

As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica

Maria Valquíria Nogueira do Nascimento. Universidade Federal de Campina Grande.
Isabel Fernandes de Oliveira. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo discutir a inserção das Práticas Integrativas e Complementares Grupais nos serviços de saúde da atenção básica. Para tanto, foram realizadas seis entrevistas e duas rodas de conversa, totalizando a participação de 57 profissionais nas referidas práticas. Dos 66 equipamentos contactados, 37 realizavam alguma ação integrativa ou complementar de natureza coletiva, com 15 modalidades de PIC's grupais diferentes, a saber: relaxamento, meditação e yoga, tai chi chuan, grupos de suporte mútuo, cuidadores de Alzheimer, tenda do conto, grupo de prosa com mulheres, grupo de bordadeiras, grupo de idosos, grupo de caminhadas, grupo de terapia e arte, grupos de contação de histórias, terapia comunitária e teatro do oprimido. As PIC's grupais favorecem abordagens mais complexas sobre o processo saúde-doença e abrem o campo explicativo para os outros paradigmas distintos da biomedicina.

Palavras-chave: práticas integrativas e complementares; grupo; serviços de saúde.

Abstract

Group complementary and integrative practices and their insertion within basic attention health services. The present study aims to discuss the insertion of Group Complementary and Integrative Practices within basic attention health services. For this purpose, six interviews and two chat sessions were performed, comprehending the participation of 57 male and female workers, performing integrative and complementary practices. From the 66 basic attention equipment contacted, 37 performed some collective complementary and integrative actions, with 15 modes of different group CIPs, such as: relaxation, meditation and yoga, tai chi chuan groups, caretakers for Alzheimer, tale tent, women chat group, embroiders` group, senior people group, walking group, therapy and arts group, storytelling groups, community therapy and theatre of the oppressed. The group PIC's favour more complex approaches concerning the health-disease process and open the explaining field for other distinct paradigms in biomedicine.

Keywords: complementary and integrative practices; group; health services.

Resumen

Las prácticas integrativas y complementares grupales y su inserción en los servicios de atención primaria en salud, Esta investigación tuvo como objetivo estudiar la inserción de las Prácticas Integrativas y Complementares Grupales en los servicios de salud de atención primaria. Por lo tanto, realizamos seis entrevistas y dos ruedas de conversación, totalizando la participación de 57 profesionales envueltos en las referidas prácticas. De los 66 servicios contactados, 37 realizaban acciones integrativas y complementares de carácter colectivo, con 15 diferentes intervenciones en PIC's, a saber: relajación, meditación, yoga, tai chi chuan, grupos de apoyo mutuo, tienda de cuentos, cuidadores historia de Alzheimer, grupo de conversación con mujeres, grupo de bordadoras, grupo de mayores de edad, grupo de caminadas, terapia y arte, grupos de contar historias, terapia comunitaria y teatro del oprimido. Las PIC's de grupo favorecen enfoques más complejos del proceso salud-enfermedad y abren el campo para explicar otros paradigmas distintos de la biomedicina.

Palabras clave: PIC's grupales; grupo; servicios de salud.

Gradativamente, fruto dos avanços e transformações dos conhecimentos, os discursos sobre a saúde e a doença organizaram-se cientificamente e passaram a representar o saber legítimo e oficial, sem considerar os saberes gestados na cultura popular. Desse modo, em nome da superioridade dos conhecimentos sistemáticos, produzidos e apreendidos na academia, ao profissional de saúde caberia a competência e autoridade para decidir o que é normal e o que é patológico.

Dentre os motivos que explicam o status e a influência dos profissionais de saúde em nossa sociedade, identificamos o advento progressivo do saber produzido pela Medicina acerca do corpo, suas enfermidades e modalidades de intervenção, com o objetivo de prevenir, aliviar e proporcionar melhores condições de saúde. A esse respeito (Luz, 2014) ressalta que:

A prática médica foi identificada com a prática científica e os médicos tornaram-se os detentores de um saber que pode ser verificado “cientificamente”. Esses profissionais tiveram seu poder fortalecido na sociedade, ocorrendo uma desqualificação de outros saberes e práticas curadoras tradicionais, como o saber popular, ao identificá-lo como “não científico” e, por isso, ineficaz” (p. 68).

O processo de estruturação da Medicina científica contou com um significativo apoio econômico, cabendo-lhe a tarefa de recuperar e manter o corpo dos trabalhadores em funcionamento, mesmo que os condicionantes e determinantes de adoecimentos fossem as condições de vida e trabalho. Em consequência, propunha-se a diminuir as tensões sociais e ocasionava, ao mesmo tempo, a reprodução das relações capitalistas, conforme evidencia Foucault (2004):

(...) o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A Medicina é uma estratégia bio-política” (p. 80).

Desse modo, o poder médico passou a regular a vida das pessoas e da sociedade e a provocar a medicalização autoritária da cultura, dos corpos e da doença, e, como resultado, a falta de autonomia.

