



Andrezza Lima Muricy

Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária:

Uma proposta de ordenação do cuidado em saúde mental a partir das práticas integrativas e complementares em saúde

Santo Antônio de Jesus -BA

2021

Andrezza Lima Muricy

Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária:

Uma proposta de ordenação do cuidado em saúde mental a partir das práticas integrativas e complementares em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Moraes Cortes

Linha de Pesquisa: Atenção Integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

Santo Antônio de Jesus -BA

2021

Good Practices in Community Mental Health: a proposal for ordering mental health care based on integrative and complementary health practices

M977b Muricy, Andrezza Lima.

Boas práticas em saúde mental comunitária: uma proposta de ordenação do cuidado em saúde mental a partir das práticas integrativas e complementares em saúde / Andrezza Lima Muricy. – Santo Antônio de Jesus, Ba, 2021.

167 f.:il.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Moraes Cortes

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, 2021.

1. Saúde mental. 2. Práticas de cuidado. 3. Terapias complementares. I. Cortes, Helena Moraes. II. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 362.2

Ficha catalográfica elaborada por:
Magali Alves Albuquerque

CRB-5/1438

Andrezza Lima Muricy

Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária:

Uma proposta de ordenação do cuidado em saúde mental a partir das práticas integrativas e complementares em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 04/08/2021

Banca Examinadora

Profa. Dra. Milena Hohmann Antonacci

Universidade Federal de Pelotas

Profa. Dra. Paula Hayasi Pinho

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profa. Dra. Rosa Cândida Cordeiro

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profa. Dra. Helena Moraes Cortes (Orientadora)

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Santo Antônio de Jesus -BA

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Fé que sempre me acompanharam e continuam me acompanhando.

À minha mãe, Susane, companheira, amiga, fruto da minha admiração, que me incentivou e me deu todo o apoio que precisei para realizar este mestrado. Ao meu pai, Jessenilson atencioso, e que também sempre esteve ao meu lado, apoiando-me na jornada da vida.

A Rodrigo, meu companheiro, meu amor, meu amigo. Sou muito grata por todo o suporte, apoio e incentivo para a conclusão deste mestrado. Agradeço também a paciência, o carinho e todo seu amor. Fico contente em partilhar as conquistas da vida com você.

À toda minha família, incluindo a família que ganhamos na trajetória da vida como a de Rodrigo, pelo apoio, ensinamentos e carinho.

À minha orientadora, Helena Moraes Cortes, pela bela condução, pelos ensinamentos e suporte durante todo o desenvolvimento deste trabalho. Às Professoras do Mestrado e da Banca de Qualificação pelos momentos incríveis de aprendizados e pela contribuição para minha formação e para a construção de um trabalho mais qualificado.

Aos colegas mestrandos que tornaram a trajetória mais leve, acolhedora e de grande aprendizado, sou grata a cada um. Em especial, Elaine Nunes, pelo companheirismo nessa jornada, apoio e acolhimento nos momentos difíceis.

Aos meus amigos que ficaram do colégio, faculdade, residência e do trabalho, que me apoiaram, e estiveram comigo nesta longa caminhada. Em especial a Ana Carolina, Jessivaldo, Suellen, Clarissa e Priscila pelo apoio nos momentos difíceis e por sempre me incentivar nesse caminhar.

Ao programa de Residências Integradas FESF-SUS/ Fiocruz e à coordenação de desenvolvimento de pesquisa de Camaçari-Ba que apoiaram e permitiram o desenvolvimento deste trabalho.

Às pessoas que participaram do estudo pela disponibilidade e compartilhamento das suas histórias, vivências e experiências.

E, por fim, a cada abraço, palavra de conforto, sorriso e a todas as pessoas que puderam participar dessa trajetória.

“Ninguém nasce feito, ninguém nasce marcado para ser isso ou aquilo. Pelo contrário, nos tornamos isso ou aquilo. Estamos programados, mas, para aprender. A nossa inteligência se inventa e se promove no exercício social de nosso corpo consciente. Se constrói. Não é um dado que, em nós, seja um a priori da nossa história individual e social.”

Paulo Freire, 1993.

RESUMO

A concepção de cuidado e os modelos de atenção às pessoas que sofrem mentalmente foram questionados e modificados ao longo da história de assistência à saúde no Brasil. O modelo de atenção psicossocial, defendido pela reforma psiquiátrica, luta pela qualificação do cuidado com o intuito de promover a reinserção social, o desenvolvimento de autonomia e a consolidação do cuidado integral às pessoas que sofrem mentalmente. Neste contexto, destacam-se práticas terapêuticas não convencionais - as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) - que possibilitam o cuidado integral em saúde mental e podem se configurar como boas práticas em saúde mental no território. Considerando a necessidade de consolidar o discurso e a prática de um cuidado integral e centrado nos sujeitos em sofrimento psíquico, a dissertação de mestrado teve como objetivo propor a ordenação do cuidado em saúde mental considerando a abordagem das PICS nos serviços primários em um município da região metropolitana de Salvador - BA. O presente trabalho utilizou o referencial teórico de Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária concebido por *Thornicroft e Tansella* (2010) e a proposta metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Diante do cenário de pandemia do COVID-19, os dados do presente trabalho foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com usuários e trabalhadores selecionados e pelo grupo convergente assistencial on-line para a construção da “Cartilha de recomendação aos serviços primários para implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem em PICS”. As experiências relatadas e vivenciadas pelos profissionais e usuários desse estudo demonstraram que a oferta de PICS no território possibilita serviços mais flexíveis, acessíveis, que considera as singularidades e os desejos dos sujeitos e têm efeito terapêutico, sendo, portanto, uma estratégia potente no contexto da atenção primária para o cuidado em saúde mental. O modelo de cuidado em saúde mental utilizando a abordagem das PICS construído pode proporcionar novos sentidos do modo de viver, produzindo saúde e ampliando a oferta terapêutica na APS, podendo consolidar o cuidado integral às pessoas que sofrem e ser adotado em outros espaços de cuidado. Nesse sentido, as PICS nos serviços primários podem ser uma estratégia de Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária por apresentar resultados com base na ética, evidência e nas experiências dos serviços. Nessa perspectiva, a legitimação das PICS como oferta de cuidado em saúde mental de forma institucional nos serviços primários é necessária e possibilitará a garantia de um cuidado integral, além da ampliação e pluralização do cuidado em saúde mental no contexto da atenção básica.

Palavras-chave: Saúde Mental. Terapias Complementares. Atenção Primária à Saúde. Boa prática.

ABSTRACT

The concept of care and care models for people who suffer mentally have been questioned and modified throughout the history of healthcare in Brazil. The psychosocial care model, defended by the psychiatric reform, fights for the qualification of care in order to promote social reintegration, the development of autonomy and the consolidation of comprehensive care for people who suffer mentally. In this context, non-conventional therapeutic practices stand out - Integrative and Complementary Health Practices (ICHPs) - which enable comprehensive care in mental health and can be configured as good practices in mental health in the territory. Considering the need to consolidate the discourse and practice of comprehensive care centered on subjects in psychological distress, the master's thesis aimed to propose organization of mental health care considering the approach of ICHPs in primary services in a municipality in the metropolitan region of Salvador BA. This study used the theoretical framework of Good Practices in Community Mental Health conceived by Thornicroft and Tansella (2010) and the methodological proposal of the Convergent Care Research (CCR). In view of the COVID-19 pandemic scenario, the data for this study were obtained through semi-structured interviews carried out with selected users and workers and by the online assistance convergent group for the construction of the "Recommendation booklet to primary services for the implementation of the mental health care with the ICHPs approach". The experiences reported and lived by the professionals and users of this study showed that the provision of ICHPs in the territory allows for more flexible, accessible services, which consider the singularities and desires of the subjects and have a therapeutic effect, being, therefore, a powerful strategy in the context of primary care for mental health care. The mental health care model constructed using the ICHPs approach can provide new meanings for the way of living, producing health and expanding the therapeutic offer in PHC, which can consolidate comprehensive care for people who suffer and be adopted in other care spaces. In this sense, the ICHPs in primary services can be a strategy of Good Practices in Community Mental Health, as they present results based on ethics, evidence and experiences in the services. From this perspective, the legitimization of ICHPs as an institutional mental health care offer in primary services is necessary and will enable the guarantee of comprehensive care, in addition to the expansion and pluralization of mental health care in the context of primary care.

