



# Invisibilidade pública das Práticas Integrativas e Complementares e humilhação social dos trabalhadores que as ofertam na Atenção Primária à Saúde

Pedro Henrique Brito da Silva, Ellen Synthia Fernandes de Oliveira, Nelson Filice de Barros, Leylaine Christina Nunes de Barros, Janaína da Câmara Zambelli

**Resumo: Introdução:** “(R)existir” perante a hegemonia biomédica torna a oferta das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde ainda mais desafiadora, mesmo com a vigência de uma política nacional que estabelece a sua implementação. O atual cenário político e institucional desfavorece aquilo que se afasta do “convencional”. A primazia pela manutenção do *status quo* resulta em resistência ao “diferente”. Isso influencia as práticas assistenciais, de modo que as Práticas Integrativas e Complementares podem sofrer entraves e revelar tensionamentos quanto a sua realização. **Objetivo:** Compreender, na perspectiva dos profissionais, os fatores que contribuem para a produção de humilhação social e invisibilidade pública das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 20 profissionais, de 14 serviços de Atenção Primária à Saúde, em três cidades da Região Metropolitana de Goiânia, entre os meses de janeiro a agosto de 2018. As entrevistas foram gravadas, transcritas e tratadas com a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Da análise, emergiram duas categorias: a humilhação social dos profissionais das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde e a produção de invisibilidade pública das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. Os profissionais sofrem diferentes formas de humilhação social com o desapoio do seu trabalho e as Práticas Integrativas e Complementares padecem de invisibilidade pública pela discussão insuficiente sobre a sua oferta nas reuniões de equipe e inconsistência do registro nos prontuários dos usuários. **Conclusão:** As Práticas Integrativas e Complementares têm enfrentado uma inclusão parcial e precária na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chave:** Terapias Complementares; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Saúde Pública.

**Public invisibility of Integrative and Complementary Practices and social humiliation of workers who offer them in Primary Health Care**

**Abstract: Introduction:** “(R)existing” in the face of biomedical hegemony makes the offer of Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care even more challenging, even with the existence of a national policy that establishes its implementation. The current political and institutional scenario disfavors what moves away from the “conventional”. The primacy of maintaining the status quo results in resistance to the “different”. This influences care practices, so that Integrative and Complementary Practices can suffer obstacles and reveal tensions regarding their realization. **Objective:** To understand, from the perspective of professionals, the factors that contribute to the production of social humiliation and public invisibility of Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care. **Methods:** This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Semi-structured interviews were carried out with 20 professionals from 14 Primary Health Care services in three cities in the Metropolitan Region of Goiânia, between January and August 2018. The interviews recorded, transcribed, and treated with thematic content analysis. **Results:** From the analysis, two categories emerged: the social humiliation of professionals in Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care and the production of public invisibility of Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care. Professionals suffer different forms of social humiliation with the lack of support for their work and the Integrative and Complementary Practices suffer from public invisibility due to insufficient discussion about their offer in team meetings and inconsistency in the registration in the users' charts. **Conclusion:** Integrative and Complementary Practices have faced a partial and precarious inclusion in Primary Health Care.

**Keywords:** Complementary Therapies; Primary Health Care; Health Personnel; Public Health.

## 1. Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) receberam muita atenção nas últimas décadas no Brasil e no mundo (Cavalcanti *et al.*, 2014). Indubitavelmente, a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, e suas subsequentes atualizações, em 2017 e 2018, pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006, 2017, 2018) foram grandes marcos para a oferta das PICs no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, os trabalhadores de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), os quais são profissionais de outras áreas disciplinares que também oferecem PICs, além dos cuidados biomédicos, costumam enfrentar problemas de ordem política dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao oferecer um cuidado “diferente” do convencional no seu trabalho (Barros *et al.*, 2018; Habimorad *et al.*, 2020; Paradis & Whitehead, 2017).

Diante deste cenário relatado na literatura e a partir do estudo realizado com garis da Universidade de São Paulo foi desenvolvida a noção de invisibilidade pública (Costa, 2004), que é definida como uma cegueira psicossocial, um adoecimento presente nas classes dominantes que produz nos grupos oprimidos um sofrimento político e diferentes modos de humilhação social (Gonçalves Filho, 2004; 2013), nos parece, assim, que tal fenômeno social pode estar sendo enfrentado pelos profissionais ofertantes das PICs na APS.