Mais recentemente, assiste-se a um crescimento gradativo das Práticas Integrativas e Complementares [PIC's], tanto no âmbito do Sistema Único de Saúde [SUS] quanto em outras organizações da sociedade civil e em âmbito privado. Nessa direção, vale destacar a iniciativa do Ministério da Saúde [MS] em 2006, que, com vistas a estimular a corresponsabilidade na busca por novas alternativas para o enfrentamento dos problemas de saúde, publicou a Portaria GM nº 971, da Política de Práticas Integrativas e Complementares no SUS [PNPIC], com o objetivo de garantir a integralidade da atenção, com ênfase na prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, na atenção básica. A referida Portaria estabelece como PIC's as seguintes intervenções: a homeopatia, acupuntura, medicina tradicional chinesa, termalismo, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia, o Reiki e Lian Gong.

De acordo com Barros (2006) e Júnior (2013), o impacto da implantação da Política de Práticas Integrativas e Complementares [PINPIC] pode alcançar os campos econômicos, técnico e sociopolítico, e, por isso, promover a inclusão de práticas de cuidado ocultas no discurso e na ação dominadora do mercado, em cujos serviços a racionalidade biomédica é hegemônica. A soma desses fatores, aliado à ineficiência do modelo biomédico na resolução de alguns problemas de saúde, mostram-nos diversos aspectos favoráveis à institucionalização de estratégias como as PIC's, tais como: o reposicionamento do sujeito doente como centro da atenção à saúde, o fato da singularidade do paciente e sua totalidade biopsíquica serem levadas em consideração e a reconsideração da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica (Luz, 2003).

As PIC's são definidas por Barros e Tesser (2008) como um grupo de sistemas médicos e terapêuticos de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da biomedicina e são orientadas pelos seguintes princípios: escuta acolhedora, desenvolvimento do vínculo terapêutico, integração do ser humano com o ambiente e a sociedade, visão ampliada do processo saúde-doença, promoção global do cuidado humano, entre outros. Essas modalidades terapêuticas têm se destacado por incitar ações de promoção e mudanças em hábitos de vida, ao mesmo tempo que estimula a participação ativa da pessoa frente à sua doença. Um dos principais fatores de transformação dessas práticas é a inversão do paradigma da doença para o da saúde, uma menor dependência dos profissionais e dos remédios, bem como a autonomia em busca pelo cuidado (Luz, 2003).

O campo das PIC's compõe sistemas médicos complexos e modalidades terapêuticas, cuja denominação, por parte da Organização Mundial de Saúde [OMS], é a medicina tradicional e complementar/alternativa. A inserção dessa modalidade de prática nos sistemas de atenção à saúde é resultado de todo um percurso determinado por aspectos históricos, sociais e culturais, os quais refletem as condições de produção e peculiaridades de cada contexto. Tais práticas objetivam ofertar uma série de serviços à população, entre eles, a acupuntura, fitoterapia e homeopatia, entre outros recursos disponíveis em cada contexto. No entanto, de acordo com Zhang, Coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional da OMS, citada por Simoni, Benevides e Barros (2008), a integração das PIC's tem apresentado dificuldades quanto à sua inserção nos sistemas de saúde, em virtude das diversas concepções filosóficas.

Nos países ocidentais, por exemplo, a medicina é concebida como uma ciência que tem por objeto o corpo humano, no qual existem doenças causadas por agentes que devem ser identificados para que o indivíduo retome o seu estado saudável. Em contrapartida, a medicina complementar exige uma compreensão do sujeito em sua complexidade, ou seja, visto em sua totalidade. Desse modo, a doença, o diagnóstico e tratamento devem ser observados, simultaneamente, a partir da integração dos aspectos físicos, emocionais, espirituais, mentais, econômicas e sociais.

Nessa direção, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares [PNPIC] pretende atuar nas esferas da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, baseada num modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo como proposta de fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, além de contribuir com o aumento da resolubilidade do sistema com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social. Para tanto, propõe-se a conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que são desenvolvidas no sistema público de saúde.

Embora a Política Nacional tenha instituído as terapêuticas anteriormente mencionadas neste texto, outras modalidades de ações, da mesma natureza e princípios, a exemplo das práticas grupais, pouco a pouco estão sendo incorporadas aos serviços de saúde, mediante reivindicações e demandas da própria comunidade.

Para melhor ilustrar essa discussão, destacamos a Política de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Norte [PEPIC/RN], através da Portaria estadual nº 274, de 27 de junho de 2011. Além de instituir as práticas estabelecidas pela política nacional, o estado acrescentou mais duas outras modalidades: a primeira delas, as Práticas Corporais Transdisciplinares [PCT], abordagens metodológicas que se utilizam da multirreferencialidade de saberes científicos sobre o corpo para produzir movimentos de forma ativa ou passiva, com objetivo de harmonizar processos energéticos na estrutura corporal e transc corporal do ser humano, agregando valores éticos, estéticos e espirituais. A segunda, as Vivências Lúdicas Integrativas (VLI), estratégias que propiciam diferentes modos de sentir o fluir das emoções de alegria em contextos socioculturais específicos do adocimento humano, na expectativa de corporalizar o princípio de integralidade da vida (Secretaria Estadual de Saúde Pública, 2011).