Keywords: Mental Health. Complementary Therapies. Primary Care. Best Practice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Pontos ou Áreas Reflexas Existentes no Pavilhão Auricular.....	32
Figura 2 -	Localização da Região Metropolitana de Salvador- BA.....	45
Quadro 1 -	Síntese das Evidências Sobre o Uso Das PICS em Saúde Mental.....	38
Quadro 2 -	Oferta de PICS nos USF selecionadas para o Estudo.....	46
Quadro 3 -	Entrevista com usuário.....	49
Quadro 4 -	Entrevista profissionais de saúde.....	50
Quadro 5 -	Síntese das categorias e subcategorias temáticas.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CANMAT	Rede Canadense de Tratamento do Humor e Ansiedade
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF	Estratégia da Saúde da Família
GT	Grupos Técnicos
BEM	Medicina Baseada em Evidência
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MT/MCA	Medicina tradicional e complementar/alternativa
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REME	Movimento de Renovação Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TIC	Tecnologia de informação e comunicação
T & T	Thornicroft e Tansella
UBS	Unidade Básica de Saúde

USF Unidade de Saúde da Família
WHO *World Health Organization*

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	15
2	OBJETIVOS	24
2.1	OBJETIVO GERAL.....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1	BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL: A ÉTICA.....	25
3.1.1	Ética Das Práticas Integrativas e Complementares	28
3.2	BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL: EVIDÊNCIAS.....	29
3.3	BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIAS.....	40
4	CAMINHO METODOLÓGICO	43
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	43
4.2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	43
4.2.1	Cenário do Estudo	44
4.2.2	Participantes do Estudo	47
4.2.3	Coleta de Dados	48
4.3	PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	51
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	51
5	RESULTADOS	53
5.1	ACESSO AO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL POR MEIO DAS PICS.....	54
5.1.1	Barreiras de Acesso para o Cuidado Integral em Saúde Mental	54
5.1.2	Estratégias e a Organização da Equipe para Facilitar o Acesso ao Usuário em Sofrimento Psíquico	57
5.2	PICS COMO EXPERIÊNCIA DE CUIDADO AMPLIADO EM SAÚDE MENTAL.....	60
5.3	PARTICIPAÇÃO COLABORATIVA DOS ENTREVISTADOS.....	67
5.4	CONSTRUÇÃO DA CARTILHA DE RECOMENDAÇÃO AOS SERVIÇOS: GRUPO CONVERGENTE ASSISTENCIAL.....	71
5.4.1	Cartilha de recomendação aos serviços primários para implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem em PICS	73

6.	DISCUSSÃO.....	85
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
	REFERÊNCIAS.....	108
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	119
	APÊNDICE B - Carta convite aos serviços.....	121
	APÊNDICE C - Carta de anuência para realização de pesquisa.....	122
	APÊNDICE D - Carta de anuência para realização de pesquisa.....	123
	APÊNDICE E - Entrevistas com profissionais de saúde.....	124
	APÊNDICE F - Entrevista com usuários.....	125
	APÊNDICE G - Síntese dos resultados antes da construção da cartilha de recomendação aos serviços.....	126
	APÊNDICE H - Artigo publicado no ebook saúde da família em terras baianas.....	130
	APÊNDICE I – Artigo.....	146
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	159
	ANEXO B – Carta de anuência para realização de pesquisa.....	164
	ANEXO C – Carta de anuência.....	165

APRESENTAÇÃO

Sou Andrezza Lima Muricy, mulher, médica de família e comunidade, formada em medicina no ano 2016.2. A aproximação com a Atenção Básica iniciou-se ainda na graduação como integrante do diretório acadêmico que possibilitou discussões e reflexões pautadas nos modelos assistenciais, potencialidade da atenção básica, educação médica e popular entre outros, e foram de extrema importância para minha atual escolha e formação profissional.

Em 2017.1 ingressei na Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da FESF-SUS. O cotidiano do trabalho, ainda na residência, fez-me perceber o quanto as práticas medicalizantes e biologicistas eram insuficientes para a oferta de um cuidado integral. Busquei, então, o conhecimento de outras estratégias de oferta de cuidado. Comecei a estudar sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Iniciei meus estudos com fitoterapia e plantas medicinais e, logo após, realizei o Curso de Formação em auriculoterapia para Profissionais da Atenção Básica, ofertado pelo Ministério da Saúde. A auriculoterapia, técnica que proporciona a regulação psíquico-orgânica por meio do estímulo de pontos energéticos no pavilhão auricular, proporcionou muitas vivências e experiências exitosas no cuidado aos usuários do SUS.

No primeiro ano de residência, em 2017, uma vivência com uma usuária em sofrimento psíquico marcou minha trajetória. Tínhamos encontros quase que semanais, devido às crises ansiosas e depressivas. Ela já estava nesse quadro há 03 anos com período de melhoras e pioras e em uso de medicações contínuas. Ofereci a auriculoterapia e um grupo voltado a práticas corporais. Aos poucos, a usuária que chegava aos “prantos” no consultório, começou a se arrumar, frequentar a igreja, fazer o almoço e promover seu autocuidado. Não apresentou mais crises e, em menos de um ano, ela descontinuou as medicações e não precisava mais da ajuda de terceiros para promover o seu autocuidado.

Essa vivência evidenciou o quanto o estímulo ao autocuidado, promoção e reabilitação em saúde é possível, utilizando estratégias e ferramentas não convencionais e não medicalizantes. Aos poucos fui observando e vivenciando como poderia ser potente o uso de PICS como ferramenta de promoção à saúde.

No segundo ano da residência adoeci. Tive crises de ansiedade e durante esse período vivenciei e experimentei cada vez mais as PICS. Utilizei Práticas Meditativas, Acupuntura, Auriculoterapia e *ThetaHealing*. Essa experiência possibilitou um maior autoconhecimento,

promoção do autocuidado e ressignificação do meu processo de adoecimento. Após esse momento as PICS já estavam mais presentes no meu cotidiano.

Finalizei a residência em 2019.1 e, logo após, comecei a trabalhar como preceptora da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da FESF-SUS em outra unidade de saúde da família no município de Camaçari - BA com inserção de quarenta horas semanais.

Durante o trabalho cotidiano na atenção primária observei que os profissionais tinham dificuldade de acolher e possibilitar outras ferramentas geradoras de cuidado em saúde mental. As abordagens eram geralmente medicalizantes e não privilegiavam a saúde integral do sujeito. O problema ficou mais evidente quando comecei a trabalhar nessa outra USF mais distante do centro, após concluir a residência.

Paralelo a esse contexto, as unidades de campo de prática da residência apresentam um marco, a oferta de PICS aos usuários do território. A oferta emergiu do interesse de alguns profissionais, sendo concentrada em algumas unidades e hoje acontece em todas as unidades do programa de residência, tendo o ano de 2019 como um marco dessa expansão. Em algumas USF a oferta ainda é limitada, pouco estruturada e poucos usuários têm acesso. A minha observação cotidiana, vivência na residência e o diálogo com os trabalhadores das diversas unidades do programa de residência possibilitaram a minha percepção e defesa das PICS como estratégia de cuidado em saúde mental.

A proposta de ordenação do cuidado dos usuários em sofrimento psíquico considerando a abordagem das PICS emergiu desse contexto. A necessidade de ordenar a assistência desses sujeitos, de possibilitar um melhor acesso, um cuidado longitudinal e práticas que permitam a promoção de saúde e a ressignificação do adoecimento psíquico dos usuários foi a motivação para a construção do objeto de estudo deste trabalho.

1. CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A concepção de cuidado e os modelos de atenção foram questionados e sofreram mudanças ao longo da história no Brasil. A Reforma Sanitária Brasileira configurou-se como um processo histórico voltado para a mudança da lógica assistencial biomédica, hospitalocêntrica e acessada somente por uma parte da população. Em meados dos anos 1970, o movimento sanitário impulsionou o questionamento do modelo de saúde centrado na doença, defendendo a necessidade da democratização, reconhecendo essa como direito e ampliando seu conceito aos determinantes sociais do processo saúde doença. O contexto histórico de redemocratização política e social no Brasil impulsionou amplas mobilizações sociais que fez com que o Sistema Único de Saúde (SUS) fosse instituído na Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2007). O SUS é um sistema público, universal e descentralizado que defende a saúde como direito social. É fundamentado pela atenção integral ao sujeito, na geração de um cuidado longitudinal e se baseia no princípio da equidade (BRASIL, 1988).

A regulamentação do SUS ocorreu em 19 de setembro de 1990, com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) que dispôs sobre o funcionamento e a organização dos serviços em saúde, além das condições para garantir a promoção, prevenção e reabilitação em saúde. A implementação do SUS enquanto estratégia de reorientação assistencial ocorreu inicialmente em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), após experiências exitosas na prevenção de doenças por meio de orientações e informações sobre cuidados em saúde realizadas pelo Agentes Comunitários de Saúde - ACS (BRASIL, 2001).

Em 1994, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) manifestou-se como uma proposta de ampliação da reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes, sendo um dos pilares de sustentação do SUS. O PSF e o PACS buscaram a garantia da aplicação dos princípios do SUS, pois foram fundamentais para o fortalecimento e desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, além de terem sido os propulsores da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Consolidada em 2006, a ESF questionou o modelo de atenção biologicista, fragmentado e centrado na doença, buscando refletir a necessidade de mudança da lógica da oferta assistencial para um cuidado integral, humanizado e longitudinal (BRASIL, 2010a).

Nesse cenário de crítica em relação aos modelos de saúde vigente, a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve seu início justaposto ao movimento sanitário e foi concebida em favor da defesa da saúde coletiva e equidade na oferta dos serviços (BRASIL, 2005).

