíveis riscos estavam envolvidos na comunicação devido ao constrangimento ou ansiedade em algumas perguntas. Porém estes riscos foram minimizados levando em consideração os princípios éticos.

Garantimos ao participante da pesquisa o direito de não responder a qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, ficando o pesquisador responsável pelo envio ao participante a resposta de ciência do interesse do participante da pesquisa retirar seu consentimento. Os participantes foram orientados a guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico assinado.

Os benefícios consistem na possibilidade de aumentar a produção de conhecimento na temática abordada. Assim, respeitado os princípios da não-maleficência e beneficência, acreditamos alcançar com o máximo de benefícios e o mínimo de riscos. Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir os objetivos previstos nesta pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de apresentação em encontros científicos ou publicação em periódicos científicos, capítulos de livros e livros, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa. Será dado devolutiva ao serviço apresentando o resultado da pesquisa na instituição campo do estudo para os dirigentes e trabalhadores de saúde, e será realizado sessão científica para apresentação dos resultados da pesquisa aos trabalhadores de saúde da APS.

A manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes foi garantida durante todas as fases da pesquisa. O anonimato dos participantes foi preservado através do uso de codinomes baseados nas siglas de Entrevistado (Ent) e as numerações correspondentes à ordem de entrevista. Concluída a coleta, foi realizado o download dos dados coletados com as gravações de áudios e do TCLE para um dispositivo eletrônico local, dessa forma apagando todo e qualquer registro da plataforma virtual e ambiente compartilhado. Os dados obtidos por meio desta pesquisa ficarão sob guarda da pesquisadora orientadora/colaboradora, no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), por um período de cinco (5) anos, e posteriormente, serão destruídos.

#### **4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS PUCS REVELADAS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA APS.**

---

*“Um modelo ampliado, que contemple a espiritualidade, agrega à nossa estrutura físico-mental a dimensão energética e espiritual. Trata-se de uma visão ampliada, que permite compreender a vida, a saúde, a doença e a morte como processos efetivamente regidos pelas leis da natureza” (REIS, 2016, p.37-38).*

Neste item apresentamos, analisamos e discutimos as categorias apreendidas no estudo a partir da TALP e da entrevista semiestruturada. Os dados foram explorados à luz da análise das evocações, análise de similitude e da análise de conteúdo.

Ao buscarmos uma triangulação dos dados, e considerando a tridimensionalidade manifesta nas RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS, que nos fornece uma visão de seu conteúdo e sentido, sendo elas o pensar, o sentir e o agir, emergiram 03 categorias: Categoria 1- Imaginário coletivo sobre as PICS na concepção dos trabalhadores de saúde da APS; Categoria 2 – Pluralismo terapêutico das PICS na APS no cotidiano de trabalho: complementares ou alternativas às práticas biomédicas?; Categoria 3 - Limitações, facilidades e perspectivas para a operacionalização das PICS na APS.

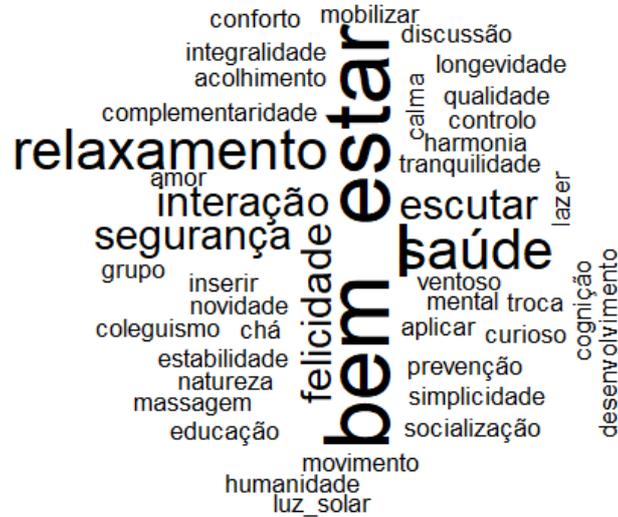
#### 4.1 CATEGORIA 1 - IMAGINÁRIO COLETIVO SOBRE AS PICS NA CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA APS.

Esta categoria nos remete a ideia de imagem e reflete conhecimentos compartilhados e construídos coletivamente pelos trabalhadores de saúde da APS e suas concepções sobre as PICS. O objeto representado, as PICS, está inscrito em um contexto ativo, e sua existência é função dos meios e dos métodos que permitem conhecê-lo. Para tanto, apresentamos os resultados originados dos dados da TALP através da nuvem de palavras e da análise prototípica das evocações, e das entrevistas através da análise da similitude e da análise de conteúdo.

Primeiramente apresentamos o resultado da construção da nuvem de palavras, em seguida, a análise prototípica das evocações com aproximação à Teoria do Núcleo Central de Abric (2002), com a construção do quadro de quatro casas.

O corpus textual criado a partir do resultado da TALP e submetido à análise lexical pelo IRAMUTEQ, constituiu-se por 11 textos, separados em 11 segmentos de texto (ST), com total de 55 ocorrências de palavras, sendo 43 palavras distintas e 36 com uma única ocorrência (hápax), representadas na Figura 5.

Figura 5 - Nuvem de palavras das palavras evocadas na TALP



Fonte: Nuvem de palavras produzida pelo *software* IRAMUTEQ (2022).

Pela análise da Nuvem de Palavras, identificamos palavras de maior recorrência, com base na frequência, que se exibem maiores que as demais. As formas ativas mais recorrentes de RS sobre as PICS foram: bem-estar (5); relaxamento (3); saúde (3); escutar (2); felicidade (2); segurança (2); interação (2).

A análise prototípica das evocações permitiram analisar a estrutura da RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS a partir das evocações originadas da TALP, em uma estrutura de quatro casas, conforme o Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 - Estrutura das Representações Sociais dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS após processamento pelo IRAMUTEQ, Feira de Santana –BA, 2022.

1º Quadrante			2º Quadrante		
Elementos do núcleo central	Frequência $\geq 1.28$	OME $\leq 3$	Elementos do Sistema Periférico (1ª periferia)	Frequência $\geq 1.28$	OME $> 3$
Bem-estar	5	2.2	Relaxamento	3	3.3
Saúde	3	2	Interação	2	4
			Escuta	2	4
			Segurança	2	3.5
			Felicidade	2	5
3º Quadrante			4º Quadrante		
Elementos de contraste	Frequência $< 1.28$	OME $\leq 3$	Elementos do Sistema Periférico (2ª periferia)	Frequência $< 1.28$	OME $> 3$
Mental	1	2	Aplicar	1	4
Socialização	1	2	Tranquilidade	1	4
Novidade	1	1	Harmonia	1	4
Ventosa	1	3	Coleguismo	1	5
Calma	1	3	Inserir	1	5
Controle	1	1	Chá	1	4
Qualidade	1	2	Estabilidade	1	5
Natureza	1	1	Simplicidade	1	5
Integralidade	1	2	Prevenção	1	5
Longevidade	1	1	Curioso	1	5
Acolhimento	1	1	Troca	1	4
Lazer	1	3	Massagem	1	5
Grupo	1	1	Cognição	1	4
Complementar	1	1	Amor	1	4
Discussão	1	2			
Mobilizar	1	2			
Educação	1	3			
Movimento	1	1			
Desenvolvimento	1	3			
Humanidade	1	2			
Conforto	1	3			
Luz solar	1	2			

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Houve 55 evocações e uma frequência média das evocações de 1,28. A frequência mínima considerada para inclusão das palavras nos quadrantes foi de 1, visto a alta variabilidade de evocações e um quantitativo de evocações pequeno.

Referente às determinações dos pontos de corte para as coordenadas dos quadrantes, foi empregado o critério da mediana nas ordens de evocação, como haviam 5 respostas por participante, o valor do ponto de corte foi 3. Palavras com ordem média de evocação inferiores a 3 foram classificadas como tendo baixa ordem de evocação.

Observamos nesse quadro 4, que estão distribuídos os dados das ocorrências das evocações em quatro quadrantes, que nos permitem visualizar o núcleo central e os elementos periféricos de uma RS.

Na análise das evocações, o primeiro quadrante, é formado por elementos que, provavelmente constituem o núcleo central, e compreende as palavras com alta frequência e baixa OME, ou seja, aquelas prontamente evocadas (WACHELKE; WOLTER, 2011).

A palavra “bem-estar” é o elemento de maior frequência, evocado 5 (cinco) vezes, sendo que 1 (uma) vez na primeira posição, 2 (duas) na segunda e 2 (duas) na terceira posição. O léxico “saúde”, foi o segundo elemento do provável núcleo central, evocado 3 (três) vezes, sendo 2 (duas) vezes em primeira posição e 1 (uma) vez em quarta posição.

Nessa perspectiva, o núcleo central das RS sobre as PICS para o grupo de trabalhadores de APS está estruturado por palavras que têm sentido, valores e percepções em relação à concepção das PICS por trabalhadores de APS, sendo elas: “bem-estar” e “saúde”.

A cognição “bem-estar” e “saúde” denota a ligação entre saúde e sentir-se bem. O conceito de saúde da OMS é definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (REIS, 2016), e essa definição parece difundir-se na sociedade e, no caso deste estudo, entre as RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS.

Há que se considerar que essas representações desveladas sobre as PICS são importantes para identificar como elas se estruturam no grupo. O núcleo central é o elemento fundamental da representação, pois, é ele que determina a sua organização e significação, sendo determinado pela natureza do objeto representado e pela relação que o sujeito mantém com esse objeto (ABRIC, 2013).

Compreendemos portanto, que os elementos do núcleo central revelam as representações sobre as PICS compartilhada pelos membros do grupo, estruturada na ressignificação do processo saúde-doença-cura pelos trabalhadores de saúde na APS, em uma perspectiva ampliada sobre o ser humano e o universo que o cerca, a qual compreende as diversas dimensões do indivíduo e a saúde para além da ausência de doença.

Os elementos periféricos estão organizados em torno do núcleo central, e constituem a essência do conteúdo da representação, seu lado mais acessível. Enquanto o núcleo central é resistente a mudanças e define a homogeneidade do grupo, o sistema periférico são influenciados por experiências e práticas sociais nas quais indivíduos ou grupos estão inseridos (ABRIC, 2013).

Analisando os elementos periféricos, no que se refere a primeira periferia (segundo quadrante), estão as evocações com alta frequência ( $\geq 1.28$ ), mas com baixa atribuição de importância, ou seja, alta OME ( $>3$ ). Nela estão os elementos que remete aos conteúdos que reforçam e dão sustentabilidade às crenças encontradas no núcleo central, ou seja, indicam elementos secundários da representação (FLAMENT, 2001). Ocupa a primeira periferia as palavras “relaxamento”, “interação”, “escuta”, “segurança” e “felicidade”.

Os termos “interação”, “escuta” e “segurança” estão contemplados na PNPIC, a qual define as PICS como abordagens que estimulam 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.” (BRASIL, 2015, p. 13).

Para o grupo, a cognição “segurança” diz respeito ao risco relativamente baixo das PICS, favorecendo a desmedicalização e a redução dos danos iatrogênicos. Em conformidade, Tesser e Dallegrave (2020) afirma que a medicalização implica em prejuízo para a saúde e deve ser evitada e reduzida o quanto possível.

Os elementos “escuta” e “interação” corrobora com os atributos da APS, instituída como porta de entrada e primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, estruturando-se no estabelecimento das práticas de saúde, por meio de atos de fala, escuta, vínculo e negociação (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Entende-se ainda, que as práticas coletivas são contextos favoráveis para produzir saúde, logo, a cognição “interação” também pode ser explicada como referência as atividades em grupos proporcionadas pelas PICS, voltadas para a partilha de experiências e de cooperação comunitária. Os encontros proporcionam bem-estar, e à medida que se relaciona com o meio social, a integração cria sentimento de pertencimento e aproxima o usuário da equipe de saúde (AGUIAR, KANAN, MASIERO, 2019).

Posto isto, observamos a presença dos elementos “grupo”, “acolhimento” e “socialização” na zona de contraste (terceiro quadrante), isto é, evocações com baixa frequência ( $< 1.28$ ), mas com alta atribuição de importância, OME ( $\leq 3$ ). A cognição “grupo” e “acolhimento” foram prontamente evocados, ambos ocupando a primeira posição, e a “socialização” em segunda posição.

As palavras com baixa OME são aquelas lembradas primeiramente pelo participante e possuem maior representatividade no grupo. Logo, a zona de contraste torna-se importante ao demonstrar a existência de subgrupos que valorizam elementos distintos da maioria, ou pode ser composto por elementos complementares da primeira periferia (ABRIC, 2013).

Nesse sentido, entendemos que as cognições “grupo”, “acolhimento”, “socialização” e “lazer” da zona de contraste complementam aos elementos “interação” e “escuta” da primeira periferia. Na mesma perspectiva, outros elementos como “mental”, “calma”, “controle” e “conforto” que compõe a zona de contraste complementam a cognição “relaxamento” e “felicidade” da primeira periferia.

A evocação dos elementos cognitivos “integralidade”, “qualidade” e “humanidade” podem ser explicados pela instituição do modelo assistencial que é fundamentado em ações que permitem a percepção holística do sujeito, considerando as dimensões biológica, cultural e social do usuário.

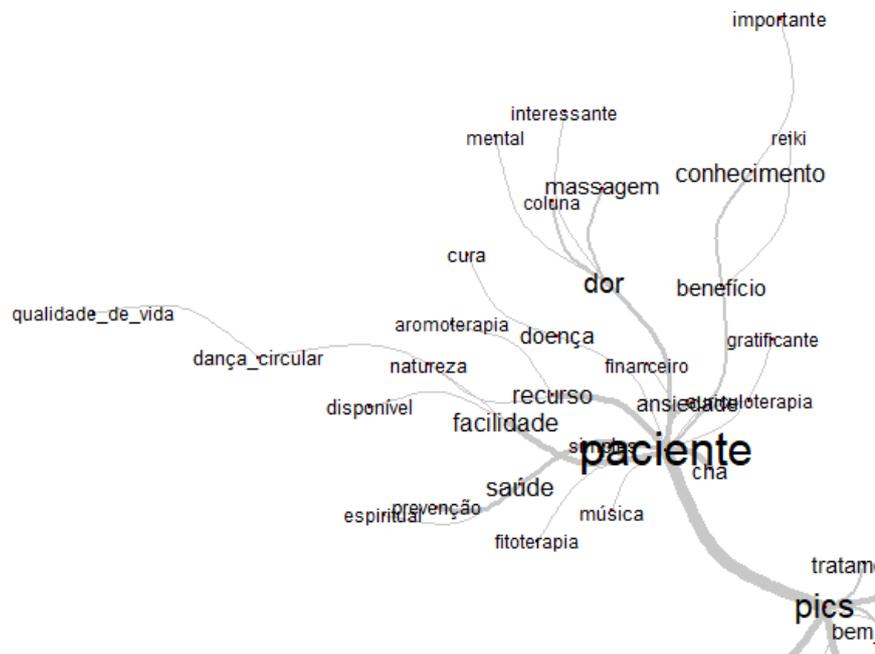
No quarto quadrante (segunda periferia) estão os elementos menos citados do sistema periférico da representação, são eles, “aplicar”, “tranquilidade”, “harmonia”, “coleguismo”, “inserir”, “chá”, “estabilidade”, “simplicidade”, “prevenção”, “curiosos”, “troca”, “massagem”, “cognição” e “amor”. Tais elementos, estão mais distantes do núcleo central e mais sujeito a variações individuais, provendo a interface com as questões práticas cotidianas. As evocações possuem baixa frequência ( $< 1.28$ ), e baixa atribuição de importância (OME  $>3$ ) (WACHELKE; WOLTER, 2011).

Segundo Flament (2001), contradições entre realidade e representação modificam primeiramente os esquemas periféricos, depois o núcleo central, isso é, a própria representação. Assim, partindo da premissa que os esquemas periféricos asseguram a estabilidade da representação, observamos elementos cognitivos dos trabalhadores de saúde da APS que denotam sentido positivo as PICS.

Dessa maneira, intuímos que as RS dos trabalhadores de saúde sobre as PICS está estruturada em elementos que associam as PICS à concepção de saúde integrada ao bem-estar físico, mental e social.

Por outro lado, consideramos o recorte da árvore máxima de similitude a partir do léxico “paciente” e suas interconexões, conforme ilustrado na Figura 6.

Figura 6 – Recorte da árvore máxima de similitude a partir do termo “paciente”



Fonte: Dados da pesquisa após processamento pelo IRAMUTEQ (2022).

O termo “paciente” aparece com maior centralidade na árvore máxima de similitude, e apresenta forte conexidade com a palavra “pícs”, que se destaca a partir da espessura do grafo, representando intensidade de conexão e coocorrência lexical.

Para os participantes deste estudo, o significado atribuído as PICS perpassa pelo (re)posicionamento do usuário como o centro da atenção à saúde, do olhar ampliado sobre o processo saúde-doença-cura, em que se destaca a perspectiva holística, ou seja, a compreensão do usuário como um todo indivisível, corpo, mente e espírito, compreendendo os modos de ser e viver, crenças, valores e individualidade. É o que observamos nas falas a seguir.