Dentre as diversas PIC's desenvolvidas nos serviços de saúde, este estudo se ocupou daquelas que são de natureza coletiva. Sem desejar minimizar ou secundarizar ações integrativas e complementares individuais, a opção pelas atividades grupais justifica-se em razão das estratégias de intervenção em grupo constituírem redes de apoio social, na qual produzem-se fazeres e fazeres, a partir da socialização de experiências.

Esse trabalho assume a integralidade como um dos eixos norteadores das PIC's, que, associado à universalidade e à equidade, não deixa de ser um dos principais desafios para o SUS na atualidade. Uma vez que se busca abordar a integralidade na perspectiva de uma estratégia integradora que reflete os indivíduos, família, ambiente e grupos sociais, a intervenção em saúde implica englobar dimensões macropolíticas que se traduzam em ações sanitárias reforçadoras de equidade do acesso dos mais diversos grupos populacionais. Nesse caso, universalidade, integralidade e equidade são três princípios formadores de um conceito tríplice, com finalidade ético-política do sistema de saúde, à medida que contribui para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira (Pinheiro e Mattos, 2010; Mendes, 1997).

No âmbito assistencial, essas articulações têm sido difíceis uma vez que, embora se reconheçam avanços e reformulações no campo da saúde e, conseqüentemente, na postura dos profissionais em sua relação com os

usuários, o modo hegemônico de produção de cuidado, pautado por padrões objetivistas, ainda negligencia o princípio da integralidade, tanto do ponto de vista da integração do sujeito quanto da integração das ações em saúde.

Nesse sentido, Bozi (1994) destaca que a formação dos profissionais de saúde e a formulação de modelos assistenciais adotados pelos serviços possuem dinâmicas distintas que culminam na construção de lógicas particulares de realização e condução de atividades. Segundo o autor, o uso da categoria integralidade corresponde a um tipo de marcador contínuo que se estrutura a partir de uma ação social específica, que pode incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação de atores em suas práticas, no interior das instituições (p. 456).

Notadamente as conquistas e desafios da Política de Práticas Integrativas e Complementares [PNPIC] estão delineados. Sem dúvida, é importante registrar que tais práticas significam a retomada dos princípios fundamentais do SUS, sobretudo, na medida em que reafirmam a integralidade da atenção, em interação com outras ações e serviços de saúde, na perspectiva de ampliação da corresponsabilidade e do exercício da cidadania.

Diante do exposto, o presente artigo objetiva discutir a inserção das Práticas Integrativas e Complementares Grupais [PIC's] nos serviços de saúde da atenção básica e suas possíveis contribuições em termos de reorientação de outras racionalidades em saúde.

Método

Cenário e Participantes

A pesquisa teve como cenário as Unidades Básicas de Saúde [UBS] e Unidades Básicas de Saúde da Família [UBSF] de um município nordestino. Para tanto, foram realizadas seis entrevistas e duas rodas de conversa, com a participação total de 57 profissionais que realizavam PIC's grupais nos serviços.

Em termos operacionais, desenvolvemos a pesquisa partir das seguintes etapas: (a) visita à Secretaria Municipal de Saúde [SMS], com vistas a buscar informações que subsidiassem esta investigação. Nessa fase, identificamos um diagnóstico situacional de ações e serviços de PIC's, realizado no ano de 2011. O contato com esse material foi de fundamental importância para um dos pontos de partida deste

estudo, haja vista que possibilitou a verificação não apenas da permanência ou não das práticas identificadas no ano de 2011, mas, por meio deste, chegamos a outros profissionais e territórios; (b) identificação dos equipamentos de saúde e profissionais da atenção básica que desenvolviam atividades em PIC's. Realizamos, inicialmente, uma consulta minuciosa ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde [CNES], com o intuito de identificar os serviços e profissionais que realizavam PIC's grupais. Nesse sistema, a consulta foi realizada por meio do código 134, através do qual eram registradas práticas dessa natureza no município. No entanto, à época do estudo, o referido código cadastrava apenas as atividades que determinadas pela Política Nacional, como: homeopatia, fitoterapia, acupuntura, termalismo e a medicina antroposófica, Termalismo/Crenoterapia, Práticas Corporais/Atividade Física, técnicas em Medicina Tradicional Chinesa. A rigor, a consulta ao CNES tornou evidente a invisibilidade das ações integrativas e complementares distintas daquelas estabelecidas pela política nacional, que possibilitam a expressão das peculiaridades e potencialidades locais e saberes gestados nos espaços populares.