Nos anos de 1970, ocorreram os primeiros movimentos que questionaram a assistência psiquiátrica. Diante do cenário de descaso e violência dos manicômios, as primeiras denúncias partiram de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde, órgão que era responsável pela formulação das políticas de saúde mental. Essas denúncias e reivindicações resultaram na demissão de 260 profissionais, desencadeando manifestações e novas denúncias, episódio conhecido como “crise da DINSAM”. Esse episódio mobilizou profissionais de outras unidades que, com apoio de organizações como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Movimento de Renovação Médica (REME), fortaleceram progressivamente o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a consolidação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM (AMARANTE; NUNES, 2018).

No ano de 1978 o MTSM juntamente com trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas ganhou força e teve como objetivo garantir direitos aos pacientes psiquiátricos e construir coletivamente uma crítica ao chamado saber da psiquiatria tradicional e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em 1989 a Reforma Psiquiátrica ganhou destaque no campo legislativo e normativo com o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. A partir de 1992, os movimentos sociais conseguiram aprovar em vários estados as primeiras leis que produziram substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado. Somente no ano de 2001 que a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país. Após algumas considerações, a Lei Federal 10.216 redirecionou a assistência em saúde mental, defendendo a oferta de cuidado em serviços de base comunitária, além de dispor dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A partir desses marcos, buscou-se a criação de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalar, composta por serviços descentralizados e distribuídos pelo território, e por dispositivos alinhados com as dimensões dos determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2005; AMARANTE; NUNES, 2018).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços que oferecem cuidados intensivos aos usuários de saúde mental. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, buscando o fortalecimento e preservação dos laços sociais do usuário em seu território, além da promoção da autonomia e responsabilização do seu cuidado (BRASIL, 2005). Em relação a organização e a especificidade da clientela atendida, a Portaria/GM nº 336, de 19/02 de 2002, definiu os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas) por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Buscando contribuir para o processo de reinserção social de pessoas com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais), o Programa de Volta para Casa (Lei nº 10.708, de 31/07/2003) foi criado instituindo-se o auxílio-reabilitação psicossocial para esses sujeitos. Nesse cenário de desinstitucionalização, as residências terapêuticas apresentaram-se como moradia alternativa para as pessoas internadas há anos e que não têm suporte familiar e social suficiente para garantir espaço adequado de moradia (JUNIOR; ALBERTO; LOFFREDO, 2018).

Em 2011 com a Portaria GM/MS nº 3.088, de 23/12 de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída possibilitando a ampliação do cuidado e o conjunto de ações em saúde mental no SUS. Dimensões como acesso e acolhimento, atenção às urgências, articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, promoção do acesso das pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas passaram a ser garantidos, qualificados e ampliados como objetivo principais da RAPS (AMARANTE; NUNES, 2018).

No estado da Bahia, a gestão das políticas públicas em saúde mental está de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental e tem buscado modificações após a publicação da Lei nº. 10.2016. Dentre as ações adotadas, o estado implantou em 2007 a estratégia do Apoio Institucional em Saúde Mental para estruturação e efetivação das propostas, além da Educação Permanente com o intuito de apoiar e acompanhar os diversos municípios juntamente com

usuários, gestores, trabalhadores e as demais redes públicas. Até o ano de 2009 sete Grupos Técnicos (GT) envolvendo áreas de concentração da Saúde Mental foram importantes para realizar e sistematizar o diagnóstico situacional das principais dificuldades e demandas encontradas na implementação da Política Nacional de Saúde Mental no estado, sintetizado no documento “Análise da Situação de Saúde Mental do Estado da Bahia, em julho de 2008” (FORNAZIER; DELGADO, 2012).

Fornazier e Delgado (2012) analisaram esse documento e outros bancos de dados nacionais e identificaram que as principais dificuldades encontradas na implementação da reforma psiquiátrica na Bahia foi o grande número de leitos psiquiátricos; números reduzidos de CAPS III; grande rotatividade de profissionais nos serviços; precariedade dos vínculos empregatícios; fragilidade do Apoio Matricial na Atenção Básica pelos CAPS; insuficiência de psiquiatras e a necessidade de profissionais com uma formação alinhadas com a Política Nacional de Saúde Mental e as necessidades de cuidado em saúde mental.

Analisando o contexto atual, o estudo realizado por Araújo et al (2019) evidenciou a redução quantitativa e não progressiva dos leitos hospitalares em um hospital da Bahia ao longo dos anos estudados, 2009 até 2015. Os autores pontuaram também a baixa aceitação familiar, preconceito cultural e dificuldade de reinserção social dos usuários como desafios observados no processo de desinstitucionalização (DO CARMO ARAÚJO et al., 2019).

Os dados do Ministério da Saúde apontam que o estado da Bahia avançou em alguns pontos da RAPS e atualmente dispõe de 226 CAPS, sendo 03 CAPS III lotados nos municípios de Alagoinhas, Feira de Santana e Salvador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Destaca-se que, após o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as portarias GM/MS 3.588/17, GM/MS 2.434/18 e GM/MS 3.659/18 evidenciaram o movimento denominado de Contrarreforma e o início de possíveis mudanças aos cuidados oferecidos às pessoas em sofrimento psíquico. As novas medidas expostas não extinguem a possibilidade do retorno a abordagem manicomial e podem gerar a fragmentação e descontinuidade do cuidado integral em saúde mental, dificultando a consolidação do modelo de atenção psicossocial defendido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Todas essas medidas expostas são contrárias aos pilares defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e não consideraram a construção social defendida pela Política Nacional de Saúde Mental (ALMEIDA, 2019; NUNES et al., 2019).

A reorientação dos modelos de atenção defendida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira lutou pela qualificação do cuidado, modificação progressiva da lógica assistencial e buscou o novo lugar social das pessoas em sofrimento psíquico que historicamente foram marginalizados e estigmatizados (DA FONTE, 2012).

Em muitas regiões do país, a reorientação do modelo de atenção à saúde mental avançou, entretanto, ainda existem diversos nós críticos a serem enfrentados (MACEDO et al., 2017). Quinderé et al (2010) evidenciou que em serviços de saúde mental em Fortaleza - CE o modelo hospitalocêntrico/asilar coexiste com a proposta de atenção psicossocial defendida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O modo de atenção psicossocial para Costa-Rosa (2000) é antagônico à psiquiatria tradicional em termos de saberes e discurso que os articulam e quanto à prática ofertada. Quanto ao modelo asilar, destaca-se a ênfase na abordagem do cuidado voltado aos problemas orgânicos e baseado no tratamento medicamentoso. Nesse contexto, a existência do sujeito é pouco ou não considerada como participante do tratamento. O indivíduo é visto como doente e é considerado o centro do problema, desconsiderando seu contexto social mais amplo, relações sociais e familiares e gerando isolamento desse para seu tratamento. A instituição típica é o hospital psiquiátrico fechado, onde se espera a eficácia do tratamento medicamentoso. O modo psicossocial considera fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo pertencente a um grupo familiar e social, além de ser o principal participante do seu tratamento. Defende-se a reinserção social do indivíduo, reconhecendo a implicação familiar e social no sofrimento psíquico. O meio de trabalho é a equipe interprofissional que preconiza diversidade de estratégias de cuidado e superação de um modelo baseado nos aspectos dos especialistas (COSTA-ROSA et al., 2000).

O modelo de atenção psicossocial busca o rompimento do paradigma asilar/hospitalocêntrico medicalizante à medida que valoriza o sujeito, considera seu histórico de vida e contexto biopsicossocial com o intuito de promover reinserção social e desenvolvimento de autonomia do cuidado (FERNANDES; LOURENÇO; MATSUKURA, 2018).

Apesar da reorientação dos modelos de atenção defendida pelas Reformas Psiquiátrica e Sanitária, o modelo biomédico ainda é muito presente nos diversos serviços de saúde no Brasil, dificultando, portanto, a consolidação do cuidado integral (FERTONANI et al., 2015).

O cuidado integral em saúde amplia a dimensão biológica, à medida que considera o contexto social e cultural do sujeito e propõe políticas e ações em saúde que possam expandir as ofertas de cuidado. Nessa perspectiva, o cuidado integral à saúde busca superar a assistência biomédica, reorganizar os processos de trabalho na rede de atenção à saúde e ofertar novos saberes e práticas em saúde. (FRACOLLI et al., 2011)

Para além da superação no olhar centrado na doença no campo da saúde, a integralidade valoriza as necessidades do sujeito, considerando outros saberes que resultem em relações interdisciplinares e articulações entre os serviços para a promoção do cuidado (BENDIN; SCARPARO, 2011)

No campo da saúde mental a integralidade busca o entendimento que o sofrimento psíquico não se pode dissociar das demais necessidades de saúde. Nessa perspectiva, as demandas do sujeito devem ser acolhidas em qualquer serviço, possibilitando o acesso conforme o grau de necessidade e a oferta de cuidado em consonância com as necessidades de saúde das pessoas (BENDIN; SCARPARO, 2011).

