

Oferta de práticas integrativas e complementares por profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família: reafirmando o cuidado integral e holístico

Offer of complementary therapies by Extended Family Health Center professionals: reaffirming holistic and integral care

Carine dos Santos Spindola^a

 <https://orcid.org/0000-0002-2094-6106>

E-mail: carinespindola17@gmail.com

Lucia Esteves Duarte^b

 <https://orcid.org/0000-0003-4846-0906>

E-mail: duartelucia@estudante.ufscar.br

Anna Maria Meyer Maciel^b

 <https://orcid.org/0000-0002-6425-1285>

E-mail: nimeyers5@hotmail.com

Leandra Andréia de Sousa^b

 <https://orcid.org/0000-0002-7147-935X>

E-mail: sousa.leandra2015@gmail.com

^aUniversidade Federal de São Carlos. Departamento de Psicologia. São Carlos, SP, Brasil.

^bUniversidade Federal de São Carlos. Departamento de Enfermagem. São Carlos, SP, Brasil.

RESUMO

O estudo analisa a implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PIC), bem como limites e potencialidades desse processo, nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de uma região de saúde do estado de São Paulo, na perspectiva de profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF). Trata-se de estudo de abordagem quanti-qualitativa cujos dados foram coletados por meio de questionário e entrevista semiestruturada on-line e analisados com uso de estatística descritiva e análise de conteúdo modalidade temática. Do conjunto de dados emergiram três unidades temáticas: (des) estrutura para compra de materiais para as PIC; PIC enquanto cuidado ampliado, resolutivo e integral; e (Des)estrutura na alocação de profissionais para oferta de PIC. Em um contexto marcado por políticas de desmonte do NASF e do Sistema Único de Saúde (SUS), a continuidade do cuidado com a oferta de PIC por profissionais do NASF emerge como prática de resistência que reafirma a vida e reitera a longitudinalidade, o acolhimento e a integralidade, essenciais à APS e ao SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Práticas Integrativas e Complementares; Núcleos Ampliados de Saúde da Família; Integralidade.

Correspondência

Carine dos Santos Spindola

Universidade Federal de São Carlos. Departamento de Psicologia Rod.

Washington Luiz, km 235, s/n. São Carlos, SP, Brasil. CEP 13565-905.

Abstract

This study analyzes the implantation and implementation of Complementary Therapies (CT), as well as its limits and potentialities in Primary Health Care (PHC) services of a São Paulo health region, from the perspective of NASF Extended Family Health Centers (NASF) professionals. A quantitative and qualitative study was conducted with data collected by means of a questionnaire and online semi-structured interview, and examined using descriptive statistics and thematic content analysis. Three thematic units emerged from the data set: (Un)structured purchase of CT-related materials; CT as expanded, resolute and integral care; and (un)structured allocation of professionals to CT. In a context marked by policies aimed at dismantling the NASF and SUS, continuity of care with CT offered by NASF professionals emerges as resistance practice that reaffirms life and reiterates longitudinality, embracement and integrality, essential to PHC and SUS.

Keywords: Unified Health System; Primary Health Care; Complementary Therapies; Extended Family Health Centers; Integrality.

Introdução

As práticas integrativas e complementares (PIC) foram implantadas pelo governo brasileiro por meio da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, e demarcam o pluralismo em saúde, traduzindo avanços na Atenção Primária à Saúde (APS) tanto no acesso quanto na integralidade nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), corroborando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Brasil, 2006; Simoni; Benevides; Barros, N., 2007; WHO, 2013).

Essas abordagens terapêuticas buscam a recuperação da saúde por meio de mecanismos naturais, destacando a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapeuta-paciente e a integração do ser humano com o meio ambiente e suas relações (Brasil, 2006). Além disso, contribui para a ruptura do modelo hegemônico da biomedicina e do saber técnico e hospitalar, e também para a requalificação do cuidado por meio de saberes reunidos durante séculos por outras culturas (Silva et al., 2020).

Estudo recente sobre as PIC nos serviços de APS assinala a importância dos espaços de reflexão acerca da pluralidade de racionalidades de cuidado, abrangendo usuários, profissionais, coordenadores e gestores. Com isso, busca-se subsidiar tomadas de decisões para favorecer o desenvolvimento das PIC nos serviços do SUS, tendo por base também a construção de políticas públicas que contemplem as necessidades e singularidades dos indivíduos (Barros, L. et al., 2020).