Weil (2008) afirma que a humilhação social é o maior sofrimento vivido pelo proletariado. A autora abandonou a vida acadêmica para trabalhar como metalúrgica em uma fábrica da Renault, a fim de provar que o trabalho assalariado era uma escravidão disfarçada. A divisão rígida do trabalho em mecânico versus intelectual e dirigido versus dirigente provocava a opressão dos trabalhadores, uma vez que estavam impossibilitados de pensar sua prática profissional. A humilhação social é desenvolvida com a desvalorização e a diminuição da importância das ações produzidas. São palavras expressas e mensagens subliminares que podem até não ser percebidas conscientemente, mas que são sentidas. Com ela são retiradas as oportunidades de crescimento, de desenvolvimento, da produção de conhecimento e de cidadania, bem como a eliminação do sentimento de ter direitos (Costa, 2004; Gonçalves Filho, 2004; 2013; Weil, 2008).

A invisibilidade pública e a humilhação social acontecem em grupos minoritários e com menores direitos sociais (Jardim & López, 2013). Matos *et al.* (2020) identificaram a ocorrência desses fenômenos sociais sofridos pelos agentes de endemias do município de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, no Brasil. Dessa forma, esse achado pode reforçar ainda mais nosso pressuposto de que esses elementos possam estar acontecendo também com os profissionais ofertantes de Práticas Integrativas e Complementares, pois sua implementação na APS pode sinalizar o crescimento da ordem contra hegemônica do cuidado em saúde e pela experiência de constrangimentos praticados pelos outros trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional (Ruela *et al.*, 2019; Takeshita *et al.*, 2021). É nesse sentido que este estudo se apresenta com a seguinte pergunta: quais fatores podem revelar a humilhação social dos trabalhadores ofertantes dos serviços integrativos e complementares e a invisibilidade pública das PICs na APS? À vista disso, o objetivo da pesquisa é compreender os fatores que contribuem para a produção de humilhação social e invisibilidade das PICs na APS na perspectiva dos profissionais na Região Metropolitana de Goiânia (RMG), no Estado de Goiás, no Brasil.

## 2. Métodos

Trata-se de uma análise descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa, desenvolvida com os resultados de uma dissertação de mestrado intitulada Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos profissionais sobre a oferta dos serviços na Região Metropolitana de Goiânia oriunda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás sobre os sentidos que os profissionais de saúde atribuem à oferta das PICs na APS. A pesquisa também integra o macrojato, cujo título é Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de Atenção Primária em Saúde – Região Metropolitana de Goiânia.

Nesse projeto, três municípios foram excluídos: dois secretários municipais de saúde não autorizaram a realização do estudo e um não respondeu se consentia com o desenvolvimento da pesquisa ou não. Segundo o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Ministério da Saúde, 2017), nos

17 municípios participantes da pesquisa, há 234 serviços de APS. Destes, 54 não participaram do estudo, pois não estavam em funcionamento (reforma predial e/ou não foram contactados via telefone). Foi realizado um censo com os gerentes de 180 serviços de APS dos municípios da RMG para identificar quais eram as PIC e os profissionais que as ofertavam. No que se refere ao segundo semestre de 2017, existiam 23 serviços, nos quais 29 profissionais ofereciam alguma PIC, em cinco cidades na RMG.

Dos 29 identificados, 22 trabalhadores, respeitavam nosso critério de inclusão: profissionais de Saúde que oferecem alguma PIC na APS na RMG. Sete profissionais não participaram do nosso estudo: uma se recusou a participar; três não foram contactados e três haviam encerrado a oferta das PIC. Nosso critério de exclusão eram aqueles profissionais de saúde que, por motivo de falta, férias ou licença de qualquer natureza, não estavam nos serviços de APS na RMG, no período de coleta de dados que compreendeu os meses de janeiro a agosto de 2018. Assim, duas profissionais foram excluídas, pois ambas estavam de licença-prêmio. Por fim, nosso estudo contou com a participação de 20 profissionais, de 14 serviços de APS, em três municípios na RMG.

Decidimos realizar a coleta de dados com todos os profissionais que se enquadrassem e concordassem em participar do estudo, por considerarmos que não poderíamos desprezar informações ímpares, que se destacariam e com experiências singulares, sendo que seu potencial explicativo poderia ser importante para as descobertas das lógicas internas nesse grupo. Consideramos, também, privilegiar os trabalhadores da saúde da APS na RMG que detinham os atributos, características, experiências e expressões, capazes de satisfazer nossa pergunta de pesquisa (Minayo, 2017).

A coleta dos dados foi feita por entrevistas semiestruturadas, isto é, guiadas por um roteiro previamente elaborado abordando questionamentos básicos e pertinentes à investigação. Optamos por essa estratégia metodológica por ser a mais comumente utilizada nas pesquisas envolvendo os sentidos, percepções dos profissionais da APS acerca das PICs (Roberts *et al.*, 2020; Schwartz *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021). Além disso, a entrevista possibilita aprofundamento dos conhecimentos acerca do objeto pesquisado, por propiciar ajuste contínuo do processo com base em perguntas e respostas, diálogos e reflexões, os quais emergem da interação (Aspers & Corte, 2019). O instrumento utilizado para coleta de dados constou de quatro módulos, quais sejam: Perfil sociodemográfico; Processo de Formação; Trabalho com as PIC; e Valorização das PIC na UBS.