Nesse sentido, a busca pelo princípio da integralidade não deve ser restrita ao tratamento medicamentoso de sintomas, base do modelo biomédico, mas por meio de outras ofertas e propostas de cuidado que promovam autonomia, qualidade de vida e um cuidado continuado. (NASI et al., 2009)

Neste contexto, destacam-se outras práticas terapêuticas não convencionais que possibilitam o cuidado integral em saúde mental como as medicinas tradicionais e complementares e integrativas que o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), sendo, portanto, práticas institucionalizadas pelo SUS. As PICS se configuram como um conjunto de práticas, produtos e saberes tradicionais que promovem cuidado em saúde (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; WHO, 2013). São baseadas em um modelo de cuidado humanizado, centrado no sujeito e promotor da autonomia do cuidado, além de atuarem e valorizarem a prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2015).

Em relação ao contexto histórico das PICS, no final da década de 1970, a OMS expressou o seu compromisso em incentivar os estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para o uso racional e integrado da medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) nos sistemas nacionais de atenção à saúde (WHO, 2013).

Nos países latino-americanos, expandiu-se a oferta de terapias e medicinas “alternativas” que contemplam os sistemas médicos antigos como medicina tradicional chinesa e a ayurveda como também as medicinas populares como as xamânicas ou ligadas às tradições africana e indígena (LUZ, 2005). Na América Latina, assim como no Brasil, sobressaiu-se três grandes grupos de medicinas complementar/alternativa que são: medicina tradicional indígena, medicina de origem afro-americana e terapias que geralmente são derivadas de sistemas médicos complexos tradicionais que têm sua própria racionalidade, como a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurveda, ou ainda a homeopatia e que se legitimaram frente à ciência e às instituições de saúde (LUZ, 2005).

No Brasil a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) – 2006 – legitimou e impulsionou a inserção das PICS no SUS por meio da homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Com a Portaria nº. 849, de 27 de março 2017, 29 práticas passaram a ser ofertadas no SUS que são: ayurveda, fitoterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais, além da homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A influência do crescimento e revalorização das PICS têm impactado os profissionais de saúde. Como exemplo, tem-se que 46% dos médicos na Suíça, incluindo os da APS, têm formação em práticas integrativas. No Canadá, 57% das terapias com ervas, 31% dos tratamentos quiropráticos e 24% dos tratamentos de acupuntura são realizados por médicos; na Inglaterra, 50% dos médicos generalistas do *National Health Service* (NHS) aplicam ou indicam alguma PICS; 32% dos médicos da França e 20% dos da Alemanha realizam PICS; na Holanda, 50% dos médicos generalistas prescrevem plantas medicinais, fazem terapias manuais e/ou acupuntura e 45% deles consideram os medicamentos homeopáticos eficazes (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Parte do uso dessas terapias ocorre por conta própria pelos sujeitos, previamente, após ou ao mesmo tempo em relação ao cuidado biomédico. Esse aumento científico e institucional foi também conduzido pela procura maciça dessas práticas pelas populações, já que é de fácil

acesso e tem apresentado uma boa eficácia. Além disso, pode-se considerar também, uma melhor experiência e relacionamento terapeuta-usuário com as práticas integrativas e o estímulo à participação de ambos no processo de cuidado (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

As PICS apresentam-se como possibilidade de estratégia promotora de cuidado, valorização do sujeito, desenvolvimento do autocuidado e autonomia em pessoas que historicamente foram marginalizadas pela sociedade (TESSER; SOUSA, 2012; BRASIL, 2015).

O levantamento na literatura nacional e internacional sobre o uso das PICS em saúde mental vêm mostrando evidências favoráveis ao uso dessas terapias no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico (BONON, 2013; RAVINDRAN et al., 2016).

Na Inglaterra, um estudo de uma pesquisa domiciliar nacional que incluiu perguntas sobre o uso de Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas evidenciou que 44% dos 7630 respondentes utilizavam terapias integrativas ao longo da vida. As terapias mais utilizadas citadas nesse estudo foram massoterapia, aromaterapia e acupuntura. Dentre as pessoas mais propensas a utilizarem essas práticas, encontram-se aquelas que sofrem de sintomas ansiosos ou depressivos, sofrimento mental e baixo apoio social (HUNT et al., 2010). Esses dados chamam a atenção para a magnitude das práticas integrativas e complementares e a necessidade de estudos referentes a tais práticas para aqueles que apresentem algum tipo de sofrimento psíquico.

A Rede Canadense de Tratamento do Humor e Ansiedade (CANMAT) publicou em 2016 as diretrizes clínicas para o manejo das pessoas com quadros de transtorno depressivo maior apresentando em uma de suas sessões o tratamento baseado nas terapias complementares. Utilizando o formato de pergunta-resposta e realizando uma busca sistemática da literatura com foco em revisões sistemáticas e meta-análises encontraram que para as pessoas que sofrem com transtorno de humor de leve a moderado, o exercício físico, a yoga, helioterapia e uso de fitoterápico e produtos naturais como *Hypericum perforatum*, Ômega-3 e S-Adenosil L-Metionina (SAM-e) são recomendados como tratamento de primeira ou segunda linha para esses transtornos.

Na literatura nacional, Bonon (2013) realizou uma revisão sistemática com a perspectiva de conhecer as possibilidades de interação entre saúde mental e PICS. A revisão realizada abordou as práticas de acupuntura, fitoterapia, homeopatia, medicina antroposófica, termalismo

e saúde mental. A maioria dos artigos analisados evidenciaram o uso da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) por meio da acupuntura para o tratamento de transtornos mentais. Os resultados dessa revisão mostraram evidência da acupuntura no tratamento do uso abusivo associado ao álcool e ao tabaco, seguido de depressão e quadros de doenças mentais em geral.

As PICS apresentam evidências positivas como estratégia de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e são alinhadas com o modelo de atenção psicossocial, podendo constituírem-se em uma proposta de redirecionamento de práticas de cuidado em saúde mental. Diante do exposto e considerando que o sujeito em sofrimento psíquico precisa ser compreendido em sua integralidade, as PICS podem se configurar como o eixo estruturante do cuidado em saúde mental nos serviços primários. Nesse contexto, **a questão norteadora do presente trabalho foi: como implementar o cuidado em saúde mental considerando as PICS como ordenadoras do cuidado no município de Camaçari - BA?**

No contexto da saúde mental, a reorganização do processo de trabalho no serviço, possibilitará maior acesso e resolutividade das necessidades de saúde de pessoas que historicamente foram estigmatizadas. O conhecimento da rede e do território, considerando os recursos e as potencialidades da comunidade que interagem com a vida cotidiana das pessoas em sofrimento, são ferramentas importantes para construção do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2005).

A reorganização do processo de trabalho requer um passo a passo. O primeiro momento deve ser voltado para a realização de oficinas de trabalho com os atores implicados no cuidado com o intuito de se pensar em pactos e fluxos de cuidado aos usuários. Esse momento deve ter o objetivo de se pensar em formas de acesso aos serviços, considerando o usuário como o centro e proporcionando, portanto, acesso seguro e voltado às reais necessidades dos sujeitos (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011).

Considerando a necessidade de se consolidar o discurso e a prática de uma atenção psicossocial centrada nas necessidades do sujeito em sofrimento psíquico, a dissertação de mestrado teve como **objetivo propor a ordenação do cuidado em saúde mental na perspectiva das PICS nos serviços primários em saúde**. O presente trabalho utilizou o referencial teórico de Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária concebido por *Thornicroft* e *Tansella* (2010) na perspectiva de propor as PICS como eixo estruturante do cuidado em saúde mental em um município da região metropolitana de Salvador - BA.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Propor a ordenação do cuidado em saúde mental considerando a abordagem das práticas integrativas e complementares em saúde nos serviços primários em um município da região metropolitana de Salvador - BA.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as experiências das PICS como estratégia de cuidado pelos usuários de saúde mental.
- Identificar as barreiras de acesso enfrentadas pelo usuário de saúde mental ao buscar as PICS.
- Identificar as facilidades, pactos e fluxos estruturados pelos serviços que facilitem o acesso e possibilitem um cuidado integral.
- Construir uma cartilha de recomendação aos serviços primários considerando a abordagem das PICS no cuidado em saúde mental, tendo a perspectiva dos usuários e trabalhadores como base dessa construção no município de Camaçari-BA.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A dissertação de mestrado assume o referencial teórico das boas práticas em saúde mental comunitária proposto por *Thornicroft e Tansella* (2010) que se fundamenta nos eixos voltados em premissas éticas, baseados em evidências e em experiências. Os autores adotam esses princípios com o objetivo de desenvolver práticas para a melhor atenção à saúde mental.

Thornicroft e Tansella (2010) propõem que os serviços devem ser de fácil acesso, voltados para as necessidades dos usuários e cuidadores e adotem práticas equilibradas entre a atenção comunitária e unidades de alta complexidade em casos agudos.