Nesse sentido, a produção científica dos últimos anos envolvendo PIC e APS indica a relação entre usuários e trabalhadores, o que vai ao encontro da educação permanente em saúde (EPS) e mostra o apoio mútuo entre PIC e APS (Aguiar; Kanan; Masiero, 2019). Em sintonia com as práticas de EPS, trabalhadores, gestores e usuários precisam estar inseridos em discussões, não apenas sobre as PIC, mas também sobre saúde de maneira global, de tal forma que os três agentes participem ativamente do processo de implantação da PNPIC (Oliveira et al., 2020).

Mesmo reconhecendo a potência das PIC no SUS, muitos são os desafios para sua legitimação e implementação, dentre os quais destacam-se o financiamento e as formas de implantação.

Atualmente, o modelo de financiamento desses recursos terapêuticos está atrelado ao bloco de financiamento para os serviços de média e alta complexidade tecnológica, o que não condiz com a realidade de sua oferta no país, uma vez que esta ocorre, massivamente, na APS (Silva et al., 2020). Lima, Silva e Tesser (2014) referem que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as formas de implantação e implementação das PIC junto aos NASF e demais serviços da APS também pode ser escasso.

Diante das perspectivas apresentadas, é fundamental analisar junto à equipe multiprofissional do NASF os fatores presentes na implantação e implementação das PIC nos serviços de APS. Com base nessas considerações esta pesquisa objetivou analisar, na perspectiva de trabalhadoras/es do NASF, a implantação e implementação das PIC bem como limites e potencialidades desse processo, nos serviços de APS de uma região de saúde do estado de São Paulo.

Percurso metodológico

Esta é uma pesquisa de natureza descritiva com abordagem quanti-qualitativa, que se propôs a conhecer a realidade, suas características e problemas, a fim de descrever os fenômenos e fatos existentes. Segundo Triviños (2015), essas propostas justificam a natureza descritiva do estudo. Já a abordagem quanti-qualitativa possibilita melhor compreensão do problema de pesquisa (Polit; Beck; 2011).

Nesta pesquisa, a escolha pela abordagem mista se justifica porque possibilita conhecer características da oferta das PIC, tais como as principais PIC disponibilizadas, serviços de saúde do SUS, profissionais, bem como os fenômenos subjetivos que também permeiam a essas abordagens terapêuticas. Dessa forma, contribui para esclarecer as potencialidades e limites presentes no processo de implantação e desenvolvimento das ações e das políticas de saúde no âmbito das PIC no SUS.

A pesquisa se deteve nos NASF de um departamento regional de saúde (DRS) do estado de São Paulo. Os DRS visam promover a articulação intersetorial entre municípios e organismos sociais em âmbito regional e se responsabilizam pela coordenação das atividades da Secretaria de Estado da Saúde. O Estado de São Paulo é dividido em 17 DRS, cada

um constituído por um conjunto de municípios (São Paulo, 2020).

O DRS cenário deste estudo é dividido em quatro regiões e agrupa 24 municípios do interior do estado, abrangendo uma população de aproximadamente 920 mil pessoas. O Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), que envolve as dimensões da riqueza, escolaridade e longevidade, de sete municípios dessa região de saúde tem classificação 1 ou 2 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de todos os municípios integrantes está entre 0,745 e 0,841, indicando bom desenvolvimento (RRAS 13, 2012). A fim de garantir o anonimato dos participantes, o nome do DRS foi omitido e os nomes das regiões e dos municípios foram substituídos por letras e números. No momento em que a pesquisa foi iniciada, o DRS contava com 17 NASF distribuídos nas quatro regiões de saúde, sendo três na região A, três na região B, oito na região C e três na região D. Desse total de NASF, 13 integraram o campo do estudo.

Foram convidados a participar da investigação profissionais dos NASF dos municípios do DRS que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: trabalhar no NASF do município integrante do DRS, independentemente da oferta ou não de PIC; ter acesso à computador, *smartphone* ou similar com internet; e aceitar participar da pesquisa.

Inicialmente, estipulou-se no projeto de pesquisa o máximo de dois profissionais participantes por NASF, no entanto, vale ressaltar que a participação foi dificultada tanto pela pandemia, quanto pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabeleceu uma nova forma de financiamento de custeio da APS, afetando diretamente as equipes NASF, que foram desfeitas em muitos municípios brasileiros, incluindo as deste estudo. Esses dois fatores macropolíticos incidiram diretamente no cotidiano de trabalho das equipes, pois o ambiente laboral tornou-se altamente estressante, gerando afastamentos de profissionais e sobrecarga de trabalho. Considerando essa situação, as pesquisadoras optaram por aceitar a participação dos profissionais de NASF independentemente da quantidade estabelecida anteriormente. Com essa abertura, em um dos municípios participaram três profissionais do NASF, totalizando 19 participantes. Para garantir o sigilo e o anonimato, foram utilizados nomes fictícios.