As entrevistas foram conduzidas por um único pesquisador, do sexo masculino, discente de um programa de mestrado em saúde coletiva e fisioterapeuta de um posto de saúde da família pertencente a um município que integra a RMG. Entretanto, este município não ofertava PICs em suas UBS. Com isso, o pesquisador não conhecia ou tinha contato prévio com os pesquisados. Cabe ressaltar que o entrevistador tinha experiência pregressa com a realização de entrevistas estruturadas em outros projetos de pesquisa. Diante disso, julgamos não haver necessidade de preparação ou treinamento do pesquisador, por ele estar familiarizado com este tipo de coleta de informações junto aos participantes em outros estudos.

Os participantes foram convidados a participar do estudo pelo pesquisador por meio de contato telefônico. Neste momento, foram apresentadas as credenciais do pesquisador como mestrando e membro da equipe do macroprojeto de pesquisa. Nesse primeiro contato, também foi informado ao entrevistado(a) de que se tratava de uma pesquisa para a conclusão do mestrado do pesquisador, assim como a finalidade, riscos e benefícios da pesquisa. Diante do aceite, foram agendados dias e horários para as entrevistas, nos locais de trabalho dos profissionais.

Posteriormente, realizamos a visita reforçando os objetivos do estudo, garantindo o anonimato e sigilo das informações. Diante da concordância, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser lido e assinado. Os direitos dos participantes foram protegidos mediante a informação de todos os aspectos relevantes da pesquisa, incluindo seus riscos e benefícios. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob o parecer nº 2.057.783. Durante a entrevista, realizada em consultórios médicos da UBS, não havia mais ninguém presente além do pesquisador e do participante. As entrevistas tiveram uma duração, em média, de 45 minutos, foram audiogravadas e transcritas na íntegra.

Utilizamos as duas primeiras entrevistas, também, com o objetivo de verificar possíveis inconsistências, complexidades das questões, ambiguidades ou linguagem inacessível, existência de perguntas que causassem algum embaraço ao entrevistado, incoerência na ordem das perguntas, se as questões eram demasiadamente numerosas e observar se o tempo de duração previsto seria adequado ou não. Não

houve a necessidade de adaptação do instrumento, pois observamos que as entrevistas tinham uma duração satisfatória e capaz de apreender as informações necessárias para responder nossas perguntas de investigação.

Os dados obtidos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 2016). Utilizamos um programa de apoio à análise qualitativa o software NVivo® Plus versão 12, o qual auxiliou na organização dos dados, possibilitando uma análise mais padronizada e permitindo a análise por mais de um pesquisador. Atribuímos a cada transcrição das entrevistas com a letra “P”, acrescida do número atribuído a cada participante da pesquisa correspondendo a ordem de realização do convite. Iniciamos com a pré-análise para organizar o material a ser analisado, proporcionando o primeiro contato e o momento em que começamos a conhecer os conteúdos dos documentos transcritos da coleta de dados, por meio da leitura flutuante. Em seguida, fizemos a exploração do material, em que, nessa fase, se deve recorrer ao processo interpretativo para a formação das categorias. Nessa etapa, foram identificados os códigos com semelhanças quanto ao critério semântico e selecionados os fragmentos de textos que, de fato, representavam os argumentos mais significativos. Logo, realizamos a codificação pelo método dedutivo, ou seja, à *anteriori*, em que a categorização foi realizada de maneira prévia.

O entrevistador e uma egressa do mesmo programa de pós-graduação foram treinados por dois professores e especialistas na análise de dados qualitativos, conduziram a análise de conteúdo temática. Os dados foram analisados separadamente. As análises foram comparadas e culminaram no desenvolvimento de um conjunto final de temas (códigos coincidentes). Os demais autores desta pesquisa participaram das discussões dos resultados e redação deste manuscrito. Os resultados não foram devolvidos aos participantes. A Figura 1 ilustra as categorias temáticas decorrentes dos códigos.

A última etapa de análise dos dados, consistiu no tratamento dos resultados obtidos e nas interpretações seguindo os objetivos propostos à luz dos conceitos de humilhação social e invisibilidade pública baseados nos estudos de Costa (2004), Gonçalves Filho (2004; 2013) e Weil (2008).



**Figura 1:** Síntese dos códigos e categorias temáticas originados através das entrevistas com os profissionais da Atenção Primária à Saúde da Região Metropolitana de Goiânia ofertantes de Práticas Integrativas e Complementares entre os meses de janeiro a agosto de 2018.