São práticas que [...] precisam se unir de forma integral do paciente, é olhando ele de uma forma ampla, não só olhando a doença, mas olhando as suas causas, olhando também outras esferas, não só físicas, mas psicológicas, então é integral dessa forma, e daí dialogar para poder solucionar o problema. [Ent. 2]

A prática é como um presente para esse ser humano que foi lá atrás de um atendimento físico, mas que consegue ter um atendimento mais completo do seu sentimento, da sua cultura, da sua tradição, então eu acredito que é pouco só atender, conversar e dar um remédio, eu preciso entrar no centro do outro, no ambiente do outro. [Ent. 7]

Para se trabalhar com as práticas complementares e integrativas né, tem que se pensar diferente, tem que olhar o indivíduo, não olhar estatísticas, números, tem que olhar o indivíduo como um todo. [Ent. 11]

Nessa direção, o imaginário coletivo acerca do significado atribuído as PICS considera a singularidade do sujeito e sua totalidade biopsíquica como elemento fundamental da terapêutica, além de considerar a espiritualidade inerente à saúde. No recorte da árvore máxima da similitude, é possível visualizar o termo “paciente” em ligação com o léxico “saúde”, seguido de “prevenção e “espiritual”, e a conexão com o léxico “doença” seguido de “cura”.

Essa concepção ampliada do processo saúde-doença-cura na qual a PICS está ancorada, corrobora com Esmeraldo *et al.* (2017) que salientam que as limitações advindas do modelo biomédico hegemônico foram pontes para a construção de novos modelos mais próximos dos princípios do SUS. Logo, a inserção das PICS na APS é vista como avanço da implementação e fortalecimento do SUS.

Nessa perspectiva, a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde faz parte de um movimento internacional de fortalecimento da APS e redirecionamento das práticas de atenção em saúde como a inclusão das PICS no sistema público de saúde (COSTA *et al.*, 2022).

APS é o nível de atenção na qual os sofrimentos e adoecimentos encontram-se, muitas vezes, em fase inicial, momento ideal para que haja ações terapêuticas e de fortalecimento do autocuidado e do potencial de autocura e reequilíbrio das pessoas (LIMA; SILVA; TESSER, 2013). Assim, a inserção das PICS no SUS tem a APS como o nível de atenção prioritário para sua implementação, visto que, possuem afinidades como o centramento nos sujeitos em seus contextos sociofamiliares e valorização de saberes não biomédicos com diversas formas e técnicas de cuidado (BARBOSA *et al.*, 2020).

Posto isto, intuímos que os trabalhadores de saúde ao estarem inseridos na APS, suas práticas estão fundamentadas nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, construindo um campo fértil para o crescimento e (re)valorização das PICS nos sistemas de saúde. Para os entrevistados, as PICS são compreendidas como práticas que já faziam parte da nossa cultura, mas ao longo do tempo foram sendo desvalorizadas pela biomedicina diante a cultura de valorização do curativismo.

A inserção do trabalhador na APS favorece uma mudança do olhar reducionista e curativista, voltando o olhar para as práticas preventivas e o ser nas suas dimensões biopsicossociais. Nas falas a seguir, percebemos que para os trabalhadores entrevistados a concepção sobre as PICS se ressignifica ao longo do tempo, ou seja, não é estático e imóvel, mas é dinâmico e se constrói a partir das experiências do cotidiano.

Esse conceito a gente vem aprendendo, vem mudando muito ao longo do tempo né? Primeiro quando falava eu só pensava que era uma medicina que não utilizava medicação, uma medicina que era contrária a outra medicina, como se fosse uma via de mão dupla, uma de um lado e uma do outro, mas na verdade não é, ela precisam estar alinhadas. Se a gente for estudar a fundo a gente vai ver que essas práticas já eram utilizadas há muito tempo, então elas acabaram ficando esquecidas vamos dizer assim, ou tomando rumos mais práticos, mais fácil com o avanço da medicina. [Ent.1]

A nossa cultura está voltada muito para o curativo e a gente na atenção primária a gente preza mais pela prevenção né, então a saúde engloba tudo, prevenção, seu bem-estar, psíquico, seu bem-estar físico, um está ligado ao outro, então, essas palavras que eu falei, conforto, bem-estar, paz, você está bem consigo mesmo, isso é saúde, porque se o seu psicológico não está bem seu corpo fala, então a mente tem que ta ligada ao corpo né, é global. [Ent. 9]

Para Tesser, Souza e Nascimento (2018), a institucionalização das PICS como política pública, envolveu formas de cuidado diversas, algumas pouco conhecidas, gerando necessidade de estudos e suscitando reações contrárias e a favor em diferentes associações corporativas.

O que antes era estranho ou incomum, torna-se familiar e se objetiva. Assim, as imagens do objeto representado, no nosso caso as PICS, são construídas a partir de um conjunto de ideias e experiências compartilhadas pelo grupo. Desta forma, a luz de Servo e Góis (2017), compreendemos que a RS sobre as PICS representa o produto de uma atividade de construção do real, oriundos de informações, valores, atitudes e impressões da prática cotidiana dos trabalhadores de saúde da APS.

Comungando com as concepções de Moscovici (2015), intuímos que as RS sobre as PICS constitui o conhecimento social e historicamente construído, tornando-se parte da realidade comum entre os trabalhadores de saúde da APS que compartilham das mesmas referências e repertórios visuais ou discursivos. Assim, atribuem sentido e significados as PICS como abordagens terapêuticas para os usuários com ênfase no bem-estar e na saúde integral, perpassando pela integração social.

Entendemos portanto, que os elementos cognitivo “saúde” e “bem-estar”, presente em destaque na nuvem de palavras e constituindo o provável núcleo central da análise prototípica, reforçam os achados dos sentidos atribuídos às PICS que associam à saúde em sua visão ampliada como processo para além da ausência de doença, que envolve determinantes biopsicossociais, espirituais, culturais e econômicos.

Nos discursos dos entrevistados foi possível observar a compreensão da saúde a partir da conexão corpo e mente, é o olhar do todo, que envolve o bem-estar físico, emocional, social, espiritual e perpassa pelas atitudes estabelecidas nas relações sociais e do estilo de vida. A doença, por sua vez, é entendida como uma condição de desordem e desequilíbrio, que resultam na diminuição da qualidade de vida e bem-estar. Logo, o imaginário coletivo sobre as PICS está

ancorado na compreensão ampliada do processo saúde-doença pelos trabalhadores de saúde, como se observa nas falas a seguir.

Saúde pra mim, não é só a pessoa não estar sentindo dor, saúde é estar bem consigo mesmo e com todos, [...] saúde é o bem-estar social. [Ent.5]

Saúde é vida, saúde é longevidade, é bem-estar. [...] desde a questão emocional, como a questão física, espiritual. [...] As PICS eu entendo como essa questão de bem-estar, qualidade, saúde, prevenção e tratamento. [Ent. 6].

Saúde é um conjunto de questões que envolvem o bem-estar físico, emocional, social [...] Doença não necessariamente é ausência da saúde, mas seria aspectos aí voltados para uma diminuição da qualidade de vida né, do bem-estar. [Ent.8]

Saúde é um conjunto de muita coisa, então é seu bem-estar, é se sentir bem socializando, se sentir bem não tendo doenças físicas, é se sentir bem não tendo doenças mentais [...] Eu acho que doença é quando está alguma coisa desequilibrada né, alguma coisa que não está bem tanto fisicamente, quanto mentalmente, quanto socialmente, é muito sociocultural, mental, psíquico. [Ent.10]

Saúde é a busca pelo bem-estar né, seja ele mental, seja ele físico, corporal, social, em todas as instancias, não é uma coisa fechada. Existe a necessidade da alma né, o link dele com Deus, e existe o link com as pessoas em volta, [...] e existe a parte corpo né, alimentação, atividade física. [Ent.11]

Percebemos que o imaginário coletivo é um conjunto vivo de relações sociais e de simbolismo historicamente compartilhados, que estabelece valores entre os membros do grupo social, influenciando as representações sobre saúde e doença, assim como as práticas de cuidado realizadas, que influenciam os ambientes nos quais os grupos sociais convivem (LIMA et al, 2016).

Diante a visão da saúde como harmonia e equilíbrio biopsicossocial, o crescente interesse pela PICS pode ser justificada pela necessidade de procura de outras formas de cuidado que sejam efetivas nas doenças crônicas, diante os elevados custos dos serviços de saúde e na busca pelo estímulo ou resgate da qualidade de vida quando a cura já não é possível, além de ressignificar o processo de adoecimento (CONTATORE, 2015).

Para Luz (2019) o movimento de contracultura, observado na década de 1970, fortaleceu formas simplificadas e não invasivas de fazer saúde, em uma perspectiva de valorização e reafirmação das terapêuticas provenientes da natureza. Nesse movimento de nova cultura da saúde, se promove um diálogo mais abrangente e integral, diferente do modelo biologicista, voltado para as especialidades e para a fragmentação do conhecimento.

O grupo compartilha da compreensão que as necessidades de saúde de um indivíduo envolve sua inserção na sociedade, as questões socioculturais e econômicas, revelando a importância do olhar humanizado, identificando suas individualidades e percebendo suas

enfermidades, a realidade de vida a qual o indivíduo está inserido e qual a motivação deste na procura pelo serviço de saúde. Para tal, faz-se necessário o acolhimento e a escuta humanizada por parte do trabalhador de saúde.

Conforme consta na PNPIC, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, as PICS são abordagens “com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” (BRASIL, 2018a, p.7).

A forte conexão do léxico “paciente” e “pics” na árvore da similitude e a presença na análise prototípica dos elementos cognitivos “escuta” e “interação” na 1ª periferia, e “acolhimento” e “humanidade” na zona de contraste, podem estar atribuídos ao desenvolvimento da relação terapeuta-paciente-sociedade e a escuta acolhedora e humanizada, como observado nas falas que se seguem:

O paciente pra mim é sempre importante, o paciente é importante, e o acolhimento mais ainda, você acolher o paciente, você ter amor por aquele paciente. [Ent. 3]

Desde o atendimento, que o paciente chega, desde o acolhimento que a gente tem com o paciente, eu acho que tudo ali é essencial [...] porque as vezes vão lá só para conversar, não é nem no sentido de alguma doença em si, mas um fuga da casa, ou porque está passando necessidade. [Ent.4]

é aquele olhar diferenciado, é aquele olhar humanizado, da gente saber que as pessoas gostam, [...] é você ouvir, a escuta, é fazer tanto os exames físicos como escutar a realidade de cada um, e até onde a gente pode alcançar. [Ent. 6]

eu acredito que é pouco só atender, conversar e dar um remédio, eu preciso entrar no centro do outro, no ambiente do outro, eu preciso ser mais incisiva, se não, não vai adiantar. [Ent. 7]

Entendo a PICS voltado como um todo, é muito o acolhimento, a gente saber ouvir. [...] então esse acolhimento de saber ouvir, não está julgando, ele está passando por isso então eu vou tentar ajudar de alguma forma. [Ent. 9]

Conforme essas falas, as PICS (re)constroem o agir terapêutico na APS sob um novo olhar do indivíduo, sua enfermidade e necessidades de saúde, que difere da biomedicina medicamentosa e diagnóstica. Nessa direção, o imaginário coletivo acerca das concepções sobre as PICS considera a escuta acolhedora promotora da humanização do cuidado na APS, e compreende o indivíduo para além da queixa pela qual procurou o atendimento, perpassando pelas dimensões emocionais, físicas, sociais e espirituais.

Outro ponto estabelecido na PNPIC revelado pelo trabalhadores de saúde, trata da percepção das PICS como abordagens que “contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde” (BRASIL, 2018a, p.8) e que as PICS

compartilham da “visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado” (BRASIL, 2018a, p.13).

O autocuidado é uma prática que exige do sujeito um posicionamento ativo na tomada de decisões diante de suas próprias necessidades, a fim de manter ou recuperar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. O autocuidado está vinculado ao objetivismo do processo saúde-doença, centrado no paradigma da totalidade que entende a dimensão biológica, psicológica, espiritual e social como parte de um todo (SILVA *et al.*, 2009).

Por outra perspectiva, Silva *et al.* (2009) apresentam uma reflexão do conceito “cuidado de si”. Segundo os autores, enquanto no autocuidado o ser humano adapta-se ao ambiente no qual vive a partir do que é dito como saudável, por sua vez, o cuidado de si, com base no paradigma da simultaneidade, é permeado pela subjetividade do processo saúde-doença, reconhecendo o sujeito como o único conhecedor da situação vivida, ou seja, o ser humano vai além da adaptação do meio ambiente, ele interage com este e se transforma. O cuidado de si é percebido como essencial, quando o indivíduo adquire consciência dos seus comportamentos (SILVA *et al.*, 2009).

De acordo com Brandenburg e Weber (2005), ter consciência de si é discriminar comportamentos e estímulos a eles relacionados, e ocorre na interação social, sendo o outro necessário para o autoconhecimento. Assim, a autoconsciência é o autoconhecimento, o conhecimento sobre o próprio comportamento. Ao se tornar consciente, o indivíduo desenvolve o autocontrole, o sentimento de liberdade e a possibilidade de construção de novos repertórios comportamentais.

Posto isto, os elementos “controle” e “desenvolvimento” presentes na zona de contraste da análise prototípica podem ser explicados pela percepção das PICS como práticas que valorizam a autonomia e o autoconhecimento do usuário. Nos discursos se revelam uma representação das PICS voltada ao desenvolvimento do autoconhecimento pelo usuário como o caminho do sucesso do tratamento e cura, além de proporcionar um momento de abstração dos pensamentos da doença e dos sentimentos negativos, induzindo a um estado de harmonia e equilíbrio em todo organismo.

O autoconhecimento nessa parte da cura também acho que é importante, porque quanto mais a pessoa se conhecer ela pode estar se alertando com a gravidade do que ela possa ter e estar buscando o quanto antes uma solução [...] é interessante até mesmo para que ela possa se fortalecer, estar buscando prosseguir tanto se for no caso um tratamento, ou buscando outras alternativas. [ Ent. 2]

Eu percebo como um ponto positivo, como um ponto que tem a necessidade mesmo, dessas práticas, identificar a cultura, se é dança, se é imposição de mãos, se é toque,

pra pessoa se conhecer, ela se internalizar, talvez o que fica faltando é essa internalização, eu me conhecer, eu saber quem eu sou, e na prática o pensamento da doença ele sai, a pessoa se internaliza naquele momento ali, ela sai um pouquinho do foco da doença, dos pensamentos negativos. [Ent. 7]

Geralmente eu indico, eu indico aplicativos, alguns trabalhadores que fazem essa condução da meditação voltado para o autoconhecimento, voltado aí para o saber lidar com a ansiedade, porque a meditação em si também tem a parte da meditação religiosa, eu costumo falar mais sobre a meditação guiada voltada pro autoconhecimento. [Ent.8]

A gente tem muito essa questão de autoconhecimento, eu acho que essas práticas para socialização e pra esse autoconhecimento vai ser muito importante. [...] práticas que vai envolver socialização, ou que vai envolver relaxamento, ou que vai envolver autoconhecimento, ou que vai envolver ela entender como ela está vivendo, o porquê né, qual é o princípio, tudo isso que ela se encaixe e consiga viver. [Ent.10]

Dessa maneira, no imaginário coletivo dos trabalhadores de saúde da APS, as PICS direcionam o sujeito para compreender e atuar ativamente nos seus padrões de saúde e assim melhorar sua qualidade de vida e bem-estar como corresponsáveis pela sua condição de saúde. No entanto, nos chamou a atenção a frequente utilização do termo “paciente”, visto que, conceitualmente, refere-se ao posicionamento passivo do indivíduo. Dessa forma, entendemos válida a reflexão acerca do que foi observado.

Segundo Saito et. al (2013) a utilização dos termo paciente, usuário ou cliente reproduzem as diferentes maneiras de olhar e compreender o indivíduo que chega ao serviço de saúde. Ao tempo que o termo paciente sugere uma relação mais próxima entre terapeuta e o indivíduo, há que considerar ser o termo mais utilizado universalmente, embora atualmente seja preconizado a utilização do termo usuário por representar um sentido mais amplo e ultrapassar a ideia da passividade e da mercantilização da saúde.

Sob outra ótica, a denominação paciente pode sugerir implicitamente uma posição hierarquicamente inferior deste em relação ao trabalhador de saúde, representando a hegemonia do saber profissional como aquele que orienta o ser humano a ter saúde (SAITO *et al.* 2013).

Dito isto, a partir das RS acessadas dos discursos, compreendemos que a passividade do sujeito não reflete a concepção compartilhada sobre as PICS como promotora do autocuidado e do autoconhecimento, assim, apesar da utilização do termo “paciente”, o imaginário coletivo dos trabalhadores de saúde da APS percebe as PICS como promotora do protagonismo do sujeito no seu processo de saúde, adoecimento e cura, com o desenvolvimento do autocuidado e o cuidar de si.

Conforme Tesser e Barros (2008) as PICS são organizados em sistemas médicos alternativos, intervenções mente-corpo, terapias biológicas baseadas em produtos naturais,

métodos de manipulação corporal, métodos baseados no corpo e terapias energéticas. É possível verificar no recorte da árvore da similitude a ligação entre os léxicos “paciente” e “dor”, que também possui relação com os termos “coluna”, “interessante”, “mental”, “massagem”, “fitoterapia”, “dança-circular” e “aromaterapia”.