A base ética é fundamental para orientar o planejamento e a oferta assistencial dos serviços. As práticas baseadas em evidências são fundamentadas em intervenções considerando os melhores dados disponíveis como também fontes de informações locais. A experiência busca o acúmulo do conhecimento nacional e internacional da organização dos serviços. Esses três eixos fundamentais norteiam como promover melhorias no cuidado em saúde mental (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

3.1 BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL: A ÉTICA

A base ética, nas boas práticas em saúde mental comunitária, hierarquicamente, é o princípio fundamental para o planejamento e ações do cuidado (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Os aspectos éticos e humanos relacionados ao cuidado das pessoas em sofrimento psíquico modificaram ao longo dos anos. Na idade média, a loucura passou a representar uma ameaça à lei e ordem social, sendo o enclausuramento uma prática de “proteção” e guarda. Os sujeitos que apresentavam sofrimento psíquico ficavam em hospícios juntamente com os leprosos, prostitutas, ladrões e outros excluídos socialmente, pois simbolizavam ameaça à ordem social. As práticas relacionadas ao sujeito em sofrimento psíquico eram baseadas pela ética do internamento e os critérios médico-científicos não pertenciam a tal período (AMARANTE et al., 1995; FOUCAULT, 2012).

No século XVIII e início do XIX, a “tecnologia pineliana”, segundo Castel (1978) estabeleceu a loucura como doença de ordem moral e reagrupou os loucos, inaugurando tratamento para esses sujeitos. Esses passaram a ser regidos pelo saber médico, em um espaço isolado que possibilitou observar e descrever a sucessão de sintomas. O sujeito passou a ser

classificado e tratado baseado na medicina biológica. As atitudes éticas passaram a ser estabelecidas pela racionalidade médica em uma instituição asilar (AMARANTE et al., 1995).

O modelo asilar e a prática psiquiátrica foram questionados e, após a segunda metade do século XX, com as experiências da comunidade terapêutica e psicoterapia institucional, iniciou-se a busca pela transformação da dinâmica asilar e superação da exclusão social (AMARANTE et al., 1995).

As experiências acumuladas por Franco Basaglia, no contexto da psiquiatria democrática italiana, possibilitaram o movimento de extinção de instituições manicomiais, seguido de novos espaços e modelos de cuidado em saúde mental (AMARANTE et al., 1995). A ideologia de Franco Basaglia buscou não somente a extinção física do hospício, mas também a superação de saberes e práticas que reafirmam o lugar de isolamento, segregação e patologização da vida dos sujeitos (AMARANTE, 2007).

Em 1990, as organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reuniram-se com o intuito de reestruturar a assistência psiquiátrica nos serviços locais de saúde. Declararam em um documento conhecido como Declaração de Caracas que a assistência psiquiátrica deveria ser centrada na comunidade, além de permitir a promoção de modelos alternativos. Afirmaram também que a oferta de cuidado deve assegurar o respeito aos direitos humanos e a dignidade pessoal. A Declaração de Caracas, marcou as reformas da assistência à saúde mental nas Américas (OPAS, 1990).

A partir desse período, década de 90, as políticas para a saúde mental e o movimento da reforma psiquiátrica ganharam destaque e leis estaduais e municipais foram aprovadas evidenciando o avanço da reforma psiquiátrica no Brasil. Em 2001, foi sancionada a Lei Federal 10.216 que redirecionou a assistência em saúde mental e dispôs sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, privilegiando a oferta de cuidado em serviços de base comunitária (BRASIL, 2005).

Após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, outros marcos foram importantes para consolidação das políticas de saúde mental no SUS como institucionalização dos serviços substitutivos, CAPS, os Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a consolidação da RAPS por meio da Portaria GM/MS nº 3.088 de 23/12 de 2011 que ampliou o acesso e a oferta de cuidado aos usuários em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso do álcool e outras drogas em seus diferentes níveis de complexidade (AMARANTE; NUNES, 2018).

O modelo de atenção psicossocial, defendido pela reforma psiquiátrica, buscou o rompimento do paradigma asilar, excludente e defendeu a ampliação do olhar e do cuidado a esses sujeitos, considerando além da dimensão orgânica, a sociocultural na prestação do cuidado (COSTA-ROSA, 2000).

Os princípios éticos da atenção psicossocial são regidos pela implicação e compartilhamento do sujeito na proposta terapêutica, além da defesa da reinserção social e recuperação da cidadania desses sujeitos, tendo como metas a “desmedicalização, desospitalização e implicação subjetiva e sociocultural” (COSTA-ROSA, 2000. p.158).

Em nível nacional, a dimensão ética deve ser guiada por consensos e declarações que possibilitem o melhor cuidado em saúde mental e o respeito à dignidade humana (THORNICROFT; TANSELLA, 2010). Adotados em 1991 pelas Nações Unidas, o Princípio para a Proteção de Pessoas Acometidas por Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental determinou que todas as pessoas têm o direito ao melhor cuidado que esteja disponível em saúde mental e que devem ser tratadas com humanidade e respeito.

Esse documento determina também os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais das pessoas portadoras de transtornos mentais (ONU, 1991). Evidencia-se que esses princípios, assim como a Declaração de Caracas, apresentam-se como guias para a construção ética do cuidado em saúde mental nos serviços (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

A defesa dos direitos humanos no contexto da saúde mental é exemplificada no caso Damião Ximenes Lopes em que o Brasil foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, da Organização dos Estados Americanos (OEA) pela violação de direitos relacionados à vida e integridade pessoal. O caso evidenciou as práticas cruéis e discriminatórias dispensadas às pessoas em sofrimento psíquico e fortaleceu em âmbito nacional ações que visam denunciar as violações de direitos humanos em instituições psiquiátricas (ROSATO; CORREIA, 2011).

Contrariamente ao exposto sobre o progresso das políticas brasileiras em saúde mental, a portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 evidenciou o começo de mudanças no cuidado prestado às pessoas em sofrimento psíquico. A nova portaria preconiza a existência de Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico Especializado e Unidades Ambulatoriais Especializadas, dispositivos contrários à política brasileira de saúde mental que preconizou o cuidado em base comunitária. Esse movimento de Contrarreforma não extingue a possibilidade do retorno a uma abordagem manicomial excludente e pode possibilitar uma

fragmentação e descontinuidade do cuidado em saúde mental prestado (ALMEIDA, 2019; NUNES et al., 2019).

O movimento de Contrarreforma Psiquiátrica evidencia que a nova política nacional de saúde mental não considerou a participação social nas decisões que ocorrem com as portarias GM/MS 3.588/17, GM/MS 2.434/18 e GM/MS 3.659/18, por exemplo. Essa nova política introduz o hospital psiquiátrico e comunidades terapêuticas como ponto de atenção da RAPS, reajusta o financiamento favorecendo as internações hospitalares e suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de dispositivos da RAPS por falta de produtividade.

No âmbito da Política Nacional de Álcool e outras Drogas, a Lei 13.840 de 2019 defende a abstinência como meta e possibilita a internação involuntária. Todas essas medidas expostas são contrárias aos pilares defendidos pela reforma psiquiátrica brasileira e não consideram a construção social defendida pela política nacional de saúde mental (NUNES et al., 2019).

Em concordância com o modelo de atenção psicossocial e o cuidado em saúde mental com base comunitária construído socialmente, a presente dissertação de mestrado assume que o cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico deve ser por meio da ética psicossocial e inserido no território.

3.1.1. Ética Das Práticas Integrativas e Complementares

As diretrizes éticas das PICS no SUS são regidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), publicada na forma das portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Valorizando as experiências existentes, a PNPIC definiu as abordagens das PICS no SUS e possibilitou a crescente legitimação dessas experiências por parte da sociedade.

Essa Política é entendida como mais um processo de implantação do SUS à medida que atua na prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde e é baseada na ética de uma atenção integrada e centrada na individualidade do sujeito (BRASIL, 2015).

A PNPIC no SUS amplia e legitima outras racionalidades médicas voltadas para o paradigma vitalista, centrado nos aspectos singulares dos sujeitos e na sua relação com o meio natural e social (NASCIMENTO et al., 2013). Entretanto, nos diversos serviços de saúde no SUS, o paradigma biomédico é muito presente (FERTONANI et al., 2015).

A biomedicina é uma racionalidade médica voltada para a produção do saber derivado da especialidade com foco na doença e nas partes específicas do homem como órgãos e sistemas. É uma racionalidade que analisa a doença como processo concreto, onde as manifestações objetivas, sinais e sintomas, fazem parte de um raciocínio clínico do adoecimento com consequente diagnóstico e terapêutica voltada a essa manifestação de doença. O tratamento, portanto, é voltado para a ética da cura. A integralidade biomédica é a garantia da atenção especializada à saúde (TESSER; LUZ, 2008).

A inserção da PNPIC possibilitou uma ampliação do conceito de cuidado integral à saúde no SUS. A legitimação de outras racionalidades médicas e práticas em saúde pode possibilitar a ampliação da oferta de cuidado, por gerar ações em que valorizam a subjetividade individual e os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (TESSER; LUZ, 2008). Alinhada a esses pilares, as PICS contribuem para o fortalecimento do SUS e os princípios éticos da Política Nacional de Humanização no SUS.