### 3. Resultados e Discussão

#### 3.1 A humilhação social dos profissionais das Práticas Integrativas e Complementares da Atenção Primária à Saúde

Foram entrevistados 20 profissionais de saúde. As características sociodemográficas dos participantes do estudo estão relatadas na Tabela 1.

**Tabela 1:** Perfil dos profissionais ofertantes de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde da Região Metropolitana de Goiânia entre os meses de janeiro a agosto de 2018.

Características	Frequência (Porcentagem)
<b>Sexo</b>	
<u>Feminino</u>	18 (90)
Masculino	02 (10)
<b>Faixa etária</b>	
21 a 30 anos	02 (10)
<u>31 a 40 anos</u>	08 (40)
41 a 50 anos	03 (15)
51 a 60 anos	07 (35)
<b>Cor da pele</b>	
Amarela	01 (05)
<u>Branca</u>	09 (45)
Parda	08 (40)
Preta	02 (10)
<b>Religião</b>	
<u>Católica</u>	08 (40)
Espírita	05 (25)
Protestante	04 (20)
Não declarada	03 (15)
<b>Escolaridade</b>	
<u>Ensino superior</u>	18 (90)
Ensino médio	02 (10)
<b>Prática Integrativa ofertada</b>	
Acupuntura	02 (4,65)
Arteterapia	02 (4,65)
<u>Auriculoterapia</u>	09 (20,9)
Reiki	03 (6,97)
Shantala	01 (2,32)
Terapia Comunitária	03 (6,97)
<b>Função</b>	
Agente de saúde	01 (05)
Assistente social	02 (10)
Cirurgião-dentista	01 (05)
<u>Enfermeira</u>	06 (30)
Farmacêutico	02 (10)
Fisioterapeuta	02 (10)
Nutricionista	02 (10)
Psicólogo	02 (10)
Técnico de enfermagem	01 (05)
Terapeuta ocupacional	01 (05)
<b>Total</b>	<b>20 (100)</b>

Os profissionais têm o direito de realizar as PICs no dia estabelecido para tal, porém, nem sempre é respeitado, pois não podem se ausentar da UBS devido às tarefas tidas como prioritárias pela gerência da UBS e os gestores da SMS. Portanto, existe uma subordinação hierárquica e controversa nos processos de trabalho destes profissionais. Eles têm uma certa autonomia para oferta das PIC, contudo, não possuem independência para escolher quais atividades devem priorizar na UBS. Desse mesmo modo, as enfermeiras que ofertam Auriculoterapia nas UBS sentem-se sobrecarregadas, pois não podem abandonar a realização de outras atividades, consideradas básicas no processo de trabalho na APS. Uma delas afirmou que “estava ficando um pouco difícil, porque até a gestora veio conversar: ‘olha, tem os outros grupos’. Aí como estavam querendo que aumentasse a quantidade de eu pôr os pontinhos [a auriculoterapia], eu falei assim: ‘não, não dá’”. (P14)

Essas profissionais vivenciam um processo de sobrecarga que se soma aos diferentes formatos de desvalorização do seu trabalho. Embora percebam as consequências do acúmulo de tarefas e rebaixamento social, elas não enfatizam o seu direito de “reclamar”, de reivindicar melhores condições de trabalho, possivelmente por uma submissão inconsciente e “o sentimento de não possuir (ou possuir menos) direitos” (Bosi, 2002; Jardim & López, 2013).

Os relatos de uma psicóloga que oferta Terapia Comunitária acrescentam mais detalhes sobre os obstáculos vivenciados para desenvolver as PICs na APS. As narrativas mostram que a dificuldade de liberação para se ocupar das PICs é também relacionada com uma descrença sobre a prática. Como afirmou,

“Eu não sinto uma valorização do trabalho. Quando eu falei para eles [equipe] que eu estava querendo treinar e sensibilizar as pessoas para ocupar esse lugar de liderança que hoje eu ocupo [na Terapia Comunitária] (...) eu fui ‘malhada’ até dizer chega. Quando eu fui falar sobre essa possibilidade, as duas colegas que tem formação, pós-graduação em Terapia Comunitária, [disseram:] ‘não, você tá jogando o meu diploma no lixo’. Então, se eu quero fazer Terapia Comunitária é porque eu quero. Porque o meu trabalho tinha que ser aqui nas quatro paredes”. (P5).