Em consonância aos sentidos atribuídos das palavras desveladas nos discursos, observamos o elemento “relaxamento” presente em destaque na nuvem de palavras e na primeira periferia da análise prototípica das evocações, onde estão os elementos que remete aos conteúdos que reforçam e dão sustentabilidade às crenças encontradas no núcleo central, ou seja, indicam elementos secundários da representação (FLAMENT, 2001).

Estes léxicos referem-se às RS que sinalizam as concepções das PICS como promotora da saúde nas condições álgicas e emocionais ao proporcionarem um estado de harmonia, e apoiar a gestão de sintomas como dor, ansiedade e tensão, como podem ser vistas nos recortes dos discursos a seguir.

As experiências com auriculoterapia mesmo, por exemplo, são experiências interessantes, de queixa de dor, de controle de dor, a gente sempre questiona na outra sessão, ‘melhorou?’, sempre o paciente fala que realmente melhorou, que aliviou, que as tensões melhoraram, então sempre relatam isso. [Ent. 2]

Sobre a massagem, eu acho que faz bem, combate o estresse, sabe, a pessoa as vezes está estressado, eu faço a massagem e fica mais zen, mais relaxado, alivia algumas dores também, dores musculares, as vezes alivia. [Ent. 5].

Comecei a trabalhar com a massoterapia, voltado justamente para a dor, tudo meu foi sempre voltado para a dor porque é muito gratificante [...] eu fazia uma sessão de ventosa mais a massoterapia e a pessoa já saia mais aliviada, alegando mais alívio. Percebo a PICS voltado como um todo, onde a pessoa fica relaxada, o próprio organismo vai liberando né, o cérebro vai liberando as toxinas, para aquela sensação de bem-estar. [Ent.9]

Observamos nas RS apreendidas das falas, que as percepções dos efeitos de algumas PICS sobre as dores crônicas e o relaxamento são reveladas entre os trabalhadores de saúde que atuam com os métodos de manipulação corporal, terapias energéticas e as baseadas em produtos naturais. Os efeitos são de curto prazo e os usuários precisam continuar recebendo as sessões para a manutenção dos benefícios, como pode ser observado na fala do Ent. 2.

A massagem, é a PICS mais utilizada pelo grupo, sendo realizada por cinco (5) dos onze (11) trabalhadores de saúde entrevistados, seguida da ventosaterapia utilizada por três (3) trabalhadores. A respeito dos trabalhadores que as utilizam, observamos uma predominância entre os trabalhadores de educação física e fisioterapeutas. Ambas as técnicas foram acessadas

nas evocações na TALP, estando o elemento cognitivo “ventosa” presente na zona de contraste e “massagem” na segunda periferia.

A massagem, definida como uma prática terapêutica pertencente a subcategoria mente-corpo, tem como objetivo estimular os sistemas corporais, visando melhorar os fatores mecânicos, fisiológicos e psicológicos, através da manipulação de tecidos moles, e quando utilizada na perspectiva da prática oriental, também envolve o equilíbrio energético. A ventosaterapia é uma técnica terapêutica que utiliza sucção nos canais de energia para estímulo dos pontos de acupuntura (BRASIL, 2018a).

Na perspectiva da utilização das terapias energéticas para os sintomas álgicos, físicos e psicológicos, o reiki foi mencionado pelos trabalhadores entrevistados, e pode ser observado na árvore da similitude na relação entre os termos “ansiedade” e “reiki”. Esta associação foi encontrada por Kurebayashi et al (2016) ao identificarem que a massagem e o reiki podem ajudar a fortalecer a capacidade do corpo de cura, contribuindo para melhora do estresse, relaxamento, redução dos níveis de ansiedade e alívio da dor.

No que se refere as PICS baseadas em produtos naturais, observamos no recorte da árvore da similitude a presença dos léxicos “natureza”, “fitoterapia” e “aromoterapia”, e na análise prototípica os elementos “natureza”, “luz solar” e “chá”. Tais léxicos se referem as percepções das PICS como práticas que utilizam dos recursos disponíveis na natureza em prol da saúde, como visto na fala no Ent. 1 “quando eu sai da faculdade eu já tinha isso em mim, que se eu não tivesse nada para trabalhar, se eu não tivesse nada de material de mecânico, eu teria a natureza toda disponível para mim, para que eu pudesse encontrar um meio para curar o meu paciente”.

Logo, no campo das PICS, a fitoterapia e o uso das plantas medicinais fazem parte dos recursos terapêuticos milenares e tradicionais, que conforme afirma Neves *et al.* (2012), possuem referências sociais, históricas e culturais, sendo transmitidos de geração em geração. Além de uso das plantas medicinais como substrato para a fabricação de medicamentos, as plantas são utilizadas como remédios caseiros e comunitários (BRASIL, 2006).

A sociedade brasileira é detentora de rica diversidade cultural e étnica que resultou em um acúmulo considerável de conhecimentos e tecnologias tradicionais, constituindo a fusão de saberes internalizados ao longo dos séculos, uma vez que representa conhecimentos e tradições dos povos indígenas, europeus e africanos, os quais se destaca o vasto acervo de conhecimentos sobre manejo e uso de plantas medicinais (SILVA *et al.*, 2019).

Em conformidade, os trabalhadores revelam em suas RS que a motivação da utilização das práticas naturais está relacionada ao seu ambiente familiar, em que a utilização da fitoterapia

sempre foi frequente com a utilização de chás e banhos com folhas como forma de tratamento e cura. Destacamos os fragmentos de discurso, a seguir:

Meus pais moravam na roça, em primeiro lugar, já um quintal que tinha todas as folhas pra chá. Na minha casa [...] a gente só leva alguém de casa para o hospital, pra uma UPA ou policlínica ou pro postinho mesmo em último caso, quando ver que não melhorou, aí nós levamos [Ent. 3]

Como os meus pais tinham 6 filhos, meu pai sempre criou o capim santo, a erva cidreira, então a gente sempre tomou chá, porque café era caro, [...] então eu comecei a ver, eu fui favorecida do conhecimento dele e de lá pra cá meus pais sempre usaram chás, a gente toma banho de chás, eu dou banho de chá, [...] ai desde adolescente que eu pesquiso [Ent. 7]

RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS revelam que o conhecimento sobre as terapias naturais com poder curativo foi adquirido através da cultura familiar, assim, o grupo compartilha da concepção das PICS como promotora do resgate dos saberes populares. As PICS são consideradas de fácil acesso, de baixo custo, capaz de reduzir a medicalização, além de serem menos invasivas, agressivas e iatrogênicas quando comparados com as práticas biomédicas.

Simbolicamente, para os participantes do estudo, a (re) valorização das PICS cresce em um contexto no qual o modelo biomédico mostra-se insuficiente para suprir todas as necessidades de saúde e aos efeitos adversos. Em conformidade, Tesser e Norman (2020) afirmam que as PICS pluralizam a terapêutica, fornecendo instrumentos cognitivos e técnicas que reduzem e/ou evitam o uso de fármacos, e consequente efeito iatrogênico no enfrentamento de doenças crônicas.

Conforme Tesser e Barros (2008), a medicalização é um fenômeno social complexo, que diminui a autonomia do usuário frente as situações de sofrimento, enfermidade e dor e está fortemente ligada as ações biomédicas intrínsecas na sociedade ocidental e permeiam a subjetividade dos sujeitos.

Todavia, comungamos das reflexões de Tesser e Dallegrave (2020) a respeito da desmedicalização, que segundo os autores é alcançada quando a prática terapêutica mantém ou induz a maior autonomia e empoderamento de pessoas e populações, do contrário, a medicalização pode ocorrer em qualquer racionalidade médica ou saber/prática de cuidado, desde que ela reduza a autonomia, desempondere e gere dependência relativa.

As RS revelam que a percepção do grupo entrevistado sinalizam que as PICS são práticas mais seguras, que ao utilizarem de recursos naturais e terapia bioenergéticas não possuem ou possuem poucas contraindicações e reduzem a medicalização. No imaginário coletivo as PICS contribuem para o alívio da dor e no restabelecimento da saúde quando a

biomedicina não foi satisfatória e o tratamento farmacológico, muitas vezes, possui efeitos iatrogênicos.

Notamos a presença do elemento “segurança” compondo a primeira periferia da análise prototípica e em destaque na nuvem de palavras. Nesse sentido, as falas a seguir retratam tais representações.

O que me motivou a fazer a fitoterapia foi tanto a cura [...] o Reiki eu tive interesse não só pela metodologia, mas porque não tem contraindicação, pela questão também da saúde emocional, questão do indivíduo estar se conhecendo, sabendo das suas limitações [Ent.6].

O acesso que a população tem as folhas e a questão econômica e a questão da agressividade ao organismo, não ser tão agressivo, tão tóxico. Eu me identifico com essa área dos chás, como age no organismo, de passar para as pessoas, do que a questão farmacológica, [...] quando eu passo para a farmacologia é mais agressivo [Ent. 7]

PICS eu entendo assim como atividades que não são, não vão partir do medicamentoso, que vão cuidar dessas pessoas tão quão ou melhor do que elas estarem sendo medicadas [Ent.10]

O tratamento que é de práxis farmacológica, da receita, ele acaba as vezes não funcionando [...] então a gente trata do bem-estar, para que aquela dor de cabeça não acometa o indivíduo, não analgesizar, assim como as dores articulares, as dores posturais, a fraqueza muscular, e também as relações de intolerância, de conflito, nervos à flor da pele [Ent. 11].

Assim, as RS apreendidas a partir dos discursos revelam as terapias naturais como a primeira escolha de terapia, recorrendo a medicalização apenas quando os recursos naturais não são suficientes para reestabelecer a saúde. Todavia, segundo Mattos *et al.* (2018), não há concordância por parte dos médicos quando o paciente toma a decisão de substituir os medicamentos alopáticos por somente o uso das plantas medicinais, em contrapartida, eles apoiam a decisão do uso em conjunto, onde o tratamento seja acompanhado dos medicamentos e das plantas medicinais.

Além de induzir a desmedicalização e redução dos efeitos iatrogênicos a médio e longo prazo, outro aspecto importante desvelado nas falas trata-se da percepção das PICS como práticas de baixo custo e de fácil acesso, e pode ser observado no recorte da árvore da similitude pela presença do léxico “financeiro”, como apresentado nos trechos de falas a seguir,

São recursos as vezes simples, baratos, que podem ser mais explorados e que tem a efetividade bacana ne, muito boa, com aceitação boa dos pacientes [Ent. 2]

Se eu estou com uma dor de cabeça tenho que tratar a raiz do problema, ai eu vou coloco os dois oleozinhos da essência que eu tenho, [...] e eu passo isso para os meus

pacientes também, vai sair mais barato, porque são duas gotinhas, e você vai estar se prevenindo de muitas coisas lá na frente [Ent. 6]

Percebemos haver uma preocupação dos trabalhadores de saúde da APS na indicação das PICS considerando a condição socioeconômica do usuário, sendo a questão financeira um dos motivos da indicação. Nessa direção, para Matos *et al.* (2018), as PICS geram uma diminuição de gastos devido ao custo mínimo de sua integração, associando eficácia terapêutica maior/igual aos outros tratamentos mais viáveis economicamente, se tornando de suma importância para o SUS e sua utilização na APS.

Observamos outro ponto compartilhado pelo participantes do estudo, que compreende as PICS como abordagens que promovem o convívio social do sujeito. Como observado no recorte da árvore da similitude, o léxico “grupo” apresenta forte ligação com a palavra “pics” e estabelece ligações com os termos “corporal”, “homem”, “mulher” e “idoso”. No quadro de quatro casa, o elemento “grupo” é visualizado na zona de contraste, e o elemento “interação” revelou-se em destaque na nuvem de palavras e constituindo a primeira periferia do quadro de quatro casas.

Assim, as RS dos trabalhadores de APS apreendidas sinalizam que as PICS possibilitam a interação entre os diversos grupos de usuários, terapeutas e as terapias, sendo indicadas para a socialização e integração do indivíduo na sociedade, através das práticas corporais, de relaxamento e de autoconhecimento, como pode ser visualizado nas falas a seguir.

Nos grupos de prática corporal que a maioria são idosos, a maioria são mulheres, são poucos os homens, é o público principal né, as vezes a gente faz algo com os colegas de trabalho, mas são ações mais pontuais, as ações mais de rotina são desse público dos grupos de prática corporal que é semanal. [Ent. 7]

O que me chama a atenção é a questão dos grupos, eu acho bacana como isso funciona bem em grupos, querendo ou não, traz também a questão da interação social, traz essa representatividade, do ter conexões com outras pessoas também. [Ent. 8]

São práticas que vai envolver socialização, ou que vai envolver relaxamento, ou que vai envolver autoconhecimento, ou que vai envolver ela entender como ela está vivendo, o porquê né, qual é o princípio, tudo isso que ela se encaixe e consiga viver. [Ent. 10]

essa questão da socialização nossa para com eles e com elas, e essa vontade de querer está sempre presente, participando, isso ai é fato, é notório [...]. São práticas em grupo com olhar individual, porque cada um tem um grau de dificuldade, de facilidade. [Ent. 11]

A interação social proporcionada pelas práticas em grupo, valorizam e fomentam a solidariedade e a troca de experiências entre os participantes (CRUZ; SAMPAIO, 2012). Em conformidade, para Amado *et al.* (2017), os contextos das interações produzem uma nova forma

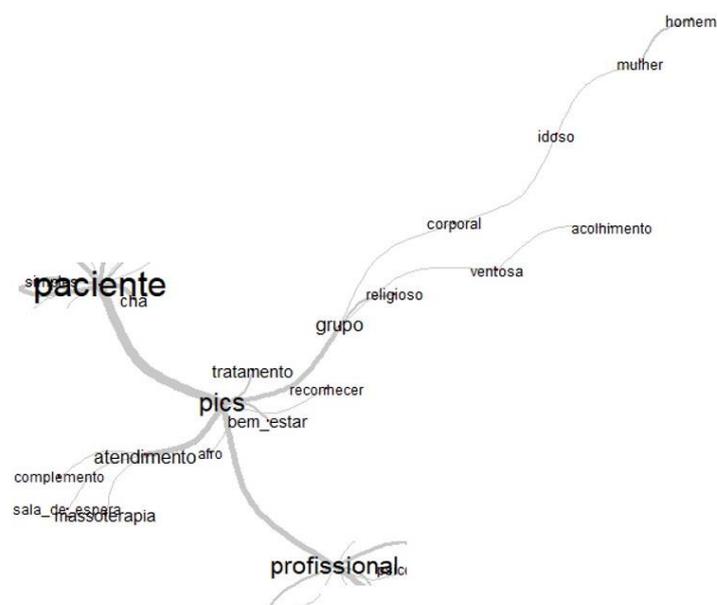
de cuidar, valorizando a história e as narrativas dos sujeitos através da escuta, que permitam compreender as representações dos sujeitos.

As RS apreendidas a partir dos fragmentos dos discursos dos participantes do estudo, revelam o imaginário coletivo sobre as PICS como recursos terapêuticos que estimulam o indivíduo a buscar seu bem-estar e equilíbrio, ao considerar corpo, mente e espírito, e promovem a saúde, instigando e recuperando a noção de qualidade de vida para além do adoecimento, potencializando o autoconhecimento e (re)significando os saberes frente ao processo saúde-doença-cuidado.

#### 4.2 CATEGORIA 2 – PLURALISMO TERAPÊUTICO DAS PICS NA APS NO COTIDIANO DE TRABALHO: COMPLEMENTARES OU ALTERNATIVAS ÀS PRÁTICAS BIOMÉDICAS?

Esta categoria emergiu do recorte da árvore máxima de similitude a partir do termo “pics”, que apresenta forte força de ligação com a palavra “paciente” e “profissional”, seguido de conexão com os itens lexicais: “complemento”, “tratamento”, “bem-estar”, “atendimento”, “grupo”, “corporal”, “reconhecer” e “religioso”, cuja interação também foi apreendida a partir da análise das evocações, levando em consideração o núcleo central e os elementos constituintes do sistema periférico e da análise de conteúdo dos discursos.

Figura 7 – Recorte da árvore máxima de similitude a partir do termo “pics”



Fonte: Dados da pesquisa após processamento pelo IRAMUTEQ (2022).

Entendemos que a inserção das PICS no SUS, em especial na APS, imprimiu mudanças no cotidiano dos trabalhadores de saúde, ampliando as práticas disponíveis para o cuidado em saúde, e assim, implicando em diversas formas de comportamentos e opiniões individuais e coletivas sobre as PICS.

Isso aponta as PICS como um objeto representacional, que resulta em novas atitudes que causam estranheza para aqueles cujo agir vincula-se aos paradigmas biomédicos. É nessa perspectiva que as RS consistem em familiarizar a novidade, ancorando o conhecimento novo ao conhecimento preexistente, e objetivando o desconhecido para que se torne algo objetivo e naturalizado (MOSCOVICI, 2012).