Ainda como parte da primeira etapa do estudo, visitamos estabelecimentos da atenção básica para conversar com equipes que desenvolviam tais práticas e, assim, estabelecer um primeiro contato; (c) identificação e caracterização das PIC's grupais. Em virtude da diversidade de trabalhos em grupo realizados nos serviços de saúde, essa fase consistiu em fazer um recorte das práticas que, pelo menos como ponto de partida, denotavam um caráter mais participativo, com relações mais dialógicas e horizontais entre profissionais e participantes dos grupos; (d) realização de entrevistas e rodas de conversa com o fim de discutir com os profissionais de saúde acerca da inserção das PIC's grupais nos serviços de saúde e suas possíveis contribuições em termos de reorientação de outras racionalidades.

A opção pelas entrevistas e rodas de conversa, simultaneamente, deveu-se ao fato de que, durante a pesquisa, identificamos distintas configurações de atuações profissionais em PIC's grupais nos serviços. Dentre as mais comuns, encontramos práticas realizadas por apenas um profissional ou em dupla, e outras desenvolvidas em equipe. Com esse formato, fomos motivados a pensar estratégias diferentes de produção de dados, uma vez que apenas a entrevista parecia-nos um instrumento insuficiente para contemplar,

por exemplo, as práticas realizadas em equipe. Dessa forma, com os profissionais que realizavam ações em PIC's grupais, individualmente ou em dupla, utilizamos a entrevista semi-estruturada, enquanto que, para aqueles que executavam as atividades em equipe, optamos pelas rodas de conversa.

Todo o material da pesquisa foi transcrito textualmente e submetido aos procedimentos de análise qualitativa, a partir da utilização do software QDA Miner. Mediante leitura das informações registradas, delimitamos alguns núcleos temáticos, os quais foram articulados e confrontados com o referencial teórico produzido durante todo o processo de investigação.

Em observância à resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito à participação de seres humanos em pesquisas, este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética de uma Universidade Pública. Desse modo, antes de iniciarmos a produção de dados nos grupos, todos os participantes foram informados sobre os objetivos propostos pelo estudo, de modo que, após tomarem ciência, declararam anuência frente a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Como resultado da operacionalização do principal objetivo deste estudo que consistiu em analisar a inserção das PIC's grupais nos serviços de saúde da atenção básica, esta seção será dividida em cinco blocos: mapeamento dos serviços de saúde da atenção básica e profissionais que realizavam PIC's grupais; modalidades e características das referidas práticas; inserção das PIC's grupais nos serviços de saúde; principais demandas; e e) potencialidades e fragilidades das PIC's grupais.

Mapeamento dos Serviços de Saúde da Atenção Básica e Profissionais das Pic's Grupais

Na ocasião do mapeamento das práticas, foram contactados 66 equipamentos de saúde da atenção básica, dentre os quais 37 realizavam alguma Prática Integrativa e Complementar de natureza coletiva. Em termos gerais, identificamos 15 modalidades de PIC's grupais, a saber: relaxamento, meditação e yoga, tai chi chuan, grupos de suporte mútuo, cuidadores de Alzheimer, tenda do conto, grupo de prosa com mulheres, grupo de bordadeiras, grupo de idosos, grupo de caminhadas, grupo de terapia e arte, grupos de contação de histórias, terapia comunitária e teatro do oprimido.

Das 37 práticas apontadas, 33 estavam localizadas na Estratégia de Saúde da Família, e quatro em uma Unidade Básica de Saúde, esta última ainda não vinculada à Estratégia de Saúde da Família, haja vista que, à época do trabalho de campo, o município realizava a transição para transformar todas as Unidades Básicas em Unidades Básicas de Saúde da Família.

A Saúde da Família [ESF] é responsável pela reorganização, expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, em conformidade com os preceitos do Sistema Único de Saúde (PNAB, 2012). Para tal fim, deve contar com uma equipe multiprofissional, composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Ainda está prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica.

Desse modo, várias ações implementadas pelo Ministério da Saúde devem agir como propulsoras das PIC's, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visto que é responsável por apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a expansão das ações da APS no Brasil (Portaria nº 154, 2008).

Em suas principais diretrizes, o NASF contempla como uma de suas áreas estratégicas as ações em PIC's, com o objetivo de construir fluxos que potencializem a interação dessas práticas com aquelas já ofertadas pelas redes locais de saúde. Como resultado, contribui para impedir os abusos da medicalização, ao mesmo tempo que considera o indivíduo em sua totalidade e valoriza outras opções de tratamento, na direção de garantir o acesso democrático aos serviços, conforme as necessidades individuais e coletivas.

De todas as PIC's grupais identificadas, apenas seis desenvolviam ações que possibilitaram uma análise dos processos grupais e participativos, tais como: tenda do conto, tapera da falação, grupo sentimental, grupo de prosa com mulheres, terapia e arte e danças

circulares. Como mencionado na seção do método, este recorte foi necessário na pesquisa dada a diversidade de atividades em grupo que ocorrem nos serviços de saúde, escolha esta que implicou um esforço adicional para identificar práticas com as características previamente estabelecidas.