Claro que essa “barreira”, com o tempo, ganha a dimensão de um golpe sutil, uma mensagem que vai minando suas forças, seu desejo, sua vontade. Um sentimento de angústia, de desvalorização, de desinvestimento, de solidão. Em suas palavras:

“Não sou especialista em Terapia Comunitária, mas eu faço isso com muito carinho, com muito gosto e gosto do que faço e vejo que tem um resultado, ninguém quer pôr a mão, ninguém quer trocar. Você está gostando de fazer? Então, continue fazendo”. (P5)

Observa-se em seus relatos um misto de satisfação e reconhecimento de sua importância no trabalho, mas também um sentimento de angústia pelo desrespeito e desconsideração ao oferecer essas práticas aos usuários. Ademais, o desconhecimento e o desapoio do trabalho com as PICs levam à humilhação do profissional, que tem seu trabalho considerado como um passatempo:

“Dá impressão que é uma coisa de passar tempo, não funciona. Os profissionais têm dificuldade de ver a gente saindo, não atendendo os pacientes aqui e atendendo lá fora”. (P5)

Há uma “confusão”, com mensagens contraditórias e incongruentes transmitidas pela equipe e pela coordenação do serviço. Por um lado, as PICs são consideradas importantes e até fundamentais, mas, por outro, não fazem parte do quadro de prioridades. Gonçalves Filho (2004; 2013) nos ajuda a compreender a questão ao afirmar que a humilhação social é um fenômeno histórico, político, externo, construído socialmente através do tempo e, também, interno ao indivíduo e psicológico. Em outros termos, refere-se a um efeito de desigualdade política, afastando uma classe inteira de sujeitos do contexto intersubjetivo da iniciativa e da palavra.

Muitas entrevistadas relataram eventos semelhantes de humilhação social. Narraram um sentimento de exclusão, de estarem separadas, de não pertencimento, impossibilitadas de se expressarem, de mostrarem o valor e a eficácia da prática. Por meio de todas estas percepções identificam uma não validação das PICs como parte dos arsenais terapêuticos da APS e a sua subvalorização como ofertantes dessas práticas. Tais fatos ficam evidentes nos extratos que seguem, em que as entrevistadas afirmam que: “Uma coisa que é bem assim afastadora é achar que o que acontece no serviço não tem nada a ver com a terapia [comunitária]. É como se ela não pertencesse ao serviço”. (P5)

As profissionais entrevistadas declaram dificuldades no espaço técnico e político, porém o espaço físico, propriamente, é um problema concreto. Não existem locais apropriados dentro das unidades para a realização das PICs. Muitas vezes, é realizada nas praças, salões de igreja, auditórios, recepção da UBS, associações de bairro, salas de reuniões, salas de atendimento, bancos das áreas externas, entrada da unidade ou nos fundos dela. A narrativa abaixo expõe essa falta quando a entrevistada afirma que:

“A gente tem um local aqui que é da igreja católica que eles emprestam o salão comunitário para a gente trabalhar, para a gente reunir”. (P6)

A falta de espaço adequado para a realização de uma prática não biomédica dentro do serviço de saúde, conforme relatado por várias profissionais, é um fenômeno também observado em Israel e denominado por eles de “marginalização espacial” (Shuval *et al.*, 2012). Observou-se naquele país que as PICs são desenvolvidas em ambientes afastados dos serviços de saúde ou até mesmo fora do seu território de cobertura. Assim, os profissionais são admitidos nos serviços, porém na periferia do seu espaço social e geográfico, protagonizando um status imaginário de um ser de outro mundo.

Essa tensão, dividindo o mesmo ambiente de trabalho, pode ser explicada pelo conceito de *boundary at work* (fronteira no trabalho). Nele ocorre a exclusão e a marginalização de alguns profissionais, sendo eles apontados como forasteiros, mediante os processos multidimensionais de definição das fronteiras simbólicas no campo (Fox, 2011).

A resistência da inclusão das PICs também foi evidenciada nos sistemas de saúde do Canadá (Hollenberg & Muzzin, 2010), Estados Unidos (Schwartz *et al.*, 2021) e Reino Unido (Sharp *et al.*, 2018). De modo geral, a oposição entre a biomedicina e as PICs foi relacionada a: desvalorização de conhecimentos de saúde não biomédicos; aceitação de evidências restritas; e a criação de uma visão de mundo monolítica biomédica (Gale, 2014; Kidd, 2013). Consta-se, desta maneira, que os profissionais “não-biomédicos” estudados nesses países passam por processos semelhantes de desvalorização e falta de reconhecimento.

São muitas as consequências da humilhação social continuada e, do ponto de vista coletivo, pode trazer a perda do desejo de criar e realizar formas de cuidado humanizadas. As perdas individuais e coletivas que estão sendo produzidas pelas equipes de profissionais e gestores dos serviços de saúde que desapoiam os profissionais que ofertam as PICs são significativas. O trabalho pouco valorizado com uma prática de cuidado desvalorizada, reduz o desejo de muitos profissionais de saúde serem “atores” e agentes de mudança. Com isso, importam-se menos com a qualidade de vida da comunidade e substituem as práticas de produção de vida do seu cuidado em práticas estéreis.