Na análise prototípica das evocações, observamos a presença do elemento “novidade”, compondo a zona de contraste, e o termo “curioso”, presente na segunda periferia, ambos fazem menção as PICS como práticas que antes não eram utilizadas na prática cotidiana da APS e mostra-se como um objeto que gera estranheza. Esse caráter inovador é citado na PNPIC que afirma que as PICS “contribuem para a ampliação das ofertas de cuidados em saúde, para a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras” (BRASIL, 2018a, p.7).

Na análise do conteúdo das falas, é revelada uma concepção das PICS que atribui o significado de práticas diferentes das convencionais, que surgem para somar e complementar a biomedicina e ampliar os recursos disponíveis de intervenção à saúde do paciente. O fragmento da fala a seguir retrata nesta perspectiva:

Eu acredito que são práticas diferentes né, que não são, não eram tão comuns e que vieram de certa forma pra somar, pra ser algo inclusivo né, pra ser algo complementar, pra ser algo que pode acrescentar ai de alguma forma a vida dos pacientes [...] Eu acho que são recursos extras né, que vão estar ai acrescentando algo diferente [Ent.8]

Posto isto, compreendemos que as imagens de um objeto representado, no nosso caso as PICS, são construídas a partir de um conjunto de ideias e experiências. Nesse processo de construção de uma realidade comum do grupo, as representações partilhadas pelos trabalhadores de saúde da APS influenciam comportamentos individuais e coletivos, que por sua vez, dinamiza as relações cotidianas e práticas sociais.

Nessa perspectiva, no que se refere as RS dos trabalhadores de saúde sobre a operacionalização das PICS na APS, percebemos que para alguns as PICS complementas as práticas biomédicas, para outros, são consideradas alternativas, ou seja, a sua utilização é a primeira escolha de intervenção.

Conceitualmente, os termos complementar, integrativa e alternativa se diferem. De acordo com Tesser e Barros (2008), o termo complementar refere-se a utilização conjunta das

PICS e práticas da biomedicina, enquanto que integrativas se referem as práticas que além de serem utilizadas com a biomedicina são baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, por sua vez, as práticas alternativas são aquelas utilizadas no lugar de uma prática biomédica.

Nessa direção, as RS dos trabalhadores de APS sinalizam que as ações cotidianas estão embasadas na percepção da complementariedade das PICS associadas a biomedicina. As RS apreendidas sobre as PICS atribuem o sentido como um recurso disponível para se alcançar a qualidade de vida e a cura da doença, sem excluir e nem negar a efetividade no cuidado em saúde pela abordagem convencional. Os fragmentos dos discursos traduzem essas afirmativas:

Quando eu entendo por práticas complementares em saúde, eu entendo que é algo que está disponível a mim para somar com o que a ciência me disse que eu preciso utilizar, então eu consigo visualizar dessa forma, um somatório, algo que junte e que complemente, não que a medicina esteja faltando, que esteja em falha, mas que está disponível para mim utilizar e tem grandes potenciais, e eu preciso unir essas práticas, integrar ela na minha vida profissional e na minha vida pessoal para que eu consiga gerar aquela vida com qualidade e aquela vida sem a doença. [Ent.1]

São práticas que vem a somar né, como próprio nome fala, complementar outras áreas e integral que elas precisam se unir de forma integral do paciente, é olhando ele de uma forma ampla. [Ent. 2]

eu faço os exercícios lá, avalio os pacientes, passo os exercícios que eles precisam, ou seja, de equilíbrio, de fortalecimento e, não coloco só as ventosas ou só a massagem, eu associo né, então eles tem tido relato muito bom de melhora. [Ent. 9]

Nessa perspectiva da complementariedade, se observa uma apropriação mecânica dos aspectos terapêuticos da PICS, com um afastamento do significado filosófico e dos seus paradigmas (LUZ, 2012). Diante disto, comungamos das reflexões de Toniol (2016), ao afirmar que a utilização do termo complementar na PNPIC tem como objetivo estabelecer a forma como as PICS devem se relacionar com outras modalidades de atenção à saúde e pouco dizem sobre as características das terapias em si, logo, reafirmando a relação hierárquica na qual ainda se prevalece a hegemonia da medicina científica.

Conforme ressalta Tesser e Barros (2008) as práticas deixam de ser alternativas e passam a apresentar a noção de medicina complementar, cujas conjunções que antes eram “ou...ou”, passam a ser aditiva, com conjunções “e...e”. Em conformidade, Andrade e Costa (2010) reforçam que a ideia de alternativo enquanto escolha para uma opção clínica, perde força diante dos esforços pela cooperação e complementariedade com a biomedicina.

Na busca pela legitimidade social e aprovação da política nacional, a mudança de nome “medicina natural” para “práticas integrativas e complementares” foi necessária. Segundo

Toniol (2016), essa mudança evidencia o modo pelo qual o emprego do termo “práticas” na PNPIC foi estratégia para evitar a utilização da categoria “medicina”, reafirmando a relação na qual a hegemonia da medicina científica é reiteradamente assegurado pelo Estado.

Nessa perspectiva, conforme Andrade e Costa (2010), a utilização do termo integrativo e complementar, se constitui como o abrandamento político das resistências ao paradigma vitalista e bioenergético, que permitiu a sua legitimação pelo Conselho Federal de Medicina e assim possibilitou a implantação desses métodos nas políticas públicas. Todavia, diante dos esforços pela cooperação e complementariedade entre a biomedicina, nessas investidas e aproximações, a ideia de alternativo perde força.

De forma semelhante, Toniol (2016) ressalta que, explicitar o caráter complementar das PICS é essencial para que elas sejam reconhecidas por instâncias técnicas dos órgãos de gestão em saúde, no cotidiano das UBS, ambulatórios e hospitais. Logo, situar as terapias apoiadas e oferecidas no SUS como práticas complementares significa estabelecer as PICS a partir de um modo de relação com a biomedicina que explicita como essas terapias devem se relacionar com outras modalidades de atenção à saúde.

Assim, intuímos que a utilização do termo complementar na nomenclatura da PICS tem influenciado as RS dos trabalhadores de saúde sobre as diversas PICS como práticas que são exclusivamente complementares e não alternativas à biomedicina.

Conforme Luz (2012), no mundo ocidental existe uma tendência de naturalizar o conhecimento baseado na ciência, vinculado a ideia de superação do passado e das origens históricas, culturais e imaginárias que permeiam o saber humano, acreditando-se que é necessário a ruptura do passado para uma nova construção da lógica científica e uma transformação do agir terapêutico.

Nessa direção, a RS das PICS como terapias complementares, foi revelado no nosso estudo estando ancoradas nos paradigmas biomédicos que utiliza a validação científica como argumentos de efetividade e segurança, que se objetivam em autoridade sobre as outras tradições e corpos de saber/prática, e conseqüentemente excluem aquelas PICS que não tem comprovação científica como observado no recorte do discurso, a seguir.

A meditação é algo muito científico, então como eu venho da linha da cognitivo comportamental, a cognitivo comportamental se apropria muito do que é científico e existem muitas outras práticas que elas não tem tantas evidencias científicas a nível de funcionar, [...] algumas práticas eu não concordo, eu não sou muito adepta né, enfim, não sei se é algo mais voltado pra talvez a ignorância por não saber muito, ou porque realmente eu não acredito né, eu digo em relação a constelação, é um recurso que eu particularmente não tenho afinidade e como eu venho da área completamente científica que é a cognitivo comportamental isso acaba debatendo, acaba batendo de frente né, mas enfim, acredito que todas as outras práticas, eu indico, eu acredito que venha como algo pra somar né, algo a mais. [Ent. 8]

Em conformidade, Contatore *et al.* (2015) afirmam que a efetiva implantação de novos procedimentos técnicos nos serviços públicos está vinculada a uma política de evidências científicas restritiva, que privilegia evidências quantitativas em detrimento das qualitativas.

Dessa maneira, as PICS por se tratarem de elementos dissonantes do modelo biomédico tradicional, produzem um estranhamento com a fundamentação científica, principalmente quando diante de práticas espirituais, que auxiliam na consciência humana, lhe apresentando novos valores. Para Reis (2016), no modelo biomédico a espiritualidade e as crenças religiosas se desarticulam do modo como o processo de cuidado é ofertado e da relação que se estabelece entre trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços de saúde.

Buscando definir religiosidade e espiritualidade, Murakami e Campos (2012) afirmam que apesar de estarem relacionadas, apresentam características que as diferem. A religiosidade envolve um sistema de culto e doutrinas compartilhadas por um grupo e que apresentam características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorativas. Por sua vez, a espiritualidade é um sentimento pessoal, que está relacionado ao transcendente, que estimula o interesse pelo outro e por si.

Nessa perspectiva, Oliveira e Junges (2012) complementam que a dimensão espiritual não se limita a tipos específicos de crenças ou práticas religiosas, mas remete ao significado e sentido da vida.

Posto isto, observamos na árvore da similitude a presença dos léxicos “religioso” e “espiritual”, que se referem as RS dos trabalhadores de APS sobre as PICS como práticas associadas à religiosidade e à espiritualidade. Assim, para os participantes do estudo, a PICS possibilitam a interação entre os diversos grupos de usuários e os terapeutas, que por sua vez, perpassam pelos valores religiosos e espirituais. Observemos os seguintes discursos:

Eu acho que a minha religião interferiu muito em relação a isso, porque a gente busca muito essa busca da cura pela natureza né? [...] Então eu acredito que a religião me incentivou muito a buscar esse caminho. [Ent.1]

[...] eu não chamo de meditação lá que tem algumas pessoas que já envolve religião, então eu prefiro chamar momento de relaxamento. [Ent.10]

A partir do que foi desvelado nos discursos, compreendemos que o comportamento sobre a utilização e/ou indicação das PICS na APS é influenciado pelo contexto sociocultural e religioso em que é vivido através das comunidades de pertencimento, que constroem formas de pensar, sentir e agir que são peculiares às diversas PICS e às diversas práticas religiosas e espirituais.

Logo, a RS dos trabalhadores da APS sobre as PICS como práticas complementares à biomedicina pode ser justificada por Toniol (2016) ao afirmar que a complementariedade das PICS está relacionada ao imaginário social que associa historicamente as terapias alternativas como práticas esotéricas, saberes mágicos, com pouca comprovação científica e baixa aceitação entre os trabalhadores de saúde.

Destarte, para Lima *et al.* (2016) existem formas de cuidado que se apoiam na fé e na operação do divino, na qual benzedores, curandeiros, videntes e médiuns, atuam visando a cura do corpo e da alma, o autoconhecimento, a conexão com o outro e com o ambiente. Todavia, ao desenvolverem um cuidado não mensurável e inexplicável, as tornam incompreensíveis à luz da ciência.

Nessa direção, Martins (2012) assinala que as práticas que conseguem construir um discurso técnico coerente com a biomedicina, como a homeopatia ou acupuntura, são mais facilmente aceitas, enquanto que o reiki e a cura xamânica com ervas ou rezas, ao utilizarem elemento mágicos, extrapolam os limites da racionalidade instrumental e portanto são desacreditadas.

Posto isto, encontramos conformidade com o discurso do Ent. 6 sobre o Reiki, revelando que ao tempo que o trabalhador acredita nas terapias energética e seus benefícios para a saúde e bem-estar, enfatiza não utilizá-la como elemento místico, reafirmando portanto existir um imaginário coletivo que representa as PICS que utilizam os elementos sobrenaturais como práticas com denotações negativas e sem legitimidade científica. Observamos a fala a seguir.

O Reiki eu aplico a fim de equilibrar corpo, mente e emoções, como na prevenção, é espírito, é conexão, é alma, é emoção, então eu adoro essas coisas. É benéfico para a população, é benéfico pra gente também, porque tanto o ambiente fica positivamente bem, as energias bacanas, eu acredito muito em desintoxicar, essas questões todas, eu gosto muito disso, não é bruxismo não (risos). [Ent. 6]

A relação entre religião, espiritualidade e saúde é muito estreita desde os primórdios da civilização. Segundo Signates (2016), essa interação é marcada pelo diálogo conflituoso, prevalecendo do lado científico a negação e rejeição das tradições religiosas e espirituais.

As religiões de matriz africana, são tradições religiosas no Brasil que carregam o estigma do preconceito desde a época colonial, que durante séculos acompanha a valorização do europeu, do branco e da cultura cristã (BRASIL, 2016b).

Observamos na árvore da similitude a presença do léxico “afro”, que se referem as PICS percebidas como vinculadas a cultura africana. Assim, as RS apreendidas nas falas dos entrevistados revelam que a religião/espiritualidade impõe limites de atuação/utilização para

PICS que não fazem parte dos seus sistemas de crenças e valores, como observado nas falas dos entrevistados a seguir.

Tem a questão cultural e espiritual, infelizmente o nível de intolerância religiosa acaba interferindo muito em relação as PICS [...] já aconteceu isso, de pessoas no grupo não se sentirem bem pela questão espiritual, porque essa dança é uma dança do candomblé, é uma dança demoníaca, entende? [...] A gente sofre muito em relação a isso quanto profissional, porque eu mesma tenho a minha opção religiosa, e tem coisas que eu não pratico por conta da minha fé, mas eu vou participar de algumas atividades com a PICS que grupos religiosos do candomblé faça, que grupo afro faça, é uma outra coisa que a gente vem tentando desconstruir também. [Ent. 1]

A questão de uma das práticas que é a imposição de mãos [...] as vezes por questão religiosa uns são favoráveis, outros contra. [...] na hora que eu for aplicar uma prática eu preciso saber qual a cultura dela, se ela é mais do candomblé, como eu vou trabalhar a minha imposição de mãos, se ela é católica, se ela é espírita, ou evangélica, se eu colocar esses 4 juntos como é que eles vão interpretar minha imposição de mãos na cura, então eu preciso saber a cultura do outro, a minha, e saber também como eu vou me internalizar, está vendo como isso é complexo? [Ent. 7]

Observamos que, a dança circular é representada como uma prática vinculada a cultura africana e ao candomblé. Tal representação se reflete na utilização/indicação da dança circular por parte dos trabalhadores de saúde e dos usuários do sistema, visto que, as práticas religiosas de matriz africana, são percebidas como manifestações de magia, feitiçaria e curandeirismo, que se relacionam ao mal (FERNANDES, 2017).

A maioria dos trabalhadores de saúde da APS afirmaram ter religião, sendo a cristã a mais predominante. Conforme Reis (2016), a sinergia entre PICS, espiritualidade e religião podem proporcionar o reconhecimento dos fatores emocionais, energéticos e/ou espirituais que podem predispor estados de saúde-doença. No estudo de Lima *et al.* (2018) ao verificar a utilização das PICS por ACS, foi observada associação entre maior frequência de práticas de relaxamento/meditação e possuir religião, reconhecendo que a religião representa suporte afetivo e social.

Destarte, é evidente a influência do sistema cultural-simbólico-religioso nas RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS. Para Luz (2012), mesmo diante o progresso científico, que busca remover o “passado simbólico”, o saber-prática nas diversas medicinas orientais e tradicionais não desaparecem completamente, se integram aos novos procedimentos ou às novas teorias, de maneira que se revelam nos pensamentos, julgamentos e atitudes.

Logo, na construção de sentido sobre as PICS nos grupos de pertencimento, é revelado a percepção das PICS como terapias alternativas à biomedicina por alguns trabalhadores de saúde. Compreendemos que os trabalhadores de saúde ao atuarem na APS possuem uma tradição de pensar o cuidado de forma mais holística e busca por outras maneiras de cuidado

para além da medicina convencional, dessa maneira, entende-se que a APS é um campo fértil para a (re)valorização das PICS.

Dessa maneira, as RS dos trabalhadores de APS demonstraram que as PICS são práticas alternativas à biomedicina, ressaltando a necessidade de autonomia dos trabalhadores de saúde não médicos para a orientação e indicação dessas terapia como possibilidade de cura, de vivências e de autoconhecimento, e não apenas uma prática complementar. Destacamos os seguintes fragmentos:

A minha expectativa é que a gente possa abrir a boca e conversar com o paciente, orientar os pacientes, ter rodas de conversas, e eles entender que não é só medicação que faz a saúde [Ent. 3]

Eu imagino que o usuário em vez de entrar na porta da recepção para solicitar um atendimento médico, ele vai lá apara o quiosque, ou ele vai lá para as salinhas deles, cada um com sua terapia, fazer seu momento, [...] eu acredito nisso, eu acredito de mudar esse fluxo da doença para a terapia. [Ent. 7]

Eu acho que não deveria ser complementar né, eu entendo assim como atividades que não são, não vão partir do medicamentoso, que vão cuidar dessas pessoas tão quão ou melhor do que elas estarem sendo medicadas, então práticas que vai envolver socialização, ou que vai envolver relaxamento, ou que vai envolver autoconhecimento, ou que vai envolver ela entender como ela está vivendo [Ent.10]

Entendo como uma prática que não é farmacológica, é aquela prática que esta deixando de ser complementar e se tornando implementar [...] virar não só complementar, mas virar principal né, porque o termo complementar, ele no momento pra gente acaba sendo uma opçãozinha, e isso não pode ser uma opção, tem que ser algo que faça parte, assim como o medicamento faz parte, assim como a consulta com o médico que é pontual ou preventivo faz parte, as práticas também faça parte. [Ent.11]

Como revelado nos discursos, as PICS são consideradas recursos terapêuticos de cura, voltando o olhar para o indivíduo em sua dimensão biopsicossocial. Posto isto, as PICS são percebidas como práticas que podem ser alternativas, e necessitam ganhar espaço e notoriedade no sistema de saúde, com a (re)valorização dos seus recursos terapêuticos.