Quanto ao mapeamento dos profissionais que realizavam regularmente PIC's grupais, evidenciamos que é cada vez mais ampla a inserção das diversas especialidades e domínios de conhecimentos, com vistas a uma prática multidisciplinar, ainda que algumas categorias apareçam de modo tímido. Assim, conforme demonstra a (tabela 1), dentre as 57 pessoas entrevistadas, as práticas estudadas contam com 16% de presença de Agentes Comunitários de Saúde, 9% profissionais da Enfermagem, 8% da área de Educação Física, seguido de 7% do campo da Medicina.

Tabela 1. Profissionais de Saúde Inseridos nas PIC's Grupais nos Serviços de Saúde da Atenção Básica

Categoria	n
Agente comunitário(a) de saúde	16
Enfermeiro(a)	9
Educador(a) Físico(a)	8
Médico(a)	7
Nutricionista	4
Psicólogo(a)	3
Auxiliar de Enfermagem	3
Dentista	3
Farmacêutico(a)	2
Fonoaudiólogo(a)	1
Total	57

Convém assinalar a participação expressiva de agentes comunitários de saúde nas PIC's grupais, trabalhadores que se revelaram verdadeiras potências terapêuticas nos territórios de saúde. De acordo com Lancetti (2009), os agentes comunitários de saúde, quando articulados com outros parceiros da organização sanitária, são fundamentais para fazer funcionar os equipamentos e práticas de saúde. Isso se deve à condição paradoxal dos próprios agentes, pois são ao mesmo tempo membros da comunidade e integrantes da equipe.

Observamos que muitos dos participantes da pesquisa desenvolviam Práticas Integrativas e Complementares antes mesmo destas serem implantadas oficialmente pelo Ministério da Saúde e pelo município. Esse dado traduz, por parte desses profissionais, uma

preocupação anterior quanto à adoção de modalidades de assistência em saúde pautadas pelo compromisso com a ressignificação de práticas hegemônicas, em especial aquelas que rompem com a ideia da medicalização como a única alternativa nos serviços.

Modalidades e Características das Pic's Grupais

Com relação às modalidades e características das PIC's grupais, identificamos uma diversidade de configurações em termos de categorias, objetivos, demandas e procedimentos metodológicos, como elucida a tabela 2.

Tabela 2. Caracterização das PIC's Grupais Realizadas nos Serviços de Saúde da Atenção Básica

Categoria	PIC's grupais
Intervenção mente-corpo	Meditação, yoga e tai chi chuan e caminhada
Dança	Danças circulares, biodança, dança de salão e zumba
Contaçao de história	Tenda do conto, tapera da falação, caixa sentimental
Arte e cultura	Grupos de produção de arte, teatro popular em saúde
Sóciopolíticos	Teatro do oprimido
Grupos terapêuticos e de ajuda mútua	Terapia comunitária, grupos operativos

Das PIC's grupais identificadas, elencamos algumas categorias que traduzem as principais características das estratégias grupais, como: intervenção mente-corpo, grupos de dança, contaçao de história, arte e cultura, grupos de caráter sociopolítico e grupos terapêuticos.

A partir da análise das categorias mencionadas, em termos metodológicos e de objetivos das práticas grupais, verificamos que as ações integrativas e complementares consistiam em atividades de caráter lúdico, de mútua ajuda e suporte social, grupos operativos e práticas sociopolíticas. Todas as estratégias de grupo eram selecionadas conforme as demandas dos serviços de saúde e participantes.

A utilização da arte e da cultura como recurso bastante presente no âmbito das PIC's grupais indica a forma como os próprios ambientes são organizados para a realização das atividades, com uma forte valorização de elementos culturais, na tentativa de produzir uma maior identificação com os participantes.

A contaçao de história é, também, uma ferramenta bastante utilizada nas PIC's grupais. Nesse contexto, as

peças são convidadas a levar ao grupo objetos que representem alguma memória de afeto para, a partir destes, construir as suas narrativas. Sobre esse aspecto, Bosi (2003) observa que, a partir da contação de histórias, explora-se o campo de experiência pessoal, com os eventos do dia a dia, registrados na lembrança e contados para outros. Segundo a autora, todos somos capazes de recuperar aspectos do nosso passado. É como se contássemos histórias a nós mesmos. Não é a memória que se tranca em si mesma, mas a que partilha seus conteúdos quando há um ouvido disponível e atento, e que os define, no próprio ato de contar. Porém, o relato primordial é aquele que pode ser feito a outras pessoas. Através dele, o que vivemos ganha uma dimensão social, obtém testemunhas, faz com que os outros ampliem a sua experiência através de nossas palavras. Há troca e cumplicidade.

Inserção das Sic's Grupais nos Serviços de saúde

Quando observada a inserção das ações integrativas e complementares grupais nos serviços, embora o município investigado disponha de uma política municipal que normatiza as atividades, muitas são inseridas nos equipamentos em virtude da iniciativa de profissionais que compactuam com outras formas de cuidado e que fazem a resistência política em saúde. Desse modo, as práticas vivem à margem dos serviços, embora no interior deles.