### 3.2 A produção de invisibilidade pública das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde

Existe uma invisibilidade pública das PICs o que se evidencia pela desuniformização do registro nos prontuários dos usuários e a desautorização durante a realização das reuniões de equipe. Segundo Costa (2004), a invisibilidade pública produz o desaparecimento intersubjetivo de um homem no meio de outros homens. Weil (2008) passou pela experiência de “escravidão” ao trabalhar como operária, como escreveu em seu diário: “a escravidão me fez perder totalmente o sentimento de ter direitos” (p. 206). Assim, vivenciou a crise, o desemprego, a dominação. Ela considerava que as forças motrizes da violência seriam a grande indústria, a polícia, o exército e a burocracia. A subordinação como meio de opressão fica evidente no relato dos profissionais que não se autorizam a falar sobre seu trabalho nas reuniões de equipe:

“Muito difícil tocar no assunto, porque as pessoas não acreditam. Não existe esse interesse por parte da equipe... Talvez, eu não saiba informar adequadamente a característica do trabalho, o que é para ser feito, o que pode ser feito e qual a vantagem desse trabalho”. (P16)

Estes trabalhadores enfatizam o sentimento de não permissão para relatar seu trabalho com as PICs e ainda se questionam se estão errados por não tocar no assunto. Assim, um círculo vicioso se forma: os profissionais não se sentem seguros para compartilhar com a equipe sua experiência, a equipe, por sua vez, acaba por não se interessar pela prática, não estimulando sua explanação, com isso, os casos não são discutidos e os pacientes não são acompanhados. A reunião de equipe é uma ocasião em que as pessoas se mostram, em que suas personalidades e individualidades emergem mais claramente e são importantes para a organização e estruturação do trabalho, para o estabelecimento de diretrizes, sendo um momento crucial para a tomada de decisões. Nas reuniões, os casos dos pacientes podem ser discutidos numa visão interdisciplinar, com a construção de projetos e planos de atendimento coletivos (Grando & Dall’Agnol, 2010).

Porém, os participantes descrevem a sensação de não estarem em “pé de igualdade” com os profissionais biomédicos, ocupando, portanto, um lugar de inferioridade. A ocupação deste lugar subordinado demonstra a existência de um jogo de poder e de dominação entre os diferentes profissionais de saúde “incluídos”, restritos às práticas alopáticas, e os “excluídos”, que detêm outras práticas de cuidado na APS (Barros *et al.*, 2018).

A presença das PICs cria um tensionamento com o paradigma dominante, com a visão centrada na doença, no hospital, na biomedicina. Todo esse contexto gera conflitos, disputas de poder, não apenas por quem “manda”, por quem detêm o conhecimento, mas também por quem está autorizado a “cuidar”, a “ser reconhecido” como um profissional de saúde (Paradis & Whitehead, 2017). Tanto que não se nota a presença da categoria médica ofertando PICs na RMG, cuja presença poderia trazer “mais credibilidade”

às PICs, facilitando a adesão da gerência e da equipe. Todavia, essa ausência da participação médica parece acentuar a invisibilidade das PICs.

A ausência da discussão das PICs nas reuniões de equipe estende-se para a ausência de informações nos prontuários dos praticantes, que é um importante meio de comunicação entre os profissionais, funcionando como um instrumento de integração da equipe de saúde para desenvolver a coordenação dos cuidados de APS. O prontuário é imprescindível para que se realize o acompanhamento longitudinal dos pacientes e para que as informações possam ser transferidas aos diversos especialistas, garantindo, assim, a continuidade dos cuidados (Pinto, 2005).

As informações sobre os praticantes das PICs são anotadas de diversas maneiras: as vezes em prontuários físicos ou eletrônicos, outra em cadernos e livros-atas. No entanto, a maior parte dos profissionais não faz o relato das PICs nos prontuários dos participantes. Assim, os profissionais não se apropriam do que fazem, não têm como avaliar o progresso dos seus pacientes perante a equipe, talvez perdendo a identidade de cuidadoras de fato. Tornam-se, deste modo, “invisíveis como profissionais da saúde”. Ser invisível, sofrer por não ser visto, é um sofrimento político e um fenômeno psicossocial que assume caráter crônico nas sociedades capitalistas com a reificação (Gonçalves Filho, 2004; 2013).

A reificação se caracteriza como um processo pelo qual o valor (de pessoas, objetos, instituições, relações) se apresenta à consciência dos homens como valor sobretudo econômico, como valor de troca, mercadoria. Portanto, o trabalho reificado não aparece por suas qualidades, um trabalho concreto, mas como um trabalho abstrato, para ser vendido. São criadas, assim, relações entre coisas. Com isso, o homem se apaga, se mantém à sombra. Tudo passa a contar, primariamente, como mercadoria, isto é, o homem é transformado em coisa (Costa, 2004; Gonçalves Filho, 2004; 2013). A reificação fica evidente nos relatos a seguir: “A gente registra nesse caderno. Porque é exigida a produtividade, para lançar no computador” (P7); “a gente precisa fazer lançamento desses usuários no sistema da prefeitura (P9)”.