Os dados foram coletados entre novembro de 2020 e julho de 2021 por meio de questionário e entrevista semiestruturada on-line, as estratégias adequadas e mais utilizadas na abordagem quanti-qualitativa (Zanella, 2006). O questionário foi elaborado de acordo com as recomendações quanto à discussão em grupo sobre as questões e informações com os envolvidos na pesquisa, pré-teste, revisão do instrumento e delineamento do questionário final (Rea; Parker, 2002). Questões fechadas e abertas acerca da implantação e implementação das PIC nos municípios pesquisados produziram dados os quais foram organizados e tratados com base na estatística descritiva e na análise de conteúdo modalidade temática.

A análise temática foi realizada em três etapas, conforme recomenda Minayo (2016): (1) pré-análise: momento de leitura flutuante, constituição do corpus e formulação de hipóteses e objetivos; (2) exploração do material: fase de classificação dos dados, escolha das categorias teóricas e empíricas que organizam a especificação dos temas; e (3) tratamento e interpretação dos resultados obtidos, à luz dos referenciais do campo da temática: políticas públicas de saúde do SUS e princípios e diretrizes da APS (Brasil, 2006, 2011; Starfield, 2008). Emergiram três unidades temáticas do processo de categorização e análise: PIC enquanto cuidado ampliado, resolutivo e integral; (Des)estrutura para compra de materiais para as PIC; e (Des)estrutura na alocação de profissionais para oferta de PIC.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição proponente, sob parecer número 3.382.765.

Resultados e discussões

Participaram da pesquisa profissionais com formação em: enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, medicina veterinária, psicologia e terapia ocupacional. Enfermeiros foram convidados a participar do estudo, pois, como referem Hausmann e Peduzzi (2009), estão presentes em praticamente todos os estabelecimentos de saúde e são responsáveis por prestar assistência direta e coordenar o cuidado do usuário na equipe e na rede de atenção à saúde.

Dentre os 19 entrevistados, foi predominante a presença de mulheres (78,9%; 15), razão pela qual a referência às participantes foi feita no gênero feminino. A idade da maioria variou entre 26 e 45 anos (87,5%; 14) e o tempo de serviço no NASF foi entre 1 e 4 anos para a maior parte (68,8%; 11). Quanto à formação em PIC, 75% (12) das participantes indicaram ter formação em acupuntura/auriculoterapia, havendo algumas com formação em mais de uma prática contemplada pela PNPIC, além da referida, tais como: arteterapia, aromaterapia, bioenergética, cromoterapia, fitoterapia, hipnoterapia, meditação, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, *shantala* e ioga.

A formação profissional em PIC, no Brasil, se dá majoritariamente via instituições privadas, por iniciativa dos profissionais e com seus próprios recursos. Embora ainda bem incipientes, existem iniciativas de gestores e instituições públicas para a formação de profissionais da rede. No SUS, destaca-se a EPS como forma de potencializar a implementação das PIC. Outra maneira de fortalecer sua implementação é via matriciamento pelas equipes NASF. Ademais, destaca-se a importância de iniciativas por parte de gestores para a formação de profissionais da rede, uma vez que as instituições privadas não partem dos princípios e da realidade do SUS (Habimorad et al., 2020; Sousa; Tesser, 2017).

Dos 13 municípios participantes, 84,6% (11) ofertam PIC, e 75% (12) dos participantes indicaram ofertar alguma PIC em seu município: 68,8% (11) referiram aplicar acupuntura/auriculoterapia; 6,3% (1) oferecem aromaterapia, hipnoterapia, imposição de mãos e/ou terapia de florais; e 12,5% (2) aplicam reiki e/ou *shantala*. As PIC são oferecidas nos seguintes estabelecimentos de saúde: 25% em unidade básica de saúde e em Estratégia de Saúde da Família (ESF), 12,5% em centro de atenção psicossocial e 62,5% em NASF.