Como as PIC's grupais não estão previstas nos protocolos de atendimento dos serviços, para os entrevistados o trabalho é considerado invisível e essas intervenções não lhes conferem uma identidade profissional. É possível que essa percepção tenha sido construída em razão das características do trabalho produtivista nos sistemas de saúde. Para Pereira (2008), o ponto de partida para entender essa questão é lembrar que o caráter de trabalho produtivo, nesse contexto, "é instituído nas relações de produção e de reprodução do capitalismo, cujo desdobramento é a potencialização deste caráter em atividades de produção imaterial e trabalho improdutivo na saúde" (p. 395).

Um último aspecto relevante observado com referência à inserção das PIC's grupais é a natureza itinerante das atividades. Face à ausência de apoio das gestões e de espaços de formação, os facilitadores desenvolvem redes de apoio e trocas solidárias de cuidado, com vistas à promoção da circularidade das ações em outras comunidades e serviços de saúde circunvizinhos. Com isso, as práticas apresentam uma

característica de mobilidade nos serviços de saúde, em diferentes territórios.

Principais Demandas das Pic's Grupais

No bloco referente às demandas, destacam-se os transtornos mentais graves e leves. Na tentativa de reorganização da atenção básica e de reafirmação dos princípios do SUS, a Estratégia de Saúde da Família tem contribuído para a desinstitucionalização dos cuidados das pessoas com transtornos mentais, na perspectiva de um cuidado em saúde mental territorializado. De acordo com Nunes, Jucá e Valentim (2007), essa proposta favorece a atenção à saúde em equipe multiprofissional, a integralidade (das profissões, das disciplinas e do cuidado), responsabilidade da equipe vinculada a um território de base comunitária, intersectorialidade e interinstitucionalidade. Ademais, as PIC's grupais podem ser um dispositivo importante de produção de cuidado em saúde mental, reabilitação psicossocial, promoção do vínculo, acolhimento, corresponsabilização, autonomia e ajuda mútua e suporte social para usuários e familiares.

A segunda demanda das PIC's grupais é o sofrimento difuso. A supremacia da Medicina, como saber que exerce poder e influencia os modos de vida em sociedade, é muito claramente expressa no cotidiano dos serviços de saúde. Basta assistir a busca recorrente das pessoas por atendimento com queixas como mal-estar generalizado e outras sintomatologias que não se enquadram numa nosografia tradicional. Essas queixas podem ser originadas pelas situações de fragilidade social, econômica, identitária e cultural, que são provocadoras de determinadas formas de adoecimento muitas vezes não compreendidas pelos profissionais de saúde (Valla, 2001; Vasconcelos, 2008, 2010). De acordo com Valla (2001) e Vasconcelos (2001, 2008).

Nesse sentido, o sofrimento difuso é uma expressão utilizada para se referir a problemáticas e queixas inespecíficas relacionadas com questões psicossociais importantes, como ausência de redes de apoio social, problemas que dizem respeito às relações familiares, laborativas, sociais e econômicas dos usuários dos serviços de saúde. De maneira geral, observa-se que os profissionais de saúde classificam as pessoas com sofrimento difuso como pacientes poliqueixosos, psicossomáticos, funcionais, psicofuncionais, histéricos, pitiáticos (Fonseca, Guimarães, & Vasconcelos, 2008).

Consideramos que há um contingente significativo de profissionais que não está sensivelmente preparado para acolher essa demanda, pois centram sua atenção

na individualização do problema. Representa um grupo de queixas conhecidas como somáticas e inespecíficas, geralmente vinculadas ao mal-estar social, situação de violência, processos de exclusão etc. e que não são, muitas vezes, explicados sob as lentes dos saberes biomédicos ou psicológicos (Valla, 2001; Vasconcelos, 2008).

Muitas vezes, as pessoas buscam a Unidade Básica de Saúde com a expressão de queixas localizadas, prioritariamente no corpo, numa compreensão de que toda doença tem uma base orgânica, biológica, em consonância com o ideário hegemônico do discurso médico. Numa tentativa de reconhecimento social, é como se ao situar a dor no corpo a doença adquirisse mais visibilidade (Gomes & Rozemberg, 2001). No decorrer da participação das atividades de PIC's grupais, as pessoas podem, gradativamente, passar a relacionar a dor no corpo com as adversidades do cotidiano e com as situações de fragilidade social, econômica, identitária e cultural as quais estão submetidas. Desse modo, a troca de experiência em grupo possibilita o acesso a uma linguagem pessoal e simbólica, que é exterior ao corpo, provocando o mecanismo de identificação e ajuda mútua entre seus integrantes e a ressignificação dos problemas psicossociais e de saúde.