Sumariamente, a humilhação social e a invisibilidade pública dos profissionais que trabalham com as PICs na APS é uma questão mais ampla do que parece. Não é apenas uma simples falta de espaço na agenda das reuniões de equipe para que as PICs sejam discutidas, ou de falta de solicitação por parte da coordenação para que os profissionais mantenham os prontuários atualizados quanto à vida do paciente. Portanto, é um fato regular, conforme se notam nas narrativas dos profissionais, e, sem dúvida, isso levanta um questionamento: quais prejuízos e impactos, não apenas às PICs, mas também à toda a equipe, ao sistema de saúde e, principalmente, aos usuários, são causados em consequência da invisibilidade pública e a humilhação social?

A PNPIC passou por duas atualizações no último quadriênio e o escopo de PICs ofertadas pelo SUS foi ampliado para 29 diferentes práticas (Brasil, 2017, 2018). Logo, o escopo de PICs ofertadas pelo SUS foi ampliado durante o período da pesquisa, em que se considera uma limitação temporal do trabalho. Imersos nessa “integração precária” (Barros *et al.*, 2020), de reprodução de conhecimento e constrangimento pelas relações hierárquicas pré-existentes, os profissionais parecem não conseguir estabelecer uma comunicação legítima do lugar que lhes pertence entre as práticas de cuidado com PICs na APS. Eles estão autorizados a exercer seus conhecimentos, por direito conquistado com a PNPIC, porém, sua capacidade de falar e agir de maneira autorizada e com autoridade não parece acontecer nos serviços de saúde (Jardim & López, 2013).

#### 4. Considerações Finais

Nosso estudo analisou as PIC nos serviços de APS da RMG na perspectiva dos profissionais de saúde e nos levou a concluir que o seu trabalho esbarra em dificuldades simbólicas que circunscreve múltiplos modos de invisibilidade pública e humilhação social. Sofrem com a omissão da gestão e os demais profissionais que integram as equipes de saúde em apoiar a sua execução. Esses achados só poderiam ser encontrados através da abordagem qualitativa, pois eles emergiram a partir das narrativas analisadas em profundidade. O apontamento da ocorrência destes fenômenos sociais pelos participantes sentidos, vivenciados, experienciados, dificilmente, seriam expressos em um questionário estruturado e expostos em uma entrevista fechada. Sem dúvidas, os instrumentos e análise qualitativos foram essenciais para apreender a temática em foco.

As evidências deste estudo sugerem que os profissionais alternativos sofrem um *apartheid* epistemológico, pois as PICs também inexistem nas discussões entre as equipes dos serviços de APS. Enfrentam o apagamento cultural, isto é, o poder biomédico define, de modo inconsciente, que elas são inferiores. O establishment, ou seja, as normas e o controle da classe dominante (a biomedicina), expulsa a realização das PICs de dentro dos serviços de saúde, colocando-as em espaços improvisados, inadequados e/ou nos “fundos ou fora” das unidades. Outra importante informação encontrada que reforça essas ideias foi a inexistência do registro das PICs nos prontuários dos usuários. A PNPIC poderia representar uma conquista social e histórica. Em conjunto, os resultados deste estudo indicam que as PICs estão incluídas, mas ainda “fora” do sistema de Saúde. Ainda que entreposta no serviço, são vistas como algo a mais, um extra, que não estão atreladas as demais atividades, atendimentos e práticas de cuidado.