Consoante, para Teleser Junior (2016) o sentido das PICS se constrói nas vivencias e na utilização no dia-a-dia de trabalho. Para o autor, os trabalhadores de saúde que praticam as PICS são movidos pela vontade de contrapor o paradigma hegemônicos que desvaloriza as outras práticas em saúde, reafirmando a existência de práticas alternativas capaz de fazer a diferença e se tornar um processo renovado de promover saúde, que cuide do ser humano em sua totalidade.

Na ótica de Dalmolin e Heidemann (2020), independente da utilização das PICS como escolha principal de intervenção ou atuando de forma complementar, essas terapêuticas

apontam para uma forma de atenção à saúde emergente, que se solidifica em valores essenciais como o resgate e percepção do ser humano, autoconhecimento e busca por outras maneiras de cuidado.

As RS apreendidas sobre as PICS a partir dos fragmentos dos discursos dos participantes do estudo, revelam que embora as relações estabelecidas entre as PICS e a biomedicina possa ser percebidas pelos trabalhadores de saúde da APS como complementariedade ou como terapias alternativas, ambas apontam para uma forma de atenção à saúde emergente, que confluem em valores essenciais como o resgate e percepção do ser humano, o autoconhecimento, a autonomia do indivíduo e a busca por outras maneiras de cuidado sob a perspectiva ampliada do processo saúde-doença-cura.

#### 4.3 CATEGORIA 3 – LIMITAÇÕES, FACILIDADES E PERSPECTIVAS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DAS PICS NA APS.

Essa categoria reflete as RS dos trabalhadores de APS apreendidas da análise de similitude e de conteúdo, a partir do recorte da palavra “profissional”, Figura 8, que apresenta forte ligação com termo “médico”, segundo léxico de destaque da estrutura representacional, fato observado pela espessura do grafo.

Figura 8 - Recorte da árvore máxima de similitude a partir do termo “profissional”



Fonte: Dados da pesquisa após processamento pelo IRAMUTEQ (2022).

A palavra “profissional” estruturando um dos polos da árvore de similitude nos remete a sua significação e importância no contexto de uso/indicação da PICS na APS e suas limitações, facilidades e perspectivas. O termo “médico” e suas ligações com os léxicos “encaminhar”, “enfermeiro”, “cotidiano”, “resistência”, “concordância” e “sala” nos remete ao espaço de vida cotidiana interprofissional onde as relações são construídas entre os trabalhadores e o espaço onde o cotidiano é vivenciado.

Destarte, as RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS frente as relações com o espaço de vida cotidiana, apontaram as limitações, facilidades e perspectivas no curso do processo assistencial, que envolvem o cotidiano com a equipe multiprofissional e os médicos, comportamentos inseguros, ruídos na comunicação, problemas das relações de encaminhamento interprofissional, o (des)conhecimento sobre as PICS e as limitações impostas pelo espaço físico.

As RS apreendidas dos trabalhadores de saúde da APS sinalizam que no universo cotidiano, as relações construídas e vividas no contexto da APS podem ser facilitadores ou limitadores da utilização/indicação das PICS. Nessa direção, no recorte da árvore da similitude, observamos a forte conexão com os léxicos “profissional” e “médico”, seguida da conexão com “enfermeiro” e “nasf”.

Conforme afirma Farão e Penna (2020), as relações sociais são necessárias e fazem parte da vida cotidiana. No entanto, a depender da interação construída nessas convivências, os impactos sentidos podem ser positivos, quando o relacionamento é harmonioso, ou negativos, quando conflituosos.

Nessa direção, observamos a presença dos léxicos “acreditar”, “concordância”, “encaminhar” e “resistência”, reveladas na árvore da similitude, que refletem como acontece o cotidiano dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS, a partir da interação com a equipe, em especial com os médicos e enfermeiros, como pode ser observado no conteúdo dos discursos a seguir:

o médico ele não vai te encaminhar para um complementar, quem encaminha é o NASF, é a enfermeira, o médico ele não vai te encaminhar, ‘vai ali para a imposição de mãos, vai ali fazer um canto, vai fazer uma meditação, vai ver sua rota de fuga’, ele não vai, ele vai confiar no remédio. [Ent.7]

eu não vejo os médicos, os enfermeiros, os técnicos estarem indicando né, acabou que o NASF se apropriou um pouco mais e os encaminhamentos que acontecem eles praticamente são de dentro do NASF. [Ent.8]

Eu acredito que ainda existe um pouco mais de dificuldade com a área de medicina né, eu não sei porque existe tanta resistência [...] justamente por esse preconceito, essa descrença, essa falta de conhecimento mesmo. [Ent.10]

Muito pouco encaminhamento, eu digo assim do médico, do enfermeiro, [...] eu acho que se prende tanto a receita, a medicamento que ai quando chega na hora nem lembra dessa parte, e ai a gente fica capitando no momento na sala de espera, quando a gente está fazendo grupo e passa pela recepção e a gente convida o pessoal para participar né. [Ent.11]

Nas RS reveladas por trabalhadores, a implementação das PICS na APS tem acontecido majoritariamente pela equipe multiprofissional do NASF, sendo os fisioterapeutas e trabalhadores de educação física os seus maiores promotores. Por sua vez, os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem demonstram resistência e distanciamento das PICS, também observada na falta de interesse dos médicos e enfermeiros na participação da pesquisa, não havendo portanto nenhum desses trabalhadores entrevistados.

Tendo em vista que a comunicação efetiva é uma estratégia que pertence ao rol de ações para o fazer saúde na APS e garantia da qualidade assistencial, a ligação dos léxicos “limites” e “comunicação” na árvore da similitude reflete as falhas nos processos de comunicação vivenciadas no cotidiano de trabalho entre os trabalhadores de saúde e a equipe médica e de enfermagem, o que e impõe dificuldade no cotidiano de trabalho.

Segundo Olinó *et al.* (2019) a comunicação entre os trabalhadores de saúde se torna efetiva quando se transmite ou recebe informações de forma completa e exata, verbalizando-a de forma clara e compreensível, incorporando sentido e significado.

Para Rowlandes e Callen (2013), entre os principais desafios encontrados na comunicação entre as equipes de saúde está a diversidade da formação profissional e os efeitos da hierarquia. Logo, o modo como cada categoria de trabalhadores incorpora o elemento comunicação na sua prática cotidiana pode interferir nas interações comunicacionais, que acarretam em compartilhamento insuficiente de informações e impede as troca de saberes.

As RS apreendidas a partir das narrativas dos trabalhadores de saúde da APS apontam para falhas no processo de comunicação, que podem estar atrelada a cultura organizacional da UBS, comportamento das equipes médicas e de enfermagem de desvalorização de novas formas de cuidado e o desconhecimento da importância das PICS.

O conhecimento resulta da interação entre o sujeito e a experiência. Posto isto, os conhecimentos dos trabalhadores de saúde da APS acerca das PICS trazem preocupação em relação ao cuidado em saúde nos serviços da rede pública e a efetiva implementação das PICS, visto que, se estes desconhecem as PICS, é possível que haja prejuízo na sua aplicabilidade, desvalorização, resistência e não indicação dessas terapias à população (NEVES *et al.*, 2012).

Nessa direção, uma pequena parcela dos enfermeiros em seu cotidiano de trabalho, prescreve e encaminha os usuários para as PICS (AZEVEDO *et al.*, 2019). Em estudo de Tiago

e Tesser (2009) realizado com médicos e enfermeiros, 88,7% desconheciam as diretrizes nacionais da PNPIC.

Segundo Neves et al (2012), o desconhecimento sobre as PICS podem ser causadoras de insegurança e ceticismo por parte dos trabalhadores de saúde, cuja formação está baseada nos paradigmas da medicina científica. Dessa forma, estes trabalhadores encontram dificuldades para orientar os usuários quanto ao uso das práticas não convencionais, seus mecanismos de ação, indicações terapêuticas, interações medicamentosas e efeitos adversos.

As RS dos trabalhadores de APS revelam que, o conhecimento do pluralismo terapêuticos das PICS influenciam e são influenciadas nas relações construídas no espaço de vida cotidiana.

Os participantes do estudo em suas representações, sinalizaram que a realização das PICS com os usuários e a equipe multiprofissional possibilitam e ampliam a visibilidade e reconhecimento das PICS através da experimentação e troca de saberes, fazendo-os compreender a importância e benefícios das PICS não só como uma terapia complementar, mas alternativa para o tratamento.

A oportunidade de vivenciar as PICS no cotidiano de trabalho tem favorecido e mobilizado uma mudança de pensamento e ressignificado o imaginário dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS pois estes são resistentes e ainda enxergam essas terapias com desconfiança, como observado na fala do Ent. 1.

é muito difícil você vê um médico dentro do consultório dele utilizar uma prática integrativa como um meio de prevenção a saúde, a mesma coisa com a enfermeira, isso acontece quando a gente trabalha no atendimento compartilhado, porque aí eu consigo fazer com que o meu colega entenda que aquilo também vai ajudar, ou contribuir ou até substituir tal terapia que ele poderia ter indicado para o paciente.”  
[Ent.1]

Tais RS apreendidas revelam sentimentos e dificuldades vivenciados por trabalhadores de saúde da APS, que demonstraram preocupação com a fragilidade e insuficiência da divulgação de informações sobre as PICS e seu potencial em diferentes contextos de cuidado. Destacamos ainda que, os trabalhadores declararam não ter tido conteúdo sobre PICS durante a sua formação e grande parte nega ter passado por algum curso/capacitação envolvendo o tema.

No estudo de Cisneiros *et al.* (2012) ao investigarem trabalhadores de ESF, verificou-se que a aceitação da inclusão das PICS na rede de cuidado do SUS é acompanhada de certo grau de desconfiança, influenciadas pela falta de capacitação e a pela pequena quantidade de divulgação científica quanto aos seus resultados.

Carvalho e Nobrega (2017) apresentaram resultados semelhante ao nosso estudo, já que a maioria dos trabalhadores entrevistados, cerca de 68,2%, não tiveram o conteúdo de PICS na formação profissional, e cerca de 76,8%, negam qualquer preparo para utilização das PICS através de capacitação/curso. Destacamos o fragmento a seguir:

como eu posso indicar o que eu não sei? O que eu não tenho conhecimento, então falta-se tanto a população tendo conhecimento, como os trabalhadores atuantes, porque o enfermeiro [...] só vai passar para uma PICS, como médico passar para fazer práticas integrativas se ele tiver conhecimento, qual os benefícios, do que é, na prática, saber, então, é a questão do conhecimento mesmo. [Ent.6]

Ressaltamos que a PNPIC estabelece o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICS para trabalhadores no SUS, de acordo com os princípios e as diretrizes estabelecidas para a EPS. Assim, o MS tem ofertado cursos para os gestores e trabalhadores de saúde, através da plataforma Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS), além de inserir as PICS em documentos técnicos do MS, como os Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2018a).

Entretanto, a EPS para trabalhadores de saúde e gestores ainda é ínfima e contempla uma variedade muito limitada das PICS. Dentre os cursos ofertados pelo MS, apenas seis (6) cursos são voltados às PICS e contemplam a capacitação de três (3) PICS, sendo elas a Medicina Tradicional Chinesa, Fitoterapia e Medicina Antroposófica (BRASIL, 2022).

Logo, encontramos conformidade com os trabalhadores entrevistados, que percebem uma necessidade de ampliação das capacitações para todas as PICS, e a divulgação entre as redes desses trabalhadores, de forma que possa incentivar a procura pela qualificação.

Dantas (2020) em seu estudo identificou que a maioria dos trabalhadores de saúde conhece o termo PICS estando portanto o conhecimento sobre as PICS presente no campo de conhecimento desses trabalhadores. Contrariamente, os conteúdos manifestos sobre as PICS no nosso estudo, revelaram o desconhecimento do termo PICS e do pluralismo terapêutico das 29 práticas da PNPIC pelos trabalhadores de saúde. Vejamos o conteúdo dos discursos abaixo:

se eu perguntar hoje na minha equipe aqui, 'gente, quem sabe aqui o que é práticas integrativas' poucos vão dizer o que é, mas se eu perguntar 'gente, quem faz ventosa ou aurículo' todos vão levantar a mão, 'gente, quem fez banho de chá de aroeira', 'quem usou folha tal e tal para tratamento de alguma coisa', 'quem faz aqui dança afro, dança circular' eles vão destacar, mas agora se eu perguntar 'quem faz isso para a cura de uma doença', 'quem faz isso para tratamento do estresse, tratamento de ansiedade' ninguém vai fazer. [Ent.1]

muita gente não sabe nem o que é entendeu? As práticas integrativas, então as vezes você vai perguntar a alguma pessoas ali e elas realmente não sabem o que é as práticas integrativas, porque é uma questão nova, e não é ofertado nenhum curso, nenhum material. [Ent.4]

Se você for em uma sala de espera e perguntar ninguém vai saber sobre as práticas integrativas, não vai saber de uma imagina de vinte e nove, eu como profissional eu não sabia das vinte e nove [...] eu faço PICS e não sabia. Eu não sabia que o Reiki poderia aplicar no sistema único de saúde, [...], então pra mim eu tava fazendo ali por conta própria, [...] eu tava fazendo alguma coisa que não era de acordo as diretrizes as normativas e tal. [Ent. 6]

As RS dos trabalhadores de APS contidas nessas narrativas, reportam que o termo PICS muitas vezes é desconhecido pela equipe de trabalhadores de saúde e usuários do SUS, todavia, algumas práticas específicas são conhecidas por já terem sido vivenciadas a exemplo das ventosas, a auriculoterapia, dança circular, a fitoterapia com os chás e seus banho.

No que se refere a finalidade do uso das PICS, observamos a negação da utilização dessas PICS para fins de tratamento e de cura de doenças, sejam elas físicas e/ou emocionais, como o estresse e a ansiedade, revelando que o fazer saúde se ancoram nos paradigmas da medicina científica baseada em evidencias.

Posto isto, notamos que o trabalhador de saúde desconhecia a inclusão do Reiki na PNPIC, e sua prática terapêutica era realizada de forma individual e sem o conhecimento da equipe em virtude do preconceito sobre as PICS bioenergéticas por parte dos outros colegas de trabalho.

Segundo Gontijo e Nunes (2017) a visão preconceituosa sobre as PICS e o não reconhecimento de suas contribuições no processo do adoecimento e cura, gera desinteresse sobre tais práticas, gerando dificuldades nas relações entre médico, usuários e trabalhadores praticantes dessas especialidades.

A desvalorização das PICS desencoraja e cria barreiras de ampliação por aqueles que utilizam as PICS como recursos. Dessa forma, compreendemos que as RS sinalizam a falta de conhecimento dos trabalhadores de APS, em especial os médicos e enfermeiros, se configurando como um entrave na ampliação da implementação e do acesso dos usuários às PICS.

Destarte, as limitações da implementação das PICS na APS estão relacionadas ao desconhecimento tanto dos trabalhadores de saúde quanto dos usuários. Por parte dos trabalhadores de saúde, envolve a desinformação sobre quais são as PICS e os seus benefícios, por parte dos usuários, a falta de conhecimento permeia a visão restrita dos serviços do SUS, da assistência ofertada pela equipe multiprofissional, como observado nas falas a seguir.

eu chegar pra um paciente no consultório e dizer a ela que eu só vou usar a aromaterapia para tratar a coluna dela, talvez ela me olhe e fale assim “oxe, estou com

dor na coluna vai colocar um cheiro, um negócio para cheirar?” Então eu acho que ainda não tem esse reconhecimento para os pacientes” [Ent. 1]

eles acham que só o remédio do médico eles vão melhorar, vão ficar bem [...] os pacientes só confiam mais na medicação de farmácia, que tomou, ficou bom e acabou, não é chegar e ir ali plantar, colher aquela medicação, aquelas folhas pra chá que não vai ter mal nenhum. [Ent.3]

eu tenho um público que não tem informação de muita coisa, e um público que muitas vezes só confia no remédio, na medicação, ou então na palavra do médico, e ai acaba ele só vindo para o posto mesmo trocar receita. [Ent.7]

No estudo de Fontanella, Ricas e Turato (2008) a média de conhecimento geral das terapias entre os usuários do SUS foi calculada em 32,42%. Mais recentemente, Paiva *et al.* (2019) observaram que todos os participantes do seu estudo afirmaram conhecer as PICS e que as utilizam por acredita ser um tratamento mais natural e apresentar poucos efeitos adversos. Tais divergências entre estudos pode ser justificada pelo ano de publicação, o que nos revela o crescimento nos últimos anos do conhecimento sobre as PICS.

A partir do conteúdo acessado dos discursos, para os trabalhadores de saúde é necessário se investir em estratégias de ampliação do conhecimento do pluralismo terapêutico das PICS e suas possibilidades de atuação na APS, envolvendo trabalhadores, usuários e gestores na busca por formação e ampliação do olhar sobre a saúde.