A terceira demanda é a medicalização como única alternativa na atenção básica, uma vez que se observa que o saber cientificista da Medicina, aliado aos interesses econômicos e à necessidade de acúmulo do capital, produziu uma forma de assistência que tomou como ponto de partida o modelo de consumo, desde a utilização excessiva das consultas médicas até a utilização de procedimentos, medicamentos e atenção hospitalar especializada. O poder médico, por sua vez, passou a regular a vida das pessoas e da sociedade e provocou a medicalização autoritária da cultura, dos corpos e da doença e, obviamente, a falta de autonomia (Foucault, 2004). Com isso, as PIC's grupais se tornam uma alternativa à medicalização à medida que ofertam outras possibilidades de atenção à saúde, numa perspectiva mais dialógica, de coparticipação e autonomia das pessoas em seus processos de adoecimento e de produção de vida e saúde.

A quarta e última demanda das PIC's grupais são as pessoas acometidas pelos problemas de hipertensão, diabetes e outras enfermidades crônicas que tinham a medicalização como única alternativa na atenção em saúde.

Potencialidades e Fragilidades das Pic's Grupais

Quando observadas as principais potencialidades das PIC's grupais, os profissionais de saúde relatam uma considerável diminuição da medicalização, pois os grupos são contextos de produção de vida e de saúde, configurando-se como espaço para a troca de experiências e ajuda mútua.

Outra potencialidade a ser destacada é a importância da participação no grupo das práticas como forma de apoio social. De acordo com estudos apresentados por Valla (2001), ao participarem de algum grupo de apoio social no qual passam pelos mesmos problemas ou vivem situações que afetam o bem-estar e a saúde, as pessoas estabelecem intercâmbio de vivências que é benéfico tanto para quem ajuda quanto para aquele que é beneficiado com a vivência dos outros participantes. Produz-se, assim, um sentimento de igualdade, de utilidade social e competência individual e grupal, de modo que, os apoios disponibilizados por determinados grupos ou organizações sociais podem contribuir para proporcionar fatores de proteção contra o surgimento de doenças.

No que diz respeito às fragilidades das PIC's grupais, já como ponto de partida, identificamos uma série de precariedades, especialmente no tocante à formação de recursos humanos para a atuação nas ações integrativas e complementares, ausência de recursos materiais e infraestrutura para a realização das atividades.

O fato de as PIC's grupais não estarem inseridas nos serviços de saúde como política institucional foi outra dimensão apontada como frágil pelos profissionais. Isso se deve ao fato destas atividades não estarem previstas nos protocolos dos serviços de saúde, e, portanto, serem consideradas como um trabalho invisível ou de menor valor.

Outro aspecto considerado como fragilidade das PIC's grupais refere-se ao trabalho em equipe. Pela própria natureza coletiva das ações, de um modo geral, as práticas funcionam numa lógica inter e transdisciplinar, haja vista que as atividades são planejadas e executadas por profissionais que integram várias áreas e disciplinas do conhecimento, e que, por sua vez, produzem articulações, diálogos e entrelaçamento entre as disciplinas, na perspectiva de produção de novos saberes em saúde. Ainda que essa seja a tônica do trabalho, algumas vezes observamos experiências

nas quais há um predomínio do caráter multidisciplinar, pois não identificamos a preocupação com a interligação de campos e núcleos de saberes na execução das ações. Ao contrário, as atividades eram realizadas de modo compartimentalizado em termos de especialidades e hierarquização das funções no grupo, conforme os domínios de conhecimento de cada área.

Por fim, a última fragilidade refere-se à tensão horizontalidade x verticalidade nas relações dos profissionais com os participantes dos grupos. Nesse sentido, evidencia-se um considerável esforço das equipes para que o trabalho ocorra de forma compartilhada entre os usuários e facilitadores. Contudo, mesmo sem a intenção, alguns membros reproduzem o hábito de levar os pacotes com atividades prontas para oferecer às pessoas, sem considerar as reais demandas do serviço e da comunidade. Algumas ações ainda são muito centradas nos conhecimentos dos profissionais “especialistas”, gestados nos espaços acadêmicos, desconsiderando os saberes e as necessidades cotidianas das pessoas. Um exemplo disso é ausência de participação dos diversos atores inseridos nas PIC's grupais em momentos como os de planejamentos e avaliações das atividades.

Considerações finais

O Ministério da Saúde (MS) implantou a Política de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) com o intuito de ampliar a oferta de ações no Sistema Único de Saúde [SUS] e proporcionar o acesso a serviços antes restritos ao setor privado. Nesse processo, um dos principais desafios da operacionalização de tal política é a necessidade de compreensão de que as ações a serem realizadas devem estar em sintonia com os anseios e necessidades dos serviços e dos usuários, sob pena de pautá-las em racionalidades médicas que visam manter a hegemonia do poder médico.

Assim, do ponto de vista da inserção das PIC's nos serviços de saúde, devemos considerar a possibilidade de ampliação destas práticas para além daquelas instituídas pela portaria nacional, como: a homeopatia, acupuntura, medicina tradicional chinesa, termalismo, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia, Reiki e Lian Gong. Trata-se de compreender que outras atividades integrativas e complementares necessitam ser implementadas, sobretudo, a partir da incorporação de saberes gestados em nossa realidade cultural.