## 5. Referências

- Aspers, P., & Corte, U. (2019). What is Qualitative in Qualitative Research. *Qualitative Sociology*, 42, 139-160.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Barros, L. C. N., Oliveira, E. S. F., Hallais, J. A. S., Teixeira, R. A. G., & Barros, N. F. (2020). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. *Escola Anna Nery*, 24(2), e20190081.
- Barros, N. F., Spadacio, C., & Costa, M. V. (2018). Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde Debate*, 42, 163-173.
- Bosi, A. Fenomenologia do Olhar. (2002). In Aguiar F. Editor *et al*, *O olhar*. Companhia das Letras.
- Brasil. (2006). 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.
- Brasil. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 11 mar. 2020.
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. *Portaria nº 702, de 21 de março de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional. Diário Oficial da União.
- Cavalcanti, F., Amado, D., Asquidamini, F., Rocha, P. R. S., Sá, R. M., & Campos, T. P. (2014). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: histórico, avanços, desafios e perspectivas. In Barreto, A. F. Editor, *Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação*. UFPE.
- Costa, F. B. (2004). *Homens invisíveis – relatos de uma humilhação social*. Globo.
- Fox, N. J. (2011). Boundary Objects, Social Meanings and the Success of New Technologies. *Sociology*, 45(1), 70-85.
- Gale, N. (2014). The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *Sociology Compass*, 8(6), 805-822.
- Gonçalves Filho, J. M. (2004). A invisibilidade pública. In Costa, F. B. Editor, *Homens invisíveis – relatos de uma humilhação social*. Globo.
- Gonçalves Filho, J. M. (2013). Humilhação Social: humilhação política. In Souza, B. P. Editor, *Orientação à queixa escolar*. Casa do Psicólogo.
- Grando, M. K., & Dall’Agnol, C. M. (2010). Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia Saúde da família. *Escola Anna Nery*, 14(3), 504-510.
- Habimorad, P. H. L., Catarucci, F. M., Bruno, V. H. T., Silva, I. B., Fernandes, V. C., & Demarzo, M. M. P. (2020). Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 395-405.
- Hollenberg, D., & Muzzin, L. J. (2010). Epistemological challenges to integrative medicine: an anti-colonial perspective on the combination of complementary/alternative medicine with biomedicine. *Health Sociology Review*, 19(1), 34-56.
- Jardim, D. F., & López, L. C. (2013). *Políticas da Diversidade: (In)visibilidades, pluralidade e cidadania em uma perspectiva antropológica*. Editora da UFRGS.

- Kidd, I. J. (2013). A pluralist challenge to "integrative medicine": Feyerabend and Popper on the cognitive value of alternative medicine. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Science*, 44(3), 392-400.
- Matos, G. C. R., Silva, J. M., & Silveira, A. M. (2020). Trabalho e saúde: a perspectiva dos agentes de combate a endemias do município de Belo Horizonte, MG. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45, e15.
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista de Pesquisa Qualitativa*, 5, 1-12.
- Ministério da Saúde. (2017). *SCNES – Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde*. Consultado a 8 de janeiro de 2017. [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades.asp?VEstado=52&VMun=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=52&VMun=)
- Paradis, E., & Whitehead, C. R. (2017). Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles 1954–2013. *Medical Education*, 49, 399-407.
- Pinto, E. C. (2005). *Prontuário do paciente: informações para a gestão em saúde*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz.
- Roberts, K., Betts, D., Dowell, T., & Nie, J. B. (2020). Why are we hiding? A qualitative exploration of New Zealand acupuncturists views on interprofessional care. *Complementary Therapies in Medicine*, 52, 102419.
- Ruela, L. O., Moura, C. C., Gradim, C. V. C., Stefanello, J., Lunes, D. H., & Prado, R. R. (2019). Implementação, acesso e uso das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11), 4239-4250.
- Schwartz, M. R., Cole, A. M., Keppel, G. A., Gilles, R., Holmes, J., & Price, C. (2021). Complementary and Integrative Health Knowledge and Practice in Primary Care Settings: A Survey of Primary Care Providers in the Northwestern United States. *Global Advances in Health and Medicine*, 10, 1-9.
- Sharp, D., Lorenc, A., Feder, G., Little, P., Hollinghurst, S., Mercer, S., & MacPherson, H. (2018). '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*, 18(1), 290.
- Shuval, J. T., Gross, R., Ashkenazi, Y., & Schachter, L. (2012). Integrating CAM and Biomedicine in Primary Care Settings: Physicians' Perspectives on Boundaries and Boundary Work. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1317-1329.
- Silva, P. H. B., Barros, L. C. N., Barros, N. F., Teixeira, R. A. G., & Oliveira, E. S. F. (2021). Formação Profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 399-408.
- Takehita, I. M., Sousa, L. C. S., Wingester, E. L. C., Santos, C. A., & Aroeira A. S. (2021). A implementação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 7848-7861.
- Weil, S. (2008). *A condição operária e outros escritos sobre a opressão*. Paz e Terra.

### Pedro Henrique Brito da Silva

Secretaria de Saúde do Município de Senador Canedo, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-3552-0439>

[pedrobryto@gmail.com](mailto:pedrobryto@gmail.com)

### Ellen Synthia Fernandes de Oliveira

Universidade Federal de Goiás, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-0683-2620>

[ellen@ufg.br](mailto:ellen@ufg.br)

### Nelson Filice de Barros

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-2389-0056>

[filice@unicamp.br](mailto:filice@unicamp.br)

### Leylaine Christina Nunes de Barros

Secretaria do Estado da Saúde do Distrito Federal, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-1599-7571>

[anjinhossecia@hotmail.com](mailto:anjinhossecia@hotmail.com)



**Janáína da Câmara Zambelli**

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0003-1599-7571>

 [jcsateles@gmail.com](mailto:jcsateles@gmail.com)

**Data de submissão:** 02/2022

**Data de avaliação:** 04/2022

**Data de publicação:** 07/2022