A Política Nacional de Humanização (PNH) busca garantir os princípios do SUS no cotidiano dos serviços, possibilitando mudanças no processo de cuidar. É regida por princípios como a transversalidade - reconhecimento das diferentes especialidades e práticas de saúde para a produção da saúde de forma mais corresponsável - indissociabilidade entre atenção e gestão; e protagonismo - corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos. Esse último ponto reconhece e incentiva a atuação dos sujeitos na sua produção de saúde, princípios éticos das PICS (BRASIL, 2004).

Considerando a singularidade do processo saúde-doença, valorização ao desenvolvimento da autonomia e a integralidade dos sujeitos, as PICS no SUS contribuem para a corresponsabilização dos sujeitos e consequente maior exercício da cidadania (BRASIL, 2015).

Os aspectos éticos relacionados às PICS são alinhados com os Princípios do SUS, buscam o desenvolvimento da autonomia do cuidado e são pautados na perspectiva da integralidade da atenção à saúde dos sujeitos. Em concordância com o exposto, a presente dissertação de mestrado assume o princípio ético da integralidade defendido pelas PICS.

3.2. BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL: EVIDÊNCIAS

As práticas baseadas em evidências não apresentam um padrão único de oferta de serviços para o cuidado em saúde mental, mas uma busca por possibilidades de intervenções

baseadas nos melhores dados disponíveis, considerando também fontes de informações locais (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Considerando os aspectos da prática médica, as decisões terapêuticas atualmente têm como base a Medicina Baseada em Evidência (MBE) que tem como definição a tomada de decisões acerca do cuidado utilizando as melhores evidências científicas disponíveis. A prática da MBE busca integrar essas informações científicas com os conhecimentos clínicos individuais, considerando esses os que os médicos adquirem através da prática e experiência clínica (DUNCAN et al., 2014). Nesse contexto, a análise crítica dos estudos integrados com a experiência clínica, possibilita uma aplicação racional e uma melhor assistência clínica ao sujeito (LOPES, 2000).

Segundo *Oxford Centre for Evidence-based medicine* (2001), os graus de recomendação por tipo de estudo são divididas em ordem decrescentes em “A” (trabalhos como ensaios clínicos randomizados com técnica adequada), “B” (revisão sistemática e randomizados de menor qualidade), “C” (relato de casos), “D” (opinião sem avaliação crítica ou baseada em estudo fisiológico ou com animais). Nessa classificação os estudos “Ensaio Clínico Controlado e Randomizado” são considerados os de melhores evidências científica, sendo os outros estudos considerados menos confiáveis (DUNCAN et al., 2014)

No contexto da saúde mental, Campos, Onocko-Campos e Del Barrio (2013) discutiram o papel das evidências absolutamente confiáveis na análise dos fenômenos complexos em saúde mental que integram diversos fatores como os sociais, os culturais, os subjetivos e os biológicos. No cotidiano, as práticas profissionais orientadas pela evidência atuam em elementos do processo de adoecimento como por exemplo o uso de uma medicação para um determinado sintoma ou condição geradora de sofrimento.

Essa prática, entretanto, não considera os aspectos do lidar com a vida. Sabe-se que o processo de adoecimento mental envolve uma combinação de vários fatores relacionados à subjetividade, aspectos biológicos, sociais e culturais. O aspecto genético e biológico é um elemento que pode predispor o sofrimento psíquico, entretanto, é mais frequente que essa predisposição apareça quando associado às questões familiares, sociais, culturais e da própria vida. (CAMPOS; ONOCKO-CAMPOS; DEL BARRIO, 2013).

Nesse contexto, os métodos científicos e a produção de evidências devem considerar a complexidade dos sujeitos que adoecem, possibilitando, portanto, que as evidências para as boas práticas em saúde mental nos serviços busquem o equilíbrio entre o padrão da melhor

oferta com a dinâmica singular dos lugares, as necessidades dos sujeitos e o contexto do local (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

A revisão da literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas, *Pubmed* e *Scielo*, entre os meses de maio e novembro de 2019, buscou evidências científicas na literatura nacional e internacional sobre o uso das PICS no cuidado em saúde mental.

A revisão narrativa analisou trabalhos no período compreendido entre 2013 e 2019. Utilizou-se os seguintes descritores para busca dos artigos: *homeopathy; medicine, chinese traditional; plants, medicinal; phytotherapy; meditation; music therapy; naturopathy; reflexotherapy; therapeutic touch; yoga; apitherapy; aromatherapy; manipulation, chiropractic; color therapy; acupuncture therapy; auriculotherapy; medicina antroposófica; arteterapia; biodança; dança circular; osteopatia; shantala; terapia comunitária integrativa; termalismo social; bioenergética; constelação familiar; geoterapia; hipnoterapia; imposição das mãos; ozonioterapia; terapia de florais; complementary therapies; medicina tradicional brasileira; ayahuasca e mental health*. Foram analisados 19 artigos, selecionados após leitura dos resumos, utilizando aqueles que mais se aproximavam do objeto do estudo. As principais evidências serão discutidas a seguir.

A acupuntura é um recurso terapêutico da MTC que através da inserção de finas agulhas estimula pontos espalhados pelo corpo ao longo dos chamados meridianos, visando à promoção, à manutenção e à recuperação da saúde. O tratamento pode ser usado de forma isolada ou integrada com outras estratégias de cuidado (BRASIL, 2018).

Amorim et. al. (2018) avaliaram o uso da acupuntura e eletroacupuntura no tratamento de pessoas com transtornos de ansiedade. O estudo realizado buscou ensaios clínicos em que a ansiedade fosse tratada como alvo terapêutico e não como medida secundária ou associada a uma condição clínica. Mesmo pontuando a necessidade de mais pesquisas nessa área, encontraram que há evidências positivas para o uso da terapia com acupuntura, considerando-se que os resultados terapêuticos são efetivos e há menos efeitos colaterais do que o tratamento convencional farmacológico.

A auriculoterapia, que é apresentada na figura a seguir, considerada por algumas correntes de conhecimento como derivada da MTC é uma das PICS mais amplamente utilizadas na assistência à saúde. No Brasil, é abordada como a fusão das técnicas terapêuticas das escolas

Outro exemplo de PICS utilizada no cuidado em saúde mental é a homeopatia. Essa é uma racionalidade médica que considera a pessoa como um todo de caráter holístico e vitalista. O tratamento busca desencadear o sistema de cura natural do corpo por meio de substâncias altamente diluídas (BRASIL, 2018).

Nos Estados Unidos da América, a homeopatia é usada por pouco mais de 2% da população. Dossett e Yeh (2018) mostraram evidências no uso da homeopatia em doenças infecciosas, controle da dor, saúde mental e tratamento do câncer. Em relação à saúde mental, dados observacionais de um estudo de coorte na França com usuários que procuraram atendimento devido a transtornos ansiosos ou depressão e, utilizavam práticas homeopáticas exclusivas ou juntamente com medicamentos convencionais eram mais propensos a apresentarem melhora clínica comparada com aqueles que utilizavam exclusivamente práticas convencionais. Além disso, apresentaram menos comorbidades clínicas, insônia, história de tentativa de suicídio e maior chance de redução da medicação (GRIMALDI-BENSOUDA et al., 2016). Em um estudo no México, que comparou o medicamento homeopático individualizado versus placebo e fluoxetina versus placebo em mulheres peri e pós-menopáusicas com quadros de depressão moderada a grave mostrou que, após o tratamento de seis semanas, o grupo homeopático foi mais eficaz que o placebo, sendo a taxa de resposta de 54,5% e a taxa de remissão de 15,9% no grupo estudado (DEL CARMEN MACÍAS-CORTÉS et al., 2015).

Sobre as terapias mente-corpo, Zou et al (2018) avaliaram os efeitos terapêuticos dessas práticas (especificamente o Tai Chi, o Qigong e o Yoga) para o tratamento de pessoas com transtorno depressivo maior. Evidenciaram que os movimentos meditativos podem ter efeitos positivos no tratamento do transtorno depressivo maior sem efeitos adversos significativos. Essa evidência sugere a possibilidade desses exercícios como alternativa e/ou abordagem do tratamento para essas pessoas em sofrimento psíquico.

As práticas de *Qigong*, *Yoga* e *Tai Chi* usam a respiração abdominal como a técnica típica e os estudos apontam para a redução dos níveis de cortisol, além da ação nas vias GABA (ácido gama-aminobutírico) do córtex pré-frontal, ínsula e inibição da hiperatividade da amígdala, sendo, portanto, uma explicação dos movimentos meditativos terem uma influência nos quadros de depressão (ZOU et al., 2018).

Em relação a arteterapia, Willrich, Portela e Casarin (2018) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer as contribuições dessa PICS na reabilitação de usuários de um CAPS de

uma cidade do estado do Rio Grande do Sul. Os usuários eram participantes das oficinas de expressão, música e artesanato. O estudo identificou que a arteterapia tem um papel fundamental na reabilitação e reinserção psicossocial, além da melhora da qualidade de vida dos sujeitos.

Resultados similares foram encontrados em um estudo em cenário hospitalar. Moraes et al (2014) realizaram entrevistas em um hospital dia em Londrina no Paraná em 2012, com o objetivo de compreender o significado da arteterapia com argila para os usuários de saúde mental internados. Concluiu-se que o uso de argila promoveu autoconhecimento, autocompreensão, estimulou a criatividade e proporcionou vivências menos sofridas de suas dificuldades, conflitos e sensações como medo e angústia, além de alívio de sintomas ansiosos dos usuários envolvidos.