As RS dos trabalhadores de saúde da APS frente aos limites e facilidades vivenciados no cotidiano de trabalho apontaram sentimentos positivos na perspectiva sobre a utilização das PICS. Vejamos os discursos a seguir:

Então a minha perspectiva é que as pessoas enxerguem, venham enxergar as PICS, as práticas como algo que vai utilizar nesse processo. A minha perspectiva hoje é que a PICS venha para ficar mesmo por dentro da Unidade Básica de Saúde, que ela volte a ser utilizada como era utilizada antes pelos nossos antepassados né?. [Ent.1]

A minha expectativa é que a gente possa abrir a boca e conversar com o paciente, orientar os pacientes, ter rodas de conversas, e eles entenderem que não é só medicação que faz a saúde. [Ent. 2]

se realmente for em grande escala, se tiver uma atenção maior, eu acho que o bem-estar da comunidade vai ser mais constante, não vai ter muita demanda pra doenças. [Ent. 10]

Eu acho que é um momento de inserção, de crescimento, cabe a nós trabalhadores que somos aplicadores dessas práticas estarmos assim empenhados [...] fazer virar não só complementar, mas virar principal. [Ent.11]

As RS manifestadas nas narrativas, mostram que os sentimentos sobre as PICS são de otimismo frente ao resgate das práticas tradicionais, a ampliação do conhecimento e uma mudança do olhar para a valorização das PICS pelos trabalhadores de saúde da APS e usuários.

As RS apreendidas revelam a perspectiva de mudança do fluxo da doença para a terapia, possibilitando autonomia das PICS na assistência ao usuário como prática alternativa, não ficando apenas restrito a uma prática complementar da biomedicina.

As RS sobre as PICS expressadas pelos trabalhadores de saúde da APS geram sentimentos positivos, demonstram boas expectativas com a ampliação da oferta dessas práticas, compreendendo que a ampliação do acesso das PICS irá favorecer a população, melhorando a qualidade de vida, bem-estar, saúde, educação e a prevenção de doenças.

Para isso, o imaginário coletivo reflete a percepção do trabalhador de saúde como fundamental no processo de implementação das PICS na APS, portanto, esses são corresponsáveis pelas mudanças necessárias que se refletem no cotidiano de trabalho, devendo haver empenho por parte destes para atuar continuamente e de inserir as PICS na rotina de trabalho.

As análises léxicais da árvore da similitude e do conteúdo latente dos discursos sobre as estruturas das USF também revelaram limites, facilidades e perspectivas para a utilização das PICS pelos trabalhadores de saúde da APS.

Para Bousquat *et al.* (2017), a estrutura da USF constitui-se em instrumentos, recursos materiais e humanos e o contexto físico e organizacional no qual são realizadas as ações de saúde. Estruturas adequadas contribuem para o desenvolvimento dos processos de cuidado, influenciam seus resultados e são essenciais para a melhoria e qualidade da prestação dos serviços.

Posto isto, observamos no recorte da árvore da similitude uma forte conexão entre o léxico “médico”, “sala”, “espaço” e “limitação”, que se destacam a partir da espessura do grafo, representando intensidade de conexão e coocorrência lexical. Logo, entendemos que refletem as limitações impostas pela estrutura das USF sobre o uso/indicação das PICS pelos trabalhadores de saúde e a promoção efetiva das PIC no cotidiano de trabalho.

Destarte, as RS dos participantes revelaram que as estrutura física das USF dificultam a realização das PICS na APS, sendo necessário que estes improvisem locais e recursos para que as práticas não convencionais possam acontecer na unidade, tanto pela falta de materiais adequados, quanto pelo espaço físico que não proporciona segurança e privacidade, como podemos conferir nas falas a seguir.

Infelizmente a gente não tem dentro da atenção básica recursos e materiais para utilizar as PICS [...] uma das dificuldades é a falta de espaço físico, a falta de um ambiente preparado, ou seja, eu tenho um ambiente médico, eu tenho uma farmácia, eu tenho uma sala de vacina, eu tenho uma sala de curativo, mas eu não tenho uma sala de práticas integrativas, entende? Como é que eu vou oferecer para ao meu

usuário aquele tratamento, mas eu não tenho recurso preparado para ele, não tenho uma sala preparada para ele, não tenho um ambiente adequado preparado para ele. [Ent.1]

A questão de recursos, materiais, até a questão do espaço físico, o espaço físico não são adequados, questão de sala, as vezes precisa de um ambiente mais seguro né, uma sala né, que não tenha tanta interferência do que está do lado de fora [...] as vezes a gente tem que improvisar. [Ent.2]

Como desvelado nos discursos, o espaço das USF priorizam salas para as especialidades médica, enfermagem, sala de vacina, de curativo, farmácia e reunião, não havendo portanto, espaço físico adequado para as atividade das PICS como a dança circular, a meditação, a massoterapia. De forma semelhante, as limitações são apontadas por Nascimento e Oliveira (2016) nas atividades grupais, identificando precariedade e ausência de recursos materiais e infraestrutura para a realização das atividades.

As representações dos trabalhadores de saúde sinalizam que as limitações para as PICS na APS ocorrem especialmente para algumas práticas como a massoterapia, ventosaterapia e auriculoterapia. Estas práticas encontram entraves maiores diante a falta de recursos materiais, humanos e organizacionais para que elas possam ser executadas.

Dessa maneira, os trabalhadores buscam locais fora das USF para que as PICS possam ser ofertadas, conseqüentemente impactando no acesso dos usuário para essas PICS, como pode ser visto nas falas a seguir:

Essas práticas acontecem porque as meninas do NASF, no caso as ventosas mesmo elas trazem os materiais delas para fazer. [Ent. 5]

Só quem faz é o educador e a fisioterapeuta, [...] até porque na saúde pública, na atenção primária, quem mais tem um cronograma, no caso, tem uma demanda maior é a psicologia e nutrição [...] não sobra nem tempo pra te falar a verdade. [...] você não tem como se virar nos trinta, ou bem você faz atendimento, ou bem você faz uma bolsa família, ou você faz uma sala de espera, o atendimento lá, tanto em coletivo como de forma individual, então, não tem como você fazer tudo, é muito pouco tempo. [Ent.6]

fazer atividade fora da unidade, em uma igreja, na associação, a gente faz né, a gente utiliza muito esses recursos, mas aí acaba também entrando em outras questões, a unidade de saúde é de todos, a associação acaba sendo para associados algumas vezes, a igreja acaba sendo limitada a aquelas pessoas que são católicas, ou que são evangélicas, então eu acho que acaba sendo uma alternativa que não pode deixar de ter, mas acaba se perdendo muito com isso. [Ent. 11]

Como observado no conteúdo dos discursos, as PICS são mais aplicadas pelos fisioterapeutas e trabalhadores de educação física, enfatizando a indisponibilidade no cronograma por parte dos demais trabalhadores para as PICS, visto existir uma priorização da

assistência à saúde voltada ao atendimento individualizado, especializado e tecnicista. Logo, a escassez dos recursos humanos e a estrutura organizacional das USF reduzem a oferta das PICS.

As RS contidas nos discursos dos trabalhadores demonstram que apesar das limitações da estrutura das USF na implementação da PICS, os problemas são minimizados através da estratégia da PNPIC em que prioriza ações das PICS na APS, tanto pela maior capilaridade da atenção básica quanto pela possibilidade de execução das PIC por trabalhadores não médicos, mediante a equipe do NASF.

Segundo Barbosa *et al.* (2020), inserir as PICS na APS é reconhecer o pluralismo terapêutico necessário no manejo complexo do cotidiano das unidades de saúde, desenvolvendo a horizontalidade do cuidado. As RS apreendidas apontam como facilitadores para a implementação das PICS no SUS a priorização na APS e as USF estarem próximas da comunidade, vejamos:

Atuar na atenção básica, um ponto positivo é a questão as vezes de você estar atendendo o paciente ali mais próximo né, são pacientes que estão ali constantemente, as vezes estão disponíveis, aqueles que estão ali sempre na unidade. [Ent. 2]

a questão de ser favorável para a população menos favorecida, [...] então essa pessoa que não tem condições, o SUS tem como está contribuindo, [...] e os pacientes de certa forma são os privilegiados, as pessoas que não tem acesso ao particular, não tem poder aquisitivo, e ali tem a questão do boca-a-boca, [...] e tá perto da sua casa, você mora ali, é perto da sua casa, e eles não tem dinheiro. [Ent. 6]

Eu tenho um público disponível, eu tenho um público que precisa, eu tenho um público que não é orientado[...]a facilidade é essa, de ter esse público e de ter um local e ter a equipe que está aberta pra isso [...] Eu tenho um grupo de usuários que estão loucos por qualquer coisa que eu possa oferecer, eu tenho aquele usuário que vai todos os dias [Ent.7]

As representações dos trabalhadores de saúde da APS sinalizam que as PICS ao serem inseridas na APS encontra um campo fértil para a sua valorização, visto que, ao estarem perto da comunidade, aproxima o usuário da assistência, rompendo as barreiras socioeconômicas, e assim, ampliando o acesso as PICS, enfatizando que, por se tratar de um local público e gratuito, os usuários de menor poder aquisitivo sentem-se mais à vontade para procurar o serviço.

Para os entrevistados, uma outra facilidade na utilização das PICS na APS está no perfil dos usuários, em ter uma equipe multiprofissional para atendê-lo e um local próximo da comunidade, mostrando-se disponíveis para novas intervenções. Soma-se a isso, a divulgação do serviço prestados com as PICS entre os próprios usuários da comunidade também citada como um facilitador na APS.

Portanto, no imaginário coletivo dos trabalhadores de saúde, a facilidade de se atuar com a PICS na APS está no vínculo terapeuta-usuário-comunidade, reflexo do constante contato possibilitado pela proximidade da unidade com a comunidade e do perfil dos usuários, o que tem refletido no crescente interesse pelas PICS. As RS sinalizadas diante os limites e facilidades vivenciados no cotidiano, apontaram sentimentos positivos na perspectiva sobre a utilização das PICS na APS, vejamos a seguir:

O município já tinha um plano de ação, esse plano está tentando se convergir em política, então tá nesse processo de realmente se efetivar uma política municipal, para que a gente possa ter recursos. [Ent.2]

Eu imagino que o usuário em vez de entrar na porta da recepção para solicitar um atendimento médico, ele vai lá para o quiosque, ou ele vai lá para as salinhas deles, cada um com sua terapia, fazer seu momento, e daí sai com aquele sorriso, e não entrar para conversar 5 minutos e pegar um remédio [...] Que venha as terapias complementares, que venha outras terapias. [Ent. 7]

Eu creio que agora vai ter um novo olhar, ter um novo olhar, então minha perspectiva esta bem confiante [...] então eu creio que vai crescer muito, e o boca-a-boca dos próprios pacientes eles vão falando um para o outro. [Ent. 9]

As RS apreendidas dos trabalhadores de saúde reportam sentimentos de confiança na utilização das PICS na APS, com a superação das dificuldades de espaço e recursos materiais, e ampliação da visibilidade através da divulgação das PICS, bem como do apoio da gestão municipal com a efetiva implantação da política municipal para as PICS.

As RS sobre os limites, facilidades e perspectivas sinalizadas pelos trabalhadores de saúde sobre as PICS no contexto da APS são capazes de provocar reflexões sobre a prática diária do fazer saúde e da valorização das práticas não convencionais no SUS, reconhecendo o sentir, o pensar e o agir que permeiam onde as diversas práticas terapêuticas e os espaços de vida cotidiana destes trabalhadores de saúde acontecem.

Essas reflexões possibilitam o alcance à ressignificação de sentido e dimensões atitudinais dos trabalhadores de saúde, constituindo-se em potência para a transformação dos cenários e fortalecimento das PICS no contexto da APS.

## 5. SÍNTESE

---

*“qualquer medicina é parte constituinte de um contexto sócio-histórico específico, exprimindo-o e constituindo-o, ao mesmo tempo, nos aspectos que concernem o adoecer, o recuperar-se ou o morrer humanos” (LUZ, 2012, p. 31).*

As RS sobre as PICS apreendidas no estudo a partir do olhar dos trabalhadores de saúde da APS permitiram refletir sobre o saber-fazer o cotidiano em saúde, compreendendo de que forma as relações sociais, valores culturais, significados e atitudes influenciam nos conceitos e nas práticas em saúde frente ao pluralismo terapêutico das PICS.

A primeira categoria “imaginário coletivo sobre as PICS na concepção dos trabalhadores de saúde da APS” foi delineada a partir dos resultados originados da análise das evocações da TALP, através da nuvem de palavras e da análise prototípica, e das entrevistas, através da análise da similitude e da análise de conteúdo.

Pela análise da nuvem de palavras, as RS apreendidas revelam elementos cognitivos dos trabalhadores de saúde da APS que concebem as PICS como promotora da saúde e bem-estar, em uma perspectiva ampliada sobre o ser humano e o universo que o cerca, a qual compreende as diversas dimensões do indivíduo e a saúde para além da ausência de doença.

A análise prototípica das evocações, possibilitou aproximação com a teoria do núcleo central de Abric (2002), que sinalizou que as RS para o grupo de trabalhadores da APS está estruturada por palavras que têm sentido, valores e percepções em relação à concepção das PICS. O termo “bem-estar” e “saúde”, presentes no núcleo central, se revelaram como elementos de maior representatividade, portanto, o mais importante no esquema de cognição do grupo social pesquisado. Os elementos centrais e periféricos sinalizaram as RS dos trabalhadores de saúde da APS estruturada em elementos que associam as PICS à concepção de saúde integrada ao bem-estar físico, mental e social.

As RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS apreendidas pela análise das evocações convergiram com os achados encontrados nas entrevistas, a partir da análise da árvore máxima da similitude e de conteúdo dos discursos.

A análise da árvore máxima da similitude e de conteúdo revelaram a RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS como práticas terapêuticas que (re)posicionam o usuário como o centro da atenção à saúde, ressignificam o saber-fazer saúde frente ao processo de adoecimento e cura, promovem a escuta acolhedora, a desmedicalização, e estimula o autoconhecimento e autonomia do usuário, além de considerar a espiritualidade inerente à saúde.

Em “pluralismo terapêutico das PICS na APS no cotidiano de trabalho: complementares ou alternativas às práticas biomédicas?” as RS apreendidas expressam que o sistema cultural-simbólico-religioso dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS influenciam comportamentos individuais e coletivos sobre o agir terapêutico, como práticas que podem ser complementares ou alternativas às práticas biomédicas. Desse modo, ao construírem suas

representações sobre as PICS os trabalhadores de saúde da APS buscam ancorá-las em seu próprio sistema de valores e normas, fruto de sua cultura, ideologia, lugar ocupado socialmente e subjetividades.

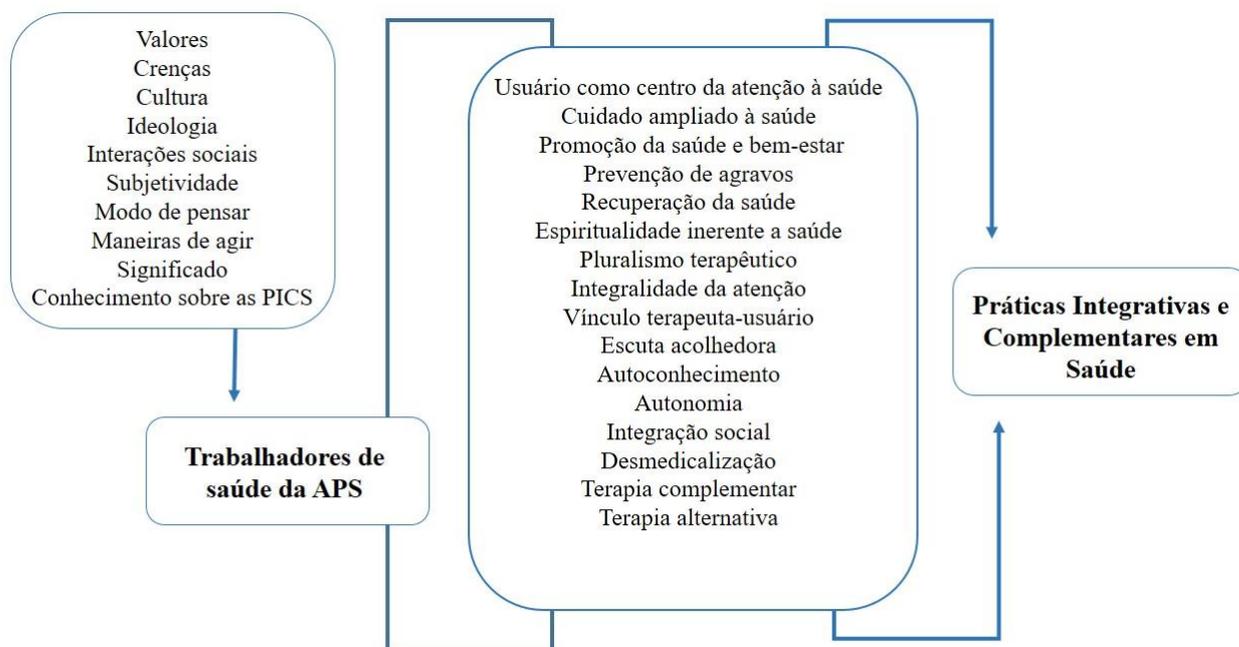
Isso aponta as PICS como um objeto representacional, que no cotidiano resulta em novas atitudes do fazer saúde, que causam estranheza para os trabalhadores da APS cujo agir vincula-se a biomedicina. Logo, as RS apreendidas sobre as PICS como práticas complementares está ancorada nos paradigmas biomédicos, que estabelece a forma como as PICS devem se relacionar com outras modalidades de atenção à saúde e pouco dizem sobre as características das terapias em si, com um afastamento do significado filosófico e dos paradigmas das diversas PICS.