A pluralidade na oferta das PIC na região estudada converge para o crescimento dessas abordagens no âmbito nacional. Ao analisar o relatório de monitoramento nacional das PIC em saúde nos sistemas de informação em saúde, verifica-se que, de acordo com os dados parciais para 2019, as PIC foram ofertadas em 77% dos municípios e 100% das capitais, com crescimento de 7,58% no número de municípios brasileiros que ofertam PIC entre os anos de 2017 e 2019. As PIC mais ofertadas nacionalmente são:

práticas corporais da medicina tradicional chinesa (37,73%), plantas medicinais/fitoterapia (35,76%), terapia comunitária (5,95%), ioga (4,60%) e dança circular/biodança (3,99%), massagem/automassagem (3,77%), meditação (3,72%), musicoterapia (2,73%) e arteterapia 1,72% (Brasil, 2020b).

Assim como evidenciado pelo estudo de Soares, Pinho e Tonello (2020), a maior oferta de PIC se dá via ESF e/ou NASF. Embora o estudo tenha sido realizado no estado do Maranhão, o protagonismo das equipes NASF no cuidado com as PIC se reflete nos dados desta pesquisa e dos demais estados brasileiros.

A maior parte dos participantes (75%, 12) indicou conhecer ao menos um pouco a PNPIC, no entanto apenas três souberam responder corretamente sobre o conteúdo da política. Esse achado corrobora a revisão narrativa de literatura de Habimorad et al. (2020), segundo a qual o conhecimento sobre as práticas por parte de gestores de saúde, profissionais e usuários é baixo, o que dificulta a implantação das PIC. Embora essa seja uma importante fragilidade para a implementação da PNPIC, a identidade de algumas das práticas reconhecidas na PNPIC se relaciona intimamente com a cultura popular e a medicina ancestral brasileira, e essa pode ser uma potencialidade a ser explorada para a implementação da política (Habimorad et al., 2020).

A seguir são apresentadas as unidades temáticas que emergiram a partir da análise dos dados qualitativos.

(Des)estrutura para compra de materiais para as práticas integrativas e complementares

Em função da falta de recurso financeiro específico para as PIC, a compra de insumos é um desafio tanto para os gestores municipais como para os profissionais que ofertam tais práticas. No entanto, mesmo diante desse contexto, ao longo dos 15 anos de publicação da PNPIC, os profissionais de saúde do SUS persistem em ofertar as PIC, o que também é comprovado pelos relatos a seguir:

Elas [as gestoras/secretaria municipal de saúde] acham importante, acham interessante, porém a hora que a gente precisa de material e tudo mais, começa

a ter a burocracia, começa a barrar nessas questões, mas o apoio em si a gente tem. [...] Para cursos de forma geral, as gestoras liberam carro e alimentação normalmente. E dependendo a autorização municipal elas apoiam cursos também. [...] Entendo que seria interessante nos auxiliar com a parte burocrática [...] bem como a compra de materiais para realizar o trabalho. (Rosa, psicóloga, NASF - 1A)

[...] A atual gestão agora dá um apoio muito, muito forte pra gente, né? Porém chega na hora de comprar material, como a Luci falou, né? A gente acaba tendo um bloqueiozinho. [...] falando do material, é difícil mesmo. Na maioria das vezes a gente compra né? A gente começa as ações aí chega no meio o material termina e a gente tem que dar continuidade né? E algumas vezes a gente vai lá e compra porque não consegue o retorno, né? A prefeitura também oferece o material, às vezes. (Girassol, fisioterapeuta, NASF - 1C)

Aceitação, interesse e apoio da gestão para o desenvolvimento das PIC podem ser reconhecidos como potencialidades na presente investigação. Por outro lado, esse interesse e apoio se encerram quando o tema é compra de materiais. Aqui há ao menos dois dados importantes a serem discutidos: o primeiro é apoio da gestão e o segundo é o limite desse apoio para a compra de materiais.

Com relação ao apoio da gestão municipal, o resultado desta pesquisa se contrapõe à realidade do âmbito nacional, em que ainda prevalece a falta de apoio. Estudo de N. Barros et al. (2020) mostra que, dentre os aspectos negativos da oferta das PIC, está a falta de apoio da gestão municipal, acarretando iniciativas pontuais e individuais.

Os apontamentos sobre a dificuldade e o bloqueio relacionados à compra de materiais trazem a reflexão, como alerta Paim (2015), sobre o SUS real que está na cabeça dos gestores, que pensam mais no orçamento, privilegiando a economia em detrimento da saúde da população.