No campo das terapias energéticas, por exemplo, Freitag Andrade e *Badke* (2015) buscaram identificar a produção científica sobre o *reiki* como forma terapêutica no cuidado à saúde. Os resultados apontaram que o *reiki* parece provocar resposta positiva em diversas situações de saúde, tanto quanto técnica isolada como técnica aliada ao tratamento medicamentoso.

Um dos estudos encontrados (SALOMÉ, 2009) abordou a contribuição terapêutica do *reiki* para o equilíbrio das necessidades física, mental, emocional e espiritual do ser humano, levando a uma vivência mais harmoniosa com o meio em o sujeito vive, além de trazer autoconhecimento.

Kurebayashi et al (2016) avaliaram a efetividade da massagem e do *reiki* na redução de estresse e ansiedade em voluntários que buscaram atendimento em um ambulatório especializado. O ensaio clínico concluiu que a massagem e a massagem combinada ao *reiki* se mostraram efetivas na redução dos níveis de estresse e ansiedade. Ainda são escassos os estudos do uso de *reiki* em pessoas em sofrimento psíquico.

No contexto dos estudos sobre musicoterapia, em 1944 nos EUA começaram avaliar os efeitos terapêuticos dessa prática no cuidado em saúde. Reconhecida oficialmente enquanto ciência durante a Segunda Guerra Mundial, trata-se de uma ferramenta que busca otimizar a qualidade de vida, melhora das condições físicas, sociais, emocionais, comunicativas, intelectuais, espirituais e bem-estar do sujeito (GODY, 2014).

Barcelos et al (2018) realizaram uma revisão integrativa com o intuito de identificar os fatores positivos da musicoterapia em pacientes com transtornos mentais. Evidenciou-se que a musicoterapia pode ser utilizada como estratégia não medicamentosa complementar ao tratamento de indivíduos com transtornos mentais. A experiência musical pode proporcionar efeitos positivos no metabolismo como redução da fadiga, maior concentração e uma frequência respiratória mais regular. A interação do musicoterapeuta e do indivíduo incentiva a expressão de emoções, possibilitando uma comunicação interpessoal mais efetiva, proporcionando bem-estar e promovendo a autonomia do indivíduo cuidado.

Concluiu-se, portanto, que a musicoterapia é uma potente estratégia complementar para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico por promover bem-estar, efeitos positivos fisiológicos e cognitivos e promoção do cuidado. São necessários ainda, estudos que avaliem a eficácia da musicoterapia como abordagem terapêutica no cuidado de pessoas com transtorno mental.

No campo das terapias biológicas, a aromaterapia constitui-se como uma técnica baseada no uso de óleos essenciais de plantas aromáticas administrados por via dérmica ou olfativa que visa à promoção da saúde física e mental (BRASIL, 2018). Estudos têm mostrado que a aromaterapia se tem configurado como um recurso terapêutico seguro para redução de sintomas ansiosos, depressivos, agitação psicomotora e agressividade (DOMINGOS; BRAGA, 2015; SÁNCHEZ-VIDAÑA et al., 2017).

Domingos e Braga (2014) realizaram um estudo com aromaterapia na internação psiquiátrica e encontraram benefícios dessa prática, representados pela diminuição dos sintomas ansiosos, físicos e psíquicos e a melhoria do padrão de sono dos usuários. Esses efeitos foram avaliados por meio da percepção que o usuário atribuiu ao cuidado de enfermagem e ao tratamento.

Uma revisão sistemática publicada em janeiro de 2017, com o objetivo de analisar as evidências clínicas sobre a eficácia da aromaterapia para sintomas depressivos evidenciou que tal terapia apresentou opção terapêutica eficaz para o alívio dos sintomas em uma ampla quantidade de estudos. A massagem associada à aromaterapia mostrou ter mais efeitos benéficos do que a aromaterapia por inalação (SÁNCHEZ-VIDAÑA et al., 2017).

Em relação aos estudos sobre terapia comunitária integrativa (TCI), Carvalho et al (2013) buscaram analisar as contribuições da TCI na vida cotidiana de usuários de um CAPS.

Considerou-se as mudanças de comportamentos, as estratégias aprendidas e a importância que a TCI representa na vida desses usuários. Evidenciou-se que essa PICS possibilitou a construção de estratégias de inclusão e reabilitação psicossocial à medida que os usuários participantes têm buscado reorganizar suas vidas cotidianas no âmbito do trabalho, do espaço familiar e das relações sociais.

Rocha et al (2013) analisaram relatos descritivos das TCI, realizadas em 2008 em João Pessoa, na Paraíba, com o objetivo de identificar as situações de sofrimento emocional mais frequentemente relatadas e as estratégias de enfrentamento mais utilizadas para essas situações. Apontou-se que os principais problemas relatados foram relacionados ao estresse, ao trabalho e às questões familiares.

As principais estratégias referidas para esse enfrentamento foram o fortalecimento da espiritualidade, o diálogo e o desenvolvimento de atitudes de perdão. O estudo ainda apontou que a TCI é uma estratégia de cuidado em saúde mental por promover apoio emocional, estimular fortalecimento de vínculos e inclusão social das pessoas.

Em síntese, os estudos encontrados evidenciaram aspectos positivos das PICS na melhora da qualidade de vida e bem-estar, redução de sintomas associados ao sofrimento psíquico e menores efeitos colaterais quando comparado com tratamento farmacológico convencional. A maioria dos estudos pontuaram a necessidade de se desenvolver mais pesquisas sobre a temática em questão, pois os estudos envolvendo PICS e saúde mental ainda são escassos na literatura.

Paralelamente às práticas institucionalizadas pelo SUS, tem-se práticas e recursos da medicina tradicional que também são usadas como estratégia de cuidado em saúde e são relatadas nos estudos científicos. Dentre essas práticas, verifica-se o benzimento que é definido como “ato de benzer com ou sem sinal da cruz, acompanhado de orações com fórmulas especiais, supersticiosas” (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2001, p. 434). É uma atividade terapêutica que pode envolver elementos como imposição de mãos, gestos em cruz, água, terços, plantas entre outros que busca a ajuda ao próximo por meio de imposição de mãos ou pensamento focado (MARTA et al., 2019).

O estudo realizado por Marta et al (2019), em Mato Grosso do Sul-MT, com dez benzedoras residentes em áreas cobertas pelos serviços de atenção básica evidenciou que os usuários buscam o benzimento como recurso para solucionar problemas biológicos, emocionais entre outros e apontou o não reconhecimento dessa prática pelas equipes de saúde.

Em relação às práticas da medicina tradicional de origem africana, Mello e Oliveira (2013) realizaram uma pesquisa etnográfica em um templo religioso afro-brasileiro, localizado no Rio de Janeiro, buscando compreender as relações da religiosidade com a saúde. Os autores evidenciaram que as práticas religiosas umbandistas do terreiro estudado são complementares às práticas médicas oficiais por promover um espaço de acolhimento à pessoa em sofrimento, criação de uma rede de apoio social e ressignificação do processo saúde-doença aos sujeitos.

Em relação ao uso da Ayahuasca (AYA), alucinógeno botânico tradicionalmente utilizado por grupos religiosos da região noroeste da Amazônia para fins rituais e medicinais, Osório et al (2015) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o efeito antidepressivo por meio da administração de uma dose de AYA. Seis voluntários com diagnóstico de transtorno depressivo maior recorrente participaram do estudo e utilizou-se escalas de avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D) e *Montgomery & Asberg* (MADRS), além da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) para mensurar a ação antidepressiva. Evidenciou-se potente efeito antidepressivo e ansiolítico com o uso do AYA com início de ação mais precoce quando se compara aos antidepressivos disponíveis no mercado.

O trabalho de Fontes (2017) buscou avaliar o efeito antidepressivo da ayahuasca em pessoas com depressão resistente ao tratamento farmacológico. Foi realizado um ensaio clínico duplo-cedo randomizado e placebo controlado com 35 pessoas apresentando depressão resistente ao tratamento. Observou-se efeitos antidepressivos significativos comparados ao placebo e as taxas de respostas (redução de 50% nos sintomas) - avaliadas pelos escores MADRS e HAM-D - foram elevadas para ambos os grupos, AYA e placebo, no dia um e dia dois. Já no dia sete a taxa de resposta foi maior no grupo ayahuasca (64% AYA x 7% placebo). A taxa de remissão (ausência de sintomas depressivos) avaliada foi significativa no grupo AYA (36% AYA x 7% placebo).

Em relação ao uso de AYA, os estudos relatados apontam efeitos positivos no tratamento de transtornos ansiosos e depressivos, chamando a atenção para o rápido efeito do AYA em comparação aos tratamentos farmacológicos tradicionais. Além da eficácia a nível biológico e farmacológico de substâncias encontradas na flora brasileira, os saberes e as práticas tradicionais são também produtores de saúde por proporcionar valorização e resgate cultural dos sujeitos, uma rede social de apoio e ressignificação do processo saúde-doença por proporcionar vivências centradas em aspectos culturais, sociais, espirituais e biológicos, valorizando, portanto, a abordagem integral do sujeito.