Constatamos que as PIC's grupais afiguram-se como um dispositivo para tensionar as relações de poder

vigentes na sociedade, em especial no campo da saúde pública, pois abre a possibilidade de problematização acerca da garantia da integralidade, numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa, que articula saberes, práticas, vivências e espaços de saúde. Ademais, apresentam como potencialidade a possibilidade de contribuição para a desmedicalização nos serviços de saúde. Para tanto, é necessário o fomento de práticas mais solidárias, menos mercantilizadas e mais enriquecedoras da experiência do processo-saúde-cuidado, por parte das gestões em saúde.

Por fim, este estudo pretende contribuir para evidenciar que as PIC's grupais podem ser um passo a mais para o fortalecimento do SUS, ao mesmo tempo que é um convite a todos os profissionais que integram o campo da saúde a fazerem a resistência política, na perspectiva de produzir novos saberes e fazeres comprometidos com a ressignificação das estratégias hegemônicas de cuidado.

Referências

- Barros, N. F., & Tesser, C. D. (2008). Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 914-920. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018
- Bosi, E. (2003). *O tempo vivo da memória: ensaios de Psicologia Social*. São Paulo: Ateliê Editorial.
- Bozi, M. L. (1994). Cidadania, participação e saúde na visão dos profissionais do setor de serviços: um estudo de caso na rede pública de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(4), 446-456. doi: 10.1590/S0102-311X1994000400004
- Brasil, Ministério da Saúde (2012). *Política nacional de atenção básica*. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF. Recuperado de <http://www.dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>
- Brasil, Ministério da Saúde (2008). *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Brasília, DF. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- Brasil, Ministério da Saúde (2006). *Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.saude.gov.br>
- Fonseca, M. L. G., Guimarães, M. B. L., & Vasconcelos, E. M. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista de APS*, 11(3), 285-94. Recuperado de <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/342>
- Foucault, M. (2004). O nascimento da medicina social. In M. Foucault (Org.), *Microfísica do poder* (pp. 79-98). Rio de Janeiro: Graal.
- Gomes, A. A., & Rozemberg, B. (2001). Condições de vida e saúde mental na Zona Rural de Nova Friburgo - RJ. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*, 20(4), 16-20. doi: 10.1590/S1414-98932000000400003
- Lancetti, A. (2009). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.

As PIC's na Atenção Básica

- Luz, M. T. (2003). *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec.
- Luz, M. T. (2014). *As instituições médicas no Brasil*. Porto Alegre: Editora rede Unida.
- Mendes, E. V. (1997). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Nunes, M.; Jucá, V. J.; & Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2375-2384. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>
- Portaria n.º 971/GM. (2006, 04 de maio). Regulamenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União, n.º 84, seção I, Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.saude.gov.br>
- Portaria n.º 274/GS (2011, 27 de junho). Regulamenta a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Estado do Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado do Rio Grande do Norte. Secretaria Estadual da Saúde Pública: Natal, RN: Gabinete do Secretário. Recuperado de http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/portaria_274_-_pepic_-_rn.pdf
- Portaria 853/GM. (2006, 17 de novembro). Regulamenta a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES. Brasília, DF: Ministério da saúde. Recuperado de <http://www.saude.gov.br>
- Pereira, I. B. (2008). A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade. In G. C. Matta & J. C. F. Lima (Orgs.), *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS* (pp. 393-420). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (2010). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc/lms/UERJ/Abrasco.
- Secretaria de Estado do Rio Grande do Norte (2011). *Proposta preliminar para institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Estado do Rio Grande do Norte*. Coordenação de Promoção à saúde. Natal, RN: Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN-SESAP.
- Secretaria Municipal de Natal (2011). *Diagnóstico situacional de ações em práticas integrativas e complementares no município de Natal-RN*. Coordenação de Promoção à Saúde. Natal-RN: Secretaria Municipal de Natal.
- Simoni, C. de, Benevides, I., & Barros, N. F. (2008). As práticas integrativas e complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 9(edição especial), 72-78. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18_especial.pdf
- Valla, V. V. (2001). Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In E. M. Vasconcelos (Org.), *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde* (pp. 39-62) São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, E. M. (2001). Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In E. M. Vasconcelos (Org.), *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde* (pp. 11-19). Salvador: Hucitec.
- Vasconcelos, E. M. (2008). *Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares* (Vol. 2). São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, E. M. (2010). *Educação popular e atenção básica à saúde da família*. São Paulo: Hucitec.

Maria Valquíria Nogueira do Nascimento, Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), é Docente do curso de Psicologia na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) - Curso de Psicologia. Av. Juvêncio Arruda, 795, Bairro Bodocongó. Campina Grande, PB. CEP: 58438-800. E-mail: valquiriarn@yahoo.com.br

Isabel Fernandes de Oliveira, Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP), é Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPgPsi/UFRN). E-mail: fernandes.isa@gmail.com

Recebido em 23.Set.15

Revisado em 22.Ago.16

Aceito em 31.Ago.16