O fornecimento de insumos necessários para a realização das PIC ainda é um grande desafio no que se refere à implementação da PNPIC e à garantia da oferta do cuidado holístico com as PIC no SUS. Assim, o desafio incide na limitação e comprometimento do acesso e da integralidade da atenção. Essa realidade

mostra a necessidade de investimento específico para as práticas, uma vez que a falta de insumos e materiais impacta diretamente as ações em PIC para profissionais e usuários, e se configura como uma pauta e ser priorizada a fim de ampliar a oferta dessas abordagens no SUS (Ischkanian; Pelicioni, 2012; Losso; Freitas, 2017).

Os limites assinalam a (des)estrutura para a compra de materiais, que se manifesta de diversas formas: via prefeitura e via profissionais que utilizam recursos próprios e até mesmo de usuários, como evidenciam os recortes a seguir:

Eu procuro não deixar que as limitações no sistema me limitem, então eu mesmo comprei material, eu mesmo comprei as sementes, porque eu trato com agulha e agulha era mais cara. Os pacientes que eu vejo que tem condições financeiramente de pagar R\$20, R\$25 numa cartelinha de agulha eu peço pra comprar, então foi assim que aos poucos foi conhecendo. E aí o trabalho passou a ser conhecido pelos funcionários e então comecei a trabalhar também com os funcionários, né? (Camélia, fisioterapeuta, NASF - 1B)

Como qualquer lugar tudo é construção, trabalho árduo para que consigamos a credibilidade. paciência para fazer inúmeras listas de materiais, enviar vários e-mails, uma hora chega! [...] Foram 8 anos para colher os resultados [...]. Então, esses materiais, a Maria, que faz parte dessa comissão, foi todo feito um levantamento, então demorou, demorou alguns anos, então foi via prefeitura mesmo que chegou esses materiais. (Camélia, fisioterapeuta, NASF - 1B)

Embora não seja permitido cobrar usuários do SUS por nenhum procedimento em quaisquer circunstâncias, é possível notar que, para a profissional Camélia (município 1, região B), cobrar de usuários e usar da sua própria renda foram meios encontrados para garantir a continuidade de oferta das PIC e que demorou quase uma década para ela ter a garantia dos materiais necessários via prefeitura.

Nesse sentido, é de extrema importância reformular o financiamento da PNPIC, indicando a indução do governo federal concomitante ao estruturamento da compra de materiais por parte

dos gestores municipais. A falta de planejamento e estruturação da oferta das práticas por parte dos governos municipais é evidenciada pela literatura como um desafio histórico a ser superado.

PIC enquanto cuidado ampliado, resolutivo e integral

O modelo de cuidado empregado no uso das PIC prioriza o trabalho integrado e articulado entre profissionais, em detrimento de uma equipe meramente multiprofissional. A construção de uma equipe interprofissional possibilita o desenvolvimento de vínculo de qualidade entre profissionais e também entre profissionais e usuários do serviço. Além disso, o modelo de cuidado das PIC é capaz de ressignificar as concepções de saúde-doença de profissionais e usuários (Barros, N.; Spadacio; Costa, 2018; Lima; Silva; Tesser, 2014), de modo que as PIC impulsionem um paradigma de saúde integral (Glass; Lima; Nascimento, 2021).

Os recortes a seguir demonstram o impacto do cuidado com PIC nos diferentes municípios, do ponto de vista dos profissionais do NASF.

Então tem alguns médicos das unidades que já sabem do trabalho e muitas vezes me pediram “olha, não tenho mais o que fazer em termos medicamentosos, o que que você pode fazer com as PIC?” enfim e aí nós tivemos resultados. Por exemplo, teve um caso, ela procurava tudo quanto é exame, ela tá no posto direto, foram cinco sessões de auriculoterapia, ajustes em família, pronto, ela não só melhorou, como agora espaça muito pra procurar a unidade, né? [...] para nós que trabalhamos com PICS, vemos a diferença em muitos casos que só com o tratamento convencional não está tendo resultado. (Camélia, fisioterapeuta, NASF - 1B)

É... aqui a gente tá oferecendo por enquanto a gente tá oferecendo só o cuidando do cuidador, né? [...] a gente fez uma prática 15 dias atrás no Casi [Centro de Apoio à Saúde do Idoso] e aí a gente começou a ir para outras equipes. [...] todas as equipes estão relatando um esgotamento muito grande. É... eles estão no limite mesmo, então a gente tem a intenção de cuidar e... com o uso das práticas integrativas

mesmo. Acho que é o que a gente tem de mais potente no momento. (Rosa, psicóloga, NASF - 1A)

De acordo com um estudo realizado por N. Barros, Spadacio e Costa (2018), o emprego das PIC nas unidades de saúde implica maior integração e conexão entre as equipes. Além disso, segundo os profissionais da saúde, o uso das práticas no contexto de trabalho é capaz de dar leveza ao ambiente em função de serem atividades prazerosas e potentes do ponto de vista da produção de saúde.