Na terceira categoria “limitações, facilidades e perspectivas para a operacionalização das PICS na APS” foram apontados RS dos trabalhadores de saúde da APS onde as relações são construídas entre os trabalhadores e o espaço onde o cotidiano é vivenciado. Suas RS trouxeram as limitações, facilidades e perspectivas no curso do processo do fazer saúde, que envolvem o cotidiano com a equipe multiprofissional e os médicos, comportamentos inseguros, ruídos na comunicação, problemas das relações de encaminhamento interprofissional, o (des)conhecimento sobre as PICS e a infraestrutura das USF.

Compreendemos que as RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS estão vinculados as estreitas relações do cotidiano, onde o sentir, o pensar e o agir sobre as PICS na APS, revelam conflitos, contradições, encontros e desencontros. Repensar o fazer cotidiano em saúde na APS em interface às RS sobre as PICS, podem provocar mudanças substanciais na realidade social, a partir das transformações na relação dos trabalhadores de saúde com as PICS, bem como de sua relação com a equipe multiprofissional.

A Figura 9, a seguir, sintetiza em um fluxograma explicativo das RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS, apreendidas a partir da triangulação de métodos de análise: análise das evocações da TALP (nuvem de palavras e análise prototípica das evocações), análise de similitude e da análise conteúdo.

Figura 9 - Fluxograma explicativo das representações sociais dos trabalhadores de saúde da Atenção Primária sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde



Fonte: Elaborado pela autora

O fluxograma sinaliza que ao reconhecer, revelar e reafirmar os saberes construídos na prática cotidiana no trilhar pela implementação das PICS na APS, os trabalhadores de saúde ancoram suas RS ao seu próprio sistema de valores, crenças, fruto da sua cultura, ideologia, interações sociais, relações coletivas, conhecimento sobre as PICS e subjetividade, ou seja, reflete seu modo de pensar, sentir e agir frente as PICS na APS.

Deste modo foi revelado que o grupo pesquisado possui movimento e familiaridade frente às PICS. As RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS perpassam por múltiplas dimensões que abarcam: o posicionamento do usuário como centro da atenção à saúde, o cuidado ampliado em saúde, o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde e bem-estar, prevenção de agravos, recuperação da saúde e desmedicalização, proporcionando escuta acolhedora, com o desenvolvimento do vínculo terapeuta-usuário, integração social, autoconhecimento e autonomia do usuário, que considera a espiritualidade inerente à saúde, e se relacionam com a biomedicina como práticas complementares ou alternativas.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

*“Cuidar de si para cuidar do outro, da natureza. Sem este cuidado para consigo não se chega às profundezas da alma. Como chegar às causas da dor e do sofrimento se estamos distantes, fragmentados, dispersos e em diáspora de nosso próprio corpo?” (OLIVEIRA, 2016, p.191).*

Este estudo alcançou o objetivo proposto de compreender as RS dos profissionais de saúde da APS sobre as PICS, percebida pelos sujeitos sociais pesquisados como um fenômeno que abarca múltiplas dimensões do saber-fazer saúde.

As RS apreendidas revelam o imaginário coletivo sobre as PICS como práticas em saúde que estimulam o bem-estar e equilíbrio corpo, mente e espírito para se alcançar a saúde, reconhecendo o agir terapêutico para além do adoecimento, potencializando o autoconhecimento e (re)significando os saberes frente ao processo saúde-doença-cura.

No intuito de transformar o agir terapêutico das PICS em algo familiar, os trabalhadores de saúde da APS constroem conceitos e os manifestam em práticas ancoradas no modelo biomédico hegemônico, que valoriza a medicina baseada em evidências, desconsiderando a intersubjetividade dos sujeitos. No entanto, tais representações apontam para uma forma de atenção à saúde emergente, que conflui em valores essenciais como o resgate da percepção do ser humano em sua totalidade e a busca por outras maneiras de cuidado sob a perspectiva ampliada da saúde.

As RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS estão atreladas às suas percepções sobre o significado de práticas que estimulam a promoção da saúde e bem-estar, revelando uma imagem das PICS enquanto práticas naturais, não medicalizantes, mais humanizadas, que estimulam a interação social, o autoconhecimento e autonomia do usuário. Tal imagem perpassa a subjetividade, práticas sociais dos profissionais de saúde, e a construção de suas representações, influenciando na objetivação do agir terapêutico das PICS na APS.

Compreendemos que a ressignificação do sentir, o pensar e o agir dos trabalhadores de saúde sobre as PICS esteja relacionado ao contexto da APS, campo fértil para a (re)valorização das PICS, nível de atenção cujo o pensar terapêutico é mais holístico.

As RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS frente as relações com o espaço de vida cotidiana, apontaram limitações, facilidades e perspectivas no curso das implementação de práticas não convencionais. Tais RS sinalizaram ruídos na comunicação e encaminhamento interprofissional, em especial entre os médicos e enfermeiros, o (des)conhecimento sobre o pluralismo terapêutico das PICS, além das limitações impostas pelas estruturas das USF. Apesar dessas influências, observamos perspectivas positivas e movimento do trabalhadores de saúde em direção a valorização das PICS e implementação dessas práticas nos espaços da APS.

Nos contextos de interações sociais, os trabalhadores de saúde (re)constroem e (re)significam o modo de pensar, sentir e agir frente as PICS na APS. Assim, compreendemos que tais representações podem ser ressignificadas, a partir do investimento em cientificidade

compartilhada e discutida de forma horizontal, estimulando o pertencimento e valorização das PICS na APS.

Posto isto, sinalizamos que as modificações no campo imaginário das RS podem provocar mudanças substanciais no campo de atuação “da” e “na” realidade social, pois as ações e condutas dos trabalhadores de saúde revelam as representações dos mesmos, e deste modo alcançam possibilidades para a transformação no pensar, sentir e agir sobre as PICS no contexto da APS.

Dessa maneira, investigar as RS dos trabalhadores de saúde sobre as PICS propiciou reconhecer, desvelar e reafirmar os saberes construídos na prática social de trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS. Reconhecer as concepções sobre as PICS, e as limitações, facilidades e perspectivas como práticas terapêuticas na APS, auxiliaram a construção dessas RS para avançarmos no pensar de novos elementos nesse universo que possam ser incorporados, e assim, paulatinamente, ressignificar o agir terapêutico das PICS na APS, e gerar novos modos de produzir saúde, tendo em vista que essas representações direcionam as ações e condutas dos trabalhadores no cotidiano da APS.

Para tal, entendemos que é necessário construir novas rotas a serem trilhadas no sentido de (re)pensar, ressignificar e transformar o fazer cotidiano dos trabalhadores de saúde na APS sobre as PICS, a partir da compreensão de que as relações sociais, formação profissional, condutas, saberes, fazeres e valores culturais influenciam os conceitos e práticas das PICS.

Compreender as RS dos trabalhadores de saúde da APS sobre as PICS possibilitou refletir e elaborar as seguintes propostas, que, se concretizadas, poderão iniciar um processo de ressignificação das RS sobre as PICS e, conseqüentemente, novos modos de produzir saúde na APS.

- a) Desenvolvimento de estratégias de educação permanente em PICS para qualificação dos trabalhadores de saúde da APS.
- b) Ampliar a compreensão dos trabalhadores de saúde sobre o pluralismo terapêutico das PICS, reconhecendo as particularidades, limites e potencialidades das diversas PICS na APS, por meio de palestras, cursos e oficinas.
- c) Promover espaços de escuta qualificada, acolhimento e valorização da subjetividade dos trabalhadores de saúde sobre as PICS na APS.
- d) Divulgação de informação sobre as diversas PICS para trabalhadores de saúde, gestores, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral.

- e) Adequação da infraestrutura das USF com a criação de espaços/salas para utilização das diversas PICS.
- f) Disponibilização de recursos materiais para as USF que possibilitem a realização das diversas PICS pelos trabalhadores de saúde.
- g) Incentivo à inserção das PICS nas USF que ainda não implementaram estas, bem como ampliação das PICS ofertadas nas USF que já tenham iniciado o processo de implementação.

Para atender às necessidades de ampliação dos conhecimentos sobre as PICS dos atuais e futuros trabalhadores de saúde, com vistas à valorização das múltiplas dimensões das PICS na APS, proponho:

- Disponibilizar aos trabalhadores de saúde da APS do município de Feira de Santana uma oficina para discussão dos aspectos que permeiam o pluralismo terapêutico das PICS no contexto da APS.
- Apresentar e disponibilizar os dados desse estudo ao Conselho Municipal de Saúde do município.
- Discutir os dados deste estudo em universidades estaduais e federais, congressos e revistas científicas.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, J.L.N. **O Corpo, a doença e a saúde: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII**. Orientador: Adriana Romeiro. 2006. 302 f. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- ABRIC, J. C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: OLIVEIRA, D. C; MOREIRA, A. S. P. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2002.
- ABRIC, J. C. **Prácticas sociales y representaciones**. 3.ed. México: Ediciones Coyoacn, 2013.
- AGARWAL, V. Breaking Boundaries: Complementary and Alternative Medicine Provider Framing of Preventive Care. **Qualitative Health Research**, p.1-12, 2017.
- AGUIAR, J.; KANAN, L.A.; MASIERO, A.V. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1205-1218, 2019.
- ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014. 898 p.
- ALMEIDA, J.R.S. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Revista da ABENO*, v.16, n.2, p.7-15, 2016.
- AMADO, D.M.; ROCHA, P.R.S.; UGARTE, O.A.; FERRAZ, C.C.; LIMA, M.C.; CARVALHO, F.F.B. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. **J Manag Prim Heal Care**, v. 8, n.2, p. 290-308, 2017.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed, São Paulo: Hucitec, 2012, p.783- 836.
- ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde Soc.**, v.19, n.3, p.497-508, 2010.
- AZEVEDO, C.; MOURA, C.C.; CORRÊA, H.P.; MATA, L.R.F.; CHAVES, É.C.L.; CHIANCA, T.C.M. Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial. **Esc. Anna Nery**, v.23, n.2, p. 1-9, 2019.
- BAHIA. Governo do estado. Secretaria da saúde. Bahia, 2020. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/PEPICS-Bahia-2020-Politica-Praticas-Integrativas.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BARBOSA, F.E.S.; GUIMARÃES, M.B.L.; SANTOS, C.R.; BEZERRA, A.F.B.; TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.36, p.1-13, 2020.

BENCHIMOL, J.L. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.2, p.265-292, 2000.

BEZERRA, I.M.P.; SORPRESO. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J Hum Growth Dev**, v.26, n.1, p.11-16, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Diário oficial da União: Brasília, Ministério da Saúde, [2012]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, [24 maio 2016]. Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_implantacao\\_servicos\\_pics.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf). Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 5 mai. 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Núcleo Ampliado à saúde da família**. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf> >. Acesso em: 5 mai. 2021c.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da saúde, [1990]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001**. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, [2011]. 16 p. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Decreto-n%C2%BA-7.508-de-28-de-Junho-de-2011.pdf>. Acesso em: 02 abr 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, [2017]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html). Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, [2018b]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html). Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS**. Brasília: Ministério da saúde, [2021d]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf) . Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Ministério da saúde, [1986]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf) . Acesso em: 05 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: Atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, [2015]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf). Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, [2006]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. **Relatório sobre intolerância e violência religiosa no Brasil (2011- 2015): resultados preliminares**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2016b.

BRASIL. Senado Federal. Casa Civil. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/constituicaoafederalde88.pdf> . Acesso em: 12 abr. 2021

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.8, p. 1-15, 2017.

BRANDENBURG, O.J.; WEBER, L.N.D. Autoconhecimento e liberdade no behaviorismo radical. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 87-92, 2005.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017.

CARVALHO, J.E.C. As Representações Sociais e o Conhecimento do Cotidiano: uma crítica metodológica a partir da Filosofia da Linguagem. **Rev. Neurociências**, v. 13, n.3, p.145-151, 2005.

CARVALHO, A.I.; BUSS, P.M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 121-142.

CARVALHO, J.L.S.; NÓBREGA, M.P.S.S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n.4, p.1-9, 2017.

CASTRO, R.V. Prefácio. In: ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais:50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014.

CECCIN,R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Comunic Saúde Educ**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

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.

COSTA, N.N.G.; FREITAS, C.A.P. YOGA como prática integrativa e complementar na assistência a saúde mental em mulheres de um município no interior da Bahia. In: **8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, João Pessoa, 2019.

COSTA, N.N.G.; BARRETO, R.S.; SERVO, M.L.S.; RIBEIRO, A.M.V.B. Interdisciplinariedade em saúde: aspectos teóricos, conceituais e práticos. In: RIBEIRO, A.M.V.B.; SERVO, M.L.S.; BARRETO, R.S. (org.). **Diálogos interdisciplinares em saúde**. Curitiba: CRV, 2021, p. 11-22.

COSTA, N.N.G.; BRITO, L. P.; BARRETO, R.S.; SERVO, M.L.S. A percepção de usuários do SUS sobre as práticas integrativas e complementares em saúde: uma análise netnográfica. **Revista stricto sensu**, v. 06, p. 56-68, 2021.

CISNEIROS, V. G. F. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde e comunitários em relação à terapia comunitária na estratégia saúde da família. **Rev APS**. v. 15, n.4, p.468-478, 2012.

CRUZ, M.M. Concepções de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: OLIVEIRA, R.G.; GABROIS, V.; MENDES JUNIOR, W.V. (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p.21-34.

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

DALMOLIN, I.S.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária: desvelando a promoção da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.28, p. 1-10, 2020.

DANTAS, L.R.O. Conhecimento de profissionais de saúde sobre práticas integrativas e complementares em saúde. **Revista Educação em Saúde**, v.8, n.2, p.77-82, 2020.

DANTAS, R. A. A trajetória de médicos e barbeiros no Rio de Janeiro da segunda metade do século XIX. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.1043-1050, jul./set. 2015.

DUVEEN, G. Introdução: o poder das ideias. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. 404 p. Título original: Social representations: explorations in social psychology. ISBN 978-85-326-2896-1

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 323-364.

ESMERALDO, G.R.O.V.; OLIVEIRA, L.C.; ESMERALDO FILHO, C.D.; QUEIROZ, D.M. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**, v.20, p.98-106, 2017.

FARÃO, E.M.D.; PENNA, C.M.M. As necessidades em saúde de usuários e sua interação com a atenção primária. **Rev Min Enferm.**, v.24, 2020.

FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J. A.; ALMEIDA-FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.59-78, jan./mar. 2021.

FERNANDES, N. V. E. A raiz do pensamento colonial na intolerância religiosa contra religiões de matriz africana. **Revista Calundu**. Vol. 1, p. 117-136, 2017.

FERREIRA, L. *et al.*. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019.

FIGUEIREDO, B.G. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 59-73, 2005.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 173-186.

- FLEURY, S; MAFORT, A. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella *et al.* (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 01-41.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, 2008.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed., São Paulo: Atlas, 2008.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493- 545.
- GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.
- GOMES, R Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C. de S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 79-108.
- GONÇALVES, B. O. **Política nacional de práticas integrativas e complementares 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.
- GONTIJO, M.B.A.; NUNES, M.F. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15, p. 301-320, 2017.
- HABIMORAD, P.H.L *et al.* Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.2, p.395-405, 2020.
- HAMILTON, K.; MARIETTI, V. A qualitative investigation of psychologists' perceptions of complementary and alternative medicine use in clinical practice. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, p.105-110, 2017.
- IRINEU, L.M *et al.* Abordagem discursiva das representações sociais: apontamentos teóricos. In: MISSIAS-MOREIRA, R *et al.* (org). **Representações sociais na contemporaneidade**. v.4. Curitiba: Editora CRV, 2020, p. 77-88.
- ISCHKANIAN, P.C.; PELICIONI, M.C.F. Desafios das práticas integrativas e complementares no sus visando a promoção da saúde. **Rev Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 22, n.1, p. 233-238, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Feira de Santana**. Panorama. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>. Acesso em: 2 mai. 2021a.

LIMA, C.A. *et al.* Práticas integrativas e complementares: utilização por agentes comunitários de saúde no autocuidado. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, p.2842-2848, 2018.

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**, v.18, n. 49, 2013.

LIMA, C.A.B.; LIMA, A.R.A.; MENDONÇA, C.V.; LOPES, C.V.; HECKA, R.M. O uso das plantas medicinais e o papel da fé no cuidado familiar. **Rev Gaúcha Enferm**, v.37, p. 1-10, 2016.