O recorte da fala da participante do município 1 da região B expressa a integração e construção do conhecimento entre profissionais. Tendo em vista os objetivos do NASF enquanto apoio das equipes de Saúde da Família (SF), a inserção das PIC no cotidiano das unidades de saúde pode auxiliar nesse apoio a outras equipes, considerando a construção de vínculo de qualidade entre os profissionais.

A produção de saúde e o cuidado dos profissionais de saúde das unidades, expresso na fala da profissional do município 1 da região A, são potências para o fortalecimento da oferta das PIC, auxiliando também na prevenção de adoecimento dos profissionais da rede.

Quando questionadas acerca do que justifica a oferta das PIC no SUS, as participantes da pesquisa referiram a integralidade do cuidado, como ilustram os recortes a seguir.

[Com] a necessidade de se ampliar as ofertas de cuidado à população, na perspectiva de uma visão de saúde oposta a medicocentrada, as PICS são práticas reconhecidamente eficazes, realizadas por profissionais de diferentes categorias, a maior parte das vezes já atuantes na rede municipal. Além da relação custo-benefício, com implicações tanto na qualidade de vida dos usuários, quanto em relação aos recursos financeiros necessários pra sua implantação. (Íris, psicóloga, NASF - 1D)

Para mim o que justifica ter a oferta é oferecer aos usuários do SUS mais do que exames e medicação, é oferecer outros tratamentos que integrem e complementem a medicina tradicional que sozinha já não é mais suficiente para atender as necessidades em saúde... (Tulipa, fisioterapeuta, NASF - 2A)

O cuidado ampliado envolvido no emprego das PIC refere-se à centralização da atenção no usuário e nas suas demandas, em vez de no profissional e nos procedimentos, e à produção e promoção de saúde, para que o usuário não acesse o sistema apenas quando a doença estiver instalada, mas que o SUS se torne para os usuários um símbolo de cuidado e manutenção da saúde. Além disso, a visão holística do ser é tida como positiva para atender às diversas demandas do indivíduo, além da esfera predominantemente biológica (Barros, N.; Spadacio; Costa, 2018; Lima; Silva; Tesser, 2014).

(Des)estrutura na alocação de profissionais para oferta de práticas integrativas e complementares

Esse núcleo de sentido apresenta a realidade dos profissionais que ofertam as PIC com destaque para a sobreposição de outras demandas. Os recortes a seguir ilustram a (des)estrutura na alocação de profissionais para as PIC e os desafios, no cotidiano, que eles enfrentam para distribuir as atividades a serem realizadas na carga horária disponível.

Acredito que seria importante ter profissionais que pudessem se debruçar sobre isso no município, sem sobrepor com outras funções. Exemplo: sei de uma enfermeira de USF [unidade de saúde da família] que tem grande conhecimento de PIC e faz um trabalho fantástico nesse sentido, porém a mesma tem de se dedicar ao trabalho na USF na maior parte do seu tempo, o qual tem sido de grande sobrecarga, ainda mais nesse período pandêmico. (Cravo, terapeuta ocupacional, NASF - 1B)

É... e o que dificulta mais assim é que... que nem a Carmem, ela faz atendimento também nas unidades fora do NASF, né? Como nutricionista. Então acaba dificultando um pouquinho nessa parte, que ela não é só do NASF, né? (Girassol, fisioterapeuta, NASF - 1C)

A falta de profissionais que atuem especificamente com as PIC pode significar segurança, principalmente, financeira a curto e médio prazo para os gestores municipais de saúde, uma vez que não requer o ingresso de novos profissionais na rede da APS. No entanto, a oferta das práticas por profissionais

exclusivos, sendo estes das equipes de NASF, é tida como uma possibilidade de fortalecimento e expansão das PIC, pois o matriciamento e a EPS são pilares da atuação desses profissionais (Sousa; Tesser, 2017).

Esse modelo de oferta viabiliza o atendimento com as PIC e a formação, simultânea, de outros profissionais da rede, principalmente ESF, via EPS. O trabalho de EPS junto às PIC permite uma maior estabilidade da oferta e planejamento a médio e longo prazo, considerando a formação de novos profissionais da rede. Esse formato de implantação impede que na ausência desses profissionais a oferta seja interrompida e substitui a oferta por iniciativa dos profissionais por um plano municipal de implantação de tais terapias (Sousa; Tesser, 2017).

O relato a seguir, da profissional do município 2 da região C, elucida como se dá, no cotidiano das equipes NASF, a sobreposição de diversas demandas, considerando a ausência de trabalhadores que ofertem apenas as PIC.

A nossa sala do NASF é dentro de uma UBS, que a gente atua, de equipe de saúde da família e a farmácia da Simone também é nessa UBS, então o que tá acontecendo é que ela tá cada vez mais absorvida pela farmácia [...]. Então agora a Simone mal consegue participar das reuniões de equipe da família e, assim, um tempinho ou outro que ela tem disponível é que ela atende os pacientes de PIC dela, mas tá ficando cada vez menor isso, porque a farmácia tá consumindo ela [...]. O que dificulta para nós aqui é que as integrantes do NASF que fazem PIC dividem carga horária em outro setor e isso diminui a agenda para as práticas. Estamos solicitando junto à gestão carga horária exclusiva para o NASF, mas ainda não conseguimos. Eu acho que isso ajudaria muito a gente. (Azaleia, fonoaudióloga, NASF - 2C)

A falta de profissionais exclusivos para os NASF é uma importante fragilidade tanto das equipes quanto das PIC. A Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou o NASF, deixa a critério dos gestores municipais, apoiados na realidade local, a definição de como serão distribuídas as atividades a serem realizadas dentro da carga horária especificada na portaria. O desafio dos municípios com relação a carga horária dos profissionais se

refere ao reconhecimento por parte dos gestores da importância das PIC e é atravessado por vontades políticas (Brasil, 2008).

Nesse sentido, a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (Brasil, 2019), e a Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS (Brasil, 2020a) ilustram as motivações políticas atuais no que se refere à saúde no país, que caminham para o enfraquecimento dos NASF, da APS e, por consequência, de todo o SUS. Segundo a nota técnica referenciada

o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. [...] A revogação das referidas normativas também impactam no credenciamento de novas equipes NASF-AB. A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas. (Brasil, 2020a, p. 1)

Esse contexto de desvalorização dos NASF acarreta instabilidades tanto para as próprias equipes, que podem passar por rearranjos, como as PIC, uma vez que a oferta das práticas em âmbito nacional ocorre, majoritariamente, via ESF e equipes NASF (Soares; Pinho; Tonello, 2020).

Os núcleos de sentidos desta pesquisa possibilitam algumas reflexões que perpassam o NASF, as PIC e o SUS. Nessa direção, vale destacar, no contexto da região estudada, a resiliência das equipes NASF ao darem continuidade à oferta das PIC no macrocontexto de desmonte que as atingiu diretamente. Essa disposição em continuar a existir expressa um movimento de resistência da equipe NASF que se deu no contexto nacional e foi recentemente corroborado pela Carta-Manifesto em Defesa do NASF, a qual aponta a necessidade de fortalecer e consolidar os NASF e revogar o Previner-Brasil e a Emenda Constitucional (EC) 95/2016 (Carta-ManifestoNASF..., 2022).

Esse documento aponta que o novo padrão de financiamento da APS - com indução do modelo de atenção medicocentrado, focado nas condições agudas e com minimização de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos proposto pelo Programa Previner Brasil - já demonstrou seus efeitos

negativos. Daí a importância e justificativa do retorno e atualização dos valores do financiamento para as equipes NASF e retomada da perspectiva da Política Nacional de Atenção Básica, versão de 2011, que definia a ESF como estratégia prioritária de reestruturação da APS no Brasil (Carta-ManifestoNASF..., 2022).

Além da dissolução do NASF, outras questões macroestruturais, como o desmonte da APS enquanto organizadora e coordenadora do sistema de saúde, das equipes da Saúde da Família e do SUS; os princípios estabelecidos pela nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab); e a expressiva diminuição dos investimentos públicos no SUS e em outras políticas sociais foram vastamente debatidos por pesquisadores, professores, estudantes de graduação e pós-graduação, conselheiros, profissionais dos serviços, gestores e de saúde, representantes de movimentos sociais, membros da comunidade e diversos grupos de trabalho (GT) (Carta..., 2022).

No GT das PIC, discutiram-se várias diretrizes para sua efetivação e foi reiterada a necessidade de financiamento específico para as PIC. Esse amplo debate resultou em muitos documentos, a exemplo da Carta de Salvador e da própria Carta-Manifesto em Defesa do NASF, que foram encaminhados aos representantes do GT Saúde da equipe de transição do governo federal, na expectativa da revogação dos instrumentos prejudiciais ao SUS e da efetivação das mudanças urgentes e necessárias em defesa do SUS, do direito à saúde e da vida (Carta..., 2022; Carta-ManifestoNASF..., 2022).