JODELET, D. A fecundidade múltipla da obra “a psicanálise, sua imagem e seu público”. In: ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais:50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014, p.262-297.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ. 2001.

KUREBAYASHI, L.F.S.; TURRINI, R.N.T.; SOUZA, T.P.B.; TAKIGUCHI, R.S.; KUBA, G.; NAGUMO, M.T. Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.24, p. 1-8, 2016.

LOBATO, L.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L; LOBATO, L; NORONHA, J; CARVALHO, A (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 89-119.

LOYOLA, C.M.D. Cuidado continuado. In: GIOVANELLA, L. et. al (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 959-978.

LUDKE, M. ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2013.

LUZ, M. T.; WENCESLAU, L. D. A medicina antropológica como racionalidade médica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: CEPESC.IMS.UERJ.ABRASCO, 2012, p.185-216.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade moderna**. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2019.

MADEIRA, M.C.; TURA, M.L.;TURA, L.F.R. Refletindo sobre as políticas sociais: a contribuição da Teoria das Representações Sociais. In: COUTINHO, M.P.L. *et al.* (org). **Representações Sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária, 2003, p. 108-119.

MAGALHÃES, S. M. Batalha contra o charlatanismo: institucionalização da medicina científica na província de Goiás. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.1095-1109, out./dez. 2011.

MARTINS, S.R.; PEREIRA, F.W.; ACOSTA, D.F.; AMORIM, C.B. Representações sociais de trabalhadores de saúde acerca das plantas medicinais. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 33, n.2, p. 289-99, 2017.

MARTINS, P.H. As outras medicinas e o paradigma energético. In: LUZ, M. T.; MARROS, N.F. (org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012, p. 309-342.

MATTOS, G.; CAMARGO, A.; SOUSA, C.A.; ZENI, A.L.B. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.11, p. 3735-3744, 2018.

MILDER, L.M.C.; LIMA, C.P. Práticas integrativas e complementares no ocidente: uma proposta ead para qualificação de trabalhadores de área de saúde. **Cad. da Esc. de Saúde**, v. 17, n.2, p.4-19, 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C. de S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C. de S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p.9-29.

MINAYO, M.C. de S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

MINAYO, M. C. S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias**. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MIRANDA, C.A.C. **A arte de curar nos tempos da colônia limites e espaços da cura**. 3. ed. rev. ampl. e atual. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2017.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Tradução: Sonia Fuhrmann. Petrópolis: Vozes, 2012. 456 p. Título original: La psychanalyse, son image et son public. ISBN 978-85-326-4300-1

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. 404 p. Título original: Social representations: explorations in social psychology.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C.J.G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.2, p.361-7, 2012.

NAGAI, S.C. **Terapias complementares e alternativas no processo de cuidar: análise das representações sociais dos trabalhadores de rede pública de saúde do município de**

**Campinas.** Orientador: Marcos de Souza Queiroz. 2005. 231 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

NASCIMENTO, N.V.M.; OLIVEIRA, I.F. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estudos de Psicologia**, v.21, n.3, p. 272-281, 2016.

NCCIH. National Center for Complementary and Integrative Health. **Exploring the Science of Complementary and Integrative Health**. Strategic Plan, 2016.

NOBREGA, S.M; COUTINHO, M.P.L. O teste de Associação Livre de palavras. In: COUTINHO, M.P.L *et al.* (org). **Representações Sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: editora universitária/UFPB, 2003. p. 67-77.

OLINO, L. *et al.* Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, 2019.

OLIVEIRA, D.C. A teoria das representações sociais como grade de leitura da saúde e doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais:50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014. p. 774-829.

OLIVEIRA, I.D. Terapias integrativas: a abordagem transpessoal. In: ECCO, C.; QUICENO, J.M.; QUADROS, E.G.; SIGNATES, L. (org.). **Religião, Saúde e Terapias integrativas**. Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, 2016, p. 185-196

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J.R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n.3, p. 469-476, 2012.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v.66, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C.; GOMES, M. T.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Análise de evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUÍNO, J.C.; NÓBREGA, S.M. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005, p. 573- 603.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Who global report on traditional and complementary medicine 2019**. Geneva: World Health Organization, [2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 dez. 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaration of Alma-Ata. **International Conference on Primary Health Care**. USSR: Alma Ata, [1978]. Disponível em: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf). Acesso em: 16 abr 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Medicinas tradicionais, complementares e integrativas**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas>. Acesso em: 07 abr. 2021.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et. al (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 459- 491.

PAIVA, S.M.P.; MANFRINI, R.M.; SILVA, N.M.; MIRANDA, D.M.S.; MONTEIRO, F.K.C. Avaliação do uso das práticas integrativas e complementares em saúde por parte da população de juiz-forana. **Health and pharmacy**, v.1, n.4, p.32-45, 2019.

PIMENTA, T.S. Curandeiro, parteira e sangrador: ofícios de cura no início do oitocentos na corte imperial. **Revista de História da Ciência**, n.6, p.59-64, 2018.

PINTO, I. C. DE M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; BAPTISTA, T.V. DE F. Ciclo de uma política pública: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p.69-81.

PORTO, C.M. **Difusão e cultura científica**: alguns recortes. Salvador: Edufba, 2009.

PRODANOVE,C.C.; FREITAS, E.C. **Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2.ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PUN,J;CHOR,W; ZHONG, L. Delivery of patient-centered care in complementary medicine: Insights and evidence from the Chinese medical practitioners and patients in primary care consultations in Hong Kong. **Complement Ther Med**, p. 198-204, 2019.

QUEIROZ, M. S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de trabalhadores de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 363-375, 2000.

RATINAUD, P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, 2009. **Computer software**. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>. Acesso em: 20 maio. 2021.

REIS, A. A. C. Saúde, terapias integrativas e espiritualidade: uma visão ampliada da medicina e do cuidado integral à saúde. In: ECCO, C.; QUICENO, J.M.; QUADROS, E.G.; SIGNATES, L. (org.). **Religião, Saúde e Terapias integrativas**. Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, 2016, p. 11-44.

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. (org). **Representações Sociais na Contemporaneidade**. Curitiba: CRV, 2019. p. 45-56.

ROWLANDS, S.; CALLEN, J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital based multidisciplinary lung cancer team. **Eur J Cancer Care**, v. 22, n. 1, p. 20-31, 2013.

SÁ, C. P. **Núcleo central das Representações Sociais**. Petrópolis: Editora vozes. 2002.

SAITO, D.Y.T.; ZOBOLI, E.L.C.P.; SCHVEITZER, M.C.; MAEDA, S.T. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, p. 175-83, 2013.

SAMARA, A.M. *et al.* Use and acceptance of complementary and alternative medicine among medical students: a cross sectional study from Palestine. **BMC Complementary and alternative medicine**, p.1-11, 2019.

SANTANA, T.S.; SERVO, M.L.S.; BORGES, R.B.V. Representações Sociais do enfermeiro sobre o estresse no processo de trabalho de supervisão hospitalar em unidade de emergência. In: MISSIAS-MOREIRA, R.; FREITAS, V.L.C.; COLLARES-DA-ROCHA, J.C.C. (org). **Representações Sociais na contemporaneidade**. Curitiba: CRV; 2019.

SARTUNINO, M.N.G. Modos de ver e de fazer: saúde, doença e cuidado em unidades familiares de feirantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.5, p.1723-1732, 2019.

SERVO, M.L.S. **Supervisão em Enfermagem**: o (re)velado de uma práxis. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2001.

SIGNATES, I. As curas espirituais como problema da ciência das religiões. In: ECCO, C.; QUICENO, J.M.; QUADROS, E.G.; SIGNATES, L (org.). **Religião, Saúde e Terapias integrativas**. Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, 2016, p. 167-184.

SILVA, I.J. *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado em enfermagem. *Ver. Esc. Enferm. USP*, v.43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SILVA, T.L.S.; ROSAL, L.F.; MONTÃO, D.P.; OLIVEIRA, M.F.S.; BATISTA, R.F. Conhecimentos sobre plantas medicinais de comunidades tradicionais em viseu/pará: valorização e conservação. **Revista Brasileira de Agroecologia**, v.14, n. 3, p. 71-83, 2019.

SHARP, D. *et al.* ‘Trying to put a square peg into a round hole’: a qualitative study of healthcare professionals’ views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v.18, n. 290, p. 1-14, 2018.

SILVA, M.C.R. Representações sociais nos processos de saúde-doença: um estudo sob a percepção das crianças, adolescentes e dos familiares. In: **XII congresso nacional de educação – EDUCERE**. 2015. Disponível em: [https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/17250\\_10367.pdf](https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/17250_10367.pdf). Acesso em: 05 abr. 2021.

SILVA, P.H.B. *et al.* Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores de Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.2, p. 399-408, 2021.

SILVA, C. A. S.; FERREIRA, M. A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 98-105, 2012.

SOUSA, L. A.; BARROS, N. F. Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde: avanços e desafios. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-2, 2018.

SOUSA, I.C.; GUIMARÃES, M.B.; GALLEGOS-PERES, D.F. **Experiências e reflexões sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas em sistemas de saúde nas Américas**. ObservaPICS. Recife: Fiocruz, 2021.

SOUZA, D. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 137, p. 174-191, 2020.

SOUZA, I.M.C.; VIEIRA, A.L.S. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciencia & Saúde Coletiva**, p. 255-266, 2005.

SOUZA, M.C. Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n.2, p.139-148, 2014.

SPINK, M.J.P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cad. Saúde Públ.**, v.9, n.3, p. 300-308, 1993.

STALIANO, P. *et al.* Representações Sociais de saúde e doença: revisão de literatura. In: MISSIAS-MOREIRA, R.; FREITAS, V.L.C.; COLLARES-DA-ROCHA, J.C.C. (org.). **Representações sociais na contemporaneidade**. v.1, Curitiba: Editora CRV, 2019, p.183-202.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. 726p.

TEIXEIRA, M.Z. Antropologia Médica Vitalista: uma ampliação ao entendimento do processo de adoecimento humano. **Rev Med**, São Paulo, v.96, n.3, p. 145-58, 2017.

TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, 2016.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 174-188, 2018.

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 8, n. 5, p. 914-20, 2008.

TESSER, C.D.; DALLEGRAVE, D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.9, p.1-14 2020.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares em saúde (I): aproximação fundamental. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.15, n. 42, p. 1-12, 2020.

THIAGO, S.C.S.; TESSER, C.D. Terapias complementares: percepção de profissionais ESF. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.2, p.249-57, 2011.

TONIOL, Rodrigo. **Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil**. 2015. Tese (Doutorado) - Programa de Pós- Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

TOMÉ, A.M.; FORMIGA, N.S. Abordagens teóricas e o uso da análise de conteúdo como instrumento metodológico em representações sociais. **Rev. Psicol Saúde e Debate**, v. 6, n. 2, p. 97-117, 2020.

VANZ,S.; STALIANO,P.; ANDREATTA, L.B. Saúde e doença: um estudo sobre as representações sociais e pacientes com doenças crônicas internados em um hospital universitário. In: MISSIAS-MOREIRA, R *et al.* (org.).**Representações sociais na contemporaneidade**. v.4. Curitiba:Editora CRV, 2020, p.129-144.

VIANA, A.L; WARGAS, T. Análise de Políticas de Saúde. In GIOVANELLA, L; LOBATO, L; NORONHA, J; CARVALHO, A. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 59-87.

VIEIRA-DA-SILVA, L.; ALMEIDA, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 217-226, 2009.

VIOTTI, A.C.C. **As práticas e os saberes médicos no brasil colonial (1677-1808)**. Orientador: Jean Marcel Carvalho França. 2012. 179 f. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista, Franca, 2012.

WACHELKE, J.F.R.; CAMARGO, B.V. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. **R. interam. Psicol.**, v.41, n.2,p. 379-390, 2007.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. **Psic. Teor. e Pesq.**, v. 27, n. 4, p. 521-526, 2011.

WITTER, N.A. Curar como Arte e Ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. **Tempo**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 13-25, 2005.

WOLTER, R.M.C.P. Serge Moscovici: um pensador do social. In: ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais:50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.



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

**APÊNDICE A - ROTEIRO DA TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO DE LIVRE PALAVRAS**

**Título da Pesquisa:** Representações sociais dos trabalhadores de saúde da Atenção Primária sobre às Práticas Integrativas e Complementares em um município do interior da Bahia.

**Pesquisadora responsável:** Natalí Nascimento Gonçalves Costa

**Pesquisadora colaboradora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Lúcia Silva Servo

TALP (nº)	Código do Entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/2021

**TERMO INDUTOR: “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”**

PARTE 1 – EVOCAR cinco (5) palavras /expressões sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

---



---



---



---



---

PARTE 2 – ORDENAR de forma crescente o que considera o mais importante para o menos importante.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_



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

**APÊNDICE B - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

**Título da Pesquisa:** Representações sociais dos trabalhadores de saúde da Atenção Primária sobre às Práticas Integrativas e Complementares em um município do interior da Bahia.

**Pesquisadora responsável:** Natalí Nascimento Gonçalves Costa

**Pesquisadora colaboradora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia Silva Servo

Entrevista (nº)	Código do Entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/2021

**Parte 1- Caracterização dos participantes do estudo**

Gênero: \_\_\_\_\_ Idade : \_\_\_\_\_ Estado Conjugal: \_\_\_\_\_

Prática Espiritual/religião \_\_\_\_\_

Formação/ Função: \_\_\_\_\_ Tempo de graduação: \_\_\_\_\_ Tempo de atuação na APS: \_\_\_\_\_

Pós-graduação/formação complementar: \_\_\_\_\_

Formação em PICS: ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual (is) e por que buscou essa (s) formação (s)? \_\_\_\_\_

Atuação com PICS na APS: ( ) Sim ( ) Não Qual(is): \_\_\_\_\_

Na sua formação acadêmica houve abordagem às PICS? ( ) Sim ( ) Não Qual(is): \_\_\_\_\_

**Parte 2 –Representações sociais dos trabalhadores de Saúde da APS sobre as PICS**

- 1 Percepção sobre as PICS como prática terapêutica na APS
- 2 Experiência no cotidiano de trabalho e a prática terapêutica com PICS
- 3 Limitações, facilidades e perspectivas para o uso/indicação das PICS na APS



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

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE**  
Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012

Eu, Natalí Nascimento Gonçalves Costa, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA”, sob orientação da Prof. Dra. Maria Lúcia Silva Servo. O objetivo deste estudo é compreender como se revelam as representações sociais dos trabalhadores de saúde que atuam na atenção primária à saúde (APS) sobre às Práticas Integrativas e Complementares (PICS). Assim, estamos convidando você a participar, de forma voluntária, deste estudo, que pretende contribuir na reflexão das práticas em saúde com vista à produção do cuidado através das PICS. Caso você concorde em participar, irá responder à algumas perguntas. A entrevista será individual e agendada de acordo com o dia e horário de sua disponibilidade e realizada através de recurso virtual, o Google Meet, um sistema gratuito de comunicação por vídeo e de fácil acesso, através de um link que será disponibilizado por e-mail ou whatsapp, que você poderá acessar pela Web ou por meio do aplicativo Android ou iOS, a fim de preservar a sua segurança e respeitar o distanciamento social, além de 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 e a segurança e proteção dos seus dados é conferida com chamadas criptografadas entre todos os usuário do Google Meet. Caso você autorize, utilizaremos um aparelho gravador de áudio para a gravação da entrevista, sendo posteriormente transcrita para elaboração da pesquisa. Lhe é garantido a escuta da mesma, 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 benefícios da pesquisa consistem na possibilidade de aumentar a produção de conhecimento na temática abordada e oferece a oportunidade de uma escuta sobre sua experiência. 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 Feira de Santana-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/colaboradora, no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), por um período de cinco (5) anos, e posteriormente, serão destruídos. Garantimos que você receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes desta pesquisa, previstos ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa, você terá direito à indenização. Se vier a ter gasto causado pela pesquisa, você será ressarcido pelo mesmo, caso seja comprovado. No momento que você tiver necessidade de esclarecimento de dúvidas ou desistência da pesquisa, a pesquisadora responsável pode ser encontrada no NUPISC localizado no Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, no VI Módulo da Universidade Estadual de Feira de Santana, Av. Transnordestina, s/n°, bairro Novo Horizonte, Feira de Santana, CEP: 44036-900 tel.: (75) 3161-8162. Em caso de dúvidas adicionais relacionadas aos aspectos éticos da pesquisa, o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) estará à disposição, no horário das 13:30h às 17:30h, no módulo I, na sala MA17, localizado na UEFS, Av. Transnordestina, s/n°, bairro Novo Horizonte, Feira de Santana, CEP: 44.031-460, ou pelo telefone (75) 3161-8124, ou ainda pelo endereço eletrônico: cep@uefs.br. 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 será enviado automaticamente por e-mail e ficará com você em seus arquivos e a outra via com a pesquisadora responsável.

Prof. Dra. Maria Lúcia Silva Servo  
Pesquisadora Colaboradora

Natalí Nascimento Gonçalves Costa.  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

Universidade Estadual de Feira de Santana, Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, NUPISC,  
Contato: (75) 3161-8162

Feira de Santana, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021