Considerações finais

A oferta de PIC por profissionais do NASF emerge como uma prática de resistência em favor do cuidado integral. Considerando a pandemia de covid 19, o estudo mostra que as PIC contribuem não só para o cuidado das usuárias e usuários do SUS em uma perspectiva holística e humanizada, como também reiteram o cuidado ampliado “cuidando do cuidador”, acolhendo também equipes que estão “esgotadas” e produzindo, assim, para usuários e equipes de saúde, um cuidado ampliado, resolutivo e integral.

A resistência também se manifesta ante à política de desmonte do NASF pela Portaria nº 2.979/2019, pois mesmo sem financiamento as equipes

dão continuidade ao seu trabalho, reiterando a longitudinalidade, acolhimento e integralidade, essenciais à APS e ao SUS. Observa-se, então, entre NASF e PIC, um movimento mútuo de compromisso com a vida, com o cuidado, com o direito à saúde.

Nesse contexto, o processo de implantação e implementação das PIC no SUS desvela potencialidades e fragilidades. Os limites se manifestam pela (des) estrutura na compra de materiais e na alocação de profissionais para as PIC na APS. E as potencialidades são apreendidas no apoio e reconhecimento das PIC pela gestão e, sobretudo, na produção de cuidado com as PIC para a qualidade de vida.

Referências

- 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.
- BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 163-173, 2018. Número especial.
- BARROS, L. C. N. et al. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: percepções dos gestores dos serviços. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 01-08, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 23 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Disciplina procedimentos sobre a emissão de certidão de tempo de contribuição pelos regimes próprios de previdência social. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prto154_24_01_2008.html. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 19 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. *Relatório de monitoramento nacional das práticas integrativas e complementares em saúde nos sistemas de informação em saúde*. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_o.pdf. Acesso em: 24 out. 2021.

CARTA-MANIFESTO em defesa do NASF. Salvador: Abrasco, 2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/carta-manifesto-em-defesa-do-NASF/70399/>. Acesso em: 2 jan. 2023.

CARTA de Salvador. Salvador: Abrasco, 2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/carta-de-salvador-abrascao-2022/70333/>. Acesso em: 2 jan. 2023.

GLASS, L.; LIMA, N. W.; NASCIMENTO, M. M. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: disputas político-epistemológicas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 01-11, 2021.

HABIMORAD, P. H. L. et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 395-405, 2020.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-65, 2009.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Challenges of complementary and alternative medicine in the sus aiming to health promotion. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 233-238, 2012.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: de um serviço municipal de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 261-272, 2014.

LOSSO, L. N.; FREITAS, S. F. T. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 171-187, 2017.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2016.

OLIVEIRA, I. V. et al. Educação permanente em saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 47-57, 2020.

PAIM, J. A. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

- POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- REA, L. M.; PARKER, R. *Metodologia da pesquisa: do planejamento à execução*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- RRAS 13 - COMITÊ GESTOR DA REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE 13. *Plano de ação regional da rede de urgência e emergência*: RRAS 13. São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufscar/governanca/contratualizacao/plano-de-acao-regional-da-rede-de-urgencia-e-emergencia.pdf/view>. Acesso em: 6 mar. 2022.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *DSR III: Araraquara. São Paulo*, [2020]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-iii-araraquara>. Acesso em: 10 set. 2021.
- SILVA, G. K. F. et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1-25, 2020.
- SIMONI, C. D.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3066-3067, 2007.
- SOARES, R. D.; PINHO, J. R. O.; TONELLO, A. S. Diagnóstico situacional das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde do Maranhão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 749-761, 2020.
- SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 01-15, 2017.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 2015.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Traditional medicine strategy: 2014-2023*. Geneva, 2013.
- ZANELLA, L. C. H. *Metodologia da pesquisa*. Florianópolis: SEaD/UFSC, 2006.

Contribuição dos autores

Spindola e Duarte contribuíram na coleta dos dados. Spindola, Duarte e Sousa contribuíram na concepção, discussão e análise dos dados. Sousa e Maciel contribuíram na revisão crítica, redação final e aprovação da versão a ser publicada.

Recebido: 05/03/2022

Reapresentado: 06/03/2022; 03/01/2023; 05/03/2023

Aprovado: 28/03/2023