Em diferentes níveis de atenção à saúde, as PICS apresentam evidências relacionadas à promoção do autoconhecimento e cuidado, ressignificação de sensações e sentimentos relacionados ao sofrimento psíquico, além da reinserção social dos sujeitos, especialmente aqueles que sofrem mentalmente. Diante da revisão narrativa realizada, concluiu-se que as PICS por meio de diferentes racionalidades médicas, terapêuticas não provenientes da medicina convencional, práticas meditativas, corporais, artesanais e voltadas para o desenvolvimento da expressividade, no contexto do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, possibilitam a reelaboração do lugar de sua doença promovendo além da terapêutica, melhora da qualidade de vida e promoção do autocuidado em saúde.

As principais evidências encontradas na literatura após a realização da revisão narrativa do período de 2013 a 2019 foram sintetizadas na tabela abaixo (Quadro 1).

QUADRO 1: Síntese das evidências sobre o uso das PICS em saúde mental.

PRÁTICAS OFERTADAS PELO SUS - Portaria nº. 849, de 27 de março 2017		
PRÁTICA	AUTOR	RESULTADOS
Acupuntura	Amorim et al (2018)	Menos efeitos colaterais que tratamento farmacológico no transtorno de ansiedade
Auriculoterapia	Ferreira (2016)	Estratégia de cuidado em quadros de insônia, ansiedade, transtornos do humor e abuso de substâncias
	De Paiva Silva et al (2014)	Redução do número de cigarros fumados em 61,9% dos participantes tabagistas
Movimentos Meditativos (Tai Chi, Qigong e Yoga)	Zou et al (2018)	Efeitos positivos nos quadros de transtorno depressivo maior.
Reiki	Freitag, Andrade e Badke (2015)	Equilíbrio necessidades física, mental, emocional e espiritual. Escassos estudos em pessoas com sofrimento psíquico.
	Kurebayashi et al (2016)	Massagem e a massagem combinada ao reiki se mostraram efetivas na redução dos níveis de estresse e ansiedade.
Homeopatia	Dossett e Yeh (2018)	Nos transtornos ansiosos ou depressivos apresentam maior chance de redução da medicação, menos comorbidades clínicas, insônia e história de tentativa de suicídio.
	Del Carmen Macías-Cortés et al (2015)	Grupo controle com depressão moderada a grave na peri e pós-

		menopausa foi mais eficaz que o placebo
Aromaterapia	Domingos e Braga (2014)	Redução sintomas ansioso, depressivos, agitação psicomotora e agressividade
	Sánchez-Vidanã et al (2017)	Eficácia para redução de sintomas depressivos
Musicoterapia	Barcelos et al (2018)	Promove bem-estar, efeitos positivos fisiológicos como redução da fadiga, maior concentração, frequência respiratória mais regular, além da promoção da autonomia do cuidado.
Arteterapia	Willrich, Portela e Casarin (2018)	Reabilitação e reinserção, além da melhora qualidade de vida dos sujeitos entrevistados
	Morais et al (2014)	O uso de argila promoveu autoconhecimento, autocompreensão, estimulou a criatividade e proporcionou vivências menos sofridas de suas dificuldades, conflitos e sensações como medo e angústia, além de alívio de sintomas ansiosos dos usuários envolvidos.
Terapia Comunitária Integrativa	Carvalho et al (2013)	Inclusão e reabilitação psicossocial à medida que os usuários participantes têm buscado reorganizar suas vidas no âmbito do trabalho, espaço familiar e relações sociais
	Rocha et al (2013)	Promove apoio emocional, estimula fortalecimento de vínculos e inclusão social das pessoas
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NÃO INSTITUCIONALIZADAS PELO SUS		
PRÁTICA	AUTOR	RESULTADOS
Ayahuasca	Osório et al (2015)	Ayahuasca (alucinógeno botânico) tem efeitos ansiolíticos e antidepressivos com ação mais precoce em pacientes com transtorno depressivo.
	Fontes (2017)	No dia sete a taxa de resposta - redução de 50% nos sintomas antidepressivos - foi de 64% ayahuasca x 7% placebo. A taxa de remissão - ausência de sintomas depressivos - foi significativa no grupo ayahuasca (36% ayahuasca x 7% placebo).

Benzimentos	Marta et al (2019)	Os usuários procuram as benzedadeiras para solucionar problemas biológicos, emocionais, sociais e espirituais.
Práticas religiosas umbandista	Mello e Oliveira (2013)	Práticas num terreiro de Umbanda possibilitou a ressignificação do processo saúde-doença, criação de uma rede social de apoio e influência na aceitação pela comunidade das pessoas em sofrimento, possibilitando a esse acolhimento e bem-estar.

Fonte: elaborado pelas autoras.

A revisão narrativa realizada evidenciou efeitos positivos das PICS como práticas de cuidado em saúde mental. Os principais resultados encontrados estão relacionados à promoção do autoconhecimento e do cuidado, reabilitação psicossocial, ressignificação do sofrimento psíquico e melhora da qualidade de vida. Os estudos encontrados contemplaram revisões sistemáticas, meta análises, revisões integrativas e narrativas e estudos qualitativos da literatura nacional e internacional, evidenciando os diversos graus de evidências científicas na análise das PICS no cuidado em saúde mental.

3.3. BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIAS

Esse eixo busca o acúmulo nacional e internacional de experiências dos diversos serviços no contexto da saúde mental (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Em relação às principais experiências de reforma psiquiátrica, Maxwell Jones, no período pós-guerra, desenvolveu a ideia de Comunidade Terapêutica* em um hospital psiquiátrico na Inglaterra que possibilitou medidas democráticas, coletivas, e participativas dos pacientes psiquiátricos (AMARANTE et al., 1995; CÉZAR; COELHO, 2017).

Influenciado pelas ideias da Comunidade Terapêutica, Franco Basaglia no início da década de 1960 buscou transformar a assistência psiquiátrica em um manicômio da cidade de Gorizia, Itália. Após essa experiência, Basaglia começou a questionar o modelo asilar, excludente e, em 1971, na cidade de Trieste, Itália, Basaglia iniciou o processo de extinguir o modelo manicomial e instituir uma nova maneira para lidar com a doença mental (AMARANTE et al., 1995).

* O termo Comunidade Terapêutica adotado difere do dispositivo da RAPS após a reforma psiquiátrica brasileira. As Comunidades Terapêuticas da Inglaterra tinham como objetivo a construção coletiva e democrática dos cuidados ofertados em saúde mental

Trabalhou-se com o entendimento do adoecimento mental pela população e por meio da luta popular, eliminou os manicômios e levou ao Parlamento uma nova proposta de lei sobre a doença mental. A nova proposta rompeu com as experiências psiquiátricas anteriores, instituiu o entendimento de desinstitucionalização e de um modelo de assistência voltado para as necessidades dos sujeitos (AMARANTE et al., 1995; CÉZAR; COELHO, 2017).

A experiência italiana influenciou diversos momentos no mundo referentes à assistência psiquiátrica. No Brasil, a Reforma psiquiátrica brasileira teve a Psiquiatria Democrática italiana como referência, defendendo, portanto, a desinstitucionalização e a assistência em saúde mental voltada aos serviços de base comunitária integrantes da RAPS como os CAPS, Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento, Centros de Convivência e Cultura, Consultório na Rua e Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011)

No contexto de experiências em nível local no sudeste do Brasil, Cortes (2015) avaliou o cotidiano de pessoas com transtornos mentais em um serviço residencial terapêutico, serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, do município de São Paulo. Entre os resultados, o trabalho evidenciou mecanismos encontrados pelos profissionais e moradores que ressignificam o espaço de moradia e de seu cotidiano por meio de ações e estratégias de superação de um cotidiano alienado e coisificado - que fora marcado pelos longos anos da institucionalização psiquiátrica - que possibilitou a reabilitação psicossocial e a vida cotidiana dos moradores deste local (CORTEZ, 2015).

Antonacci (2015) avaliou serviços de saúde mental, CAPS, na perspectiva do modelo de atenção psicossocial no Sul do Brasil. Concluiu-se que as práticas de Acolhimento, Projeto Terapêutico Singular e o processo de Transferências de Cuidados apresentaram-se como boas práticas em saúde mental, considerando princípios da ética psicossocial, evidências e experiências. O trabalho evidenciou que as práticas avaliadas possibilitaram estímulo ao autocuidado, assistência individualizada e voltada às necessidades do sujeito, qualificação e humanização no cuidado à saúde, além da reinserção social (ANTONACCI, 2015).

Castro e Maxtra *(2010) mostraram a importância das práticas territoriais em saúde mental em um CAPS na cidade do Rio de Janeiro. Identificaram que os grupos e oficinas denominadas *Oficina da Praça**, *Oficina de Jogos Teatrais* e *Grupo de Feira e Vendas*

*Destaque dos autores Castro e Maxtra (2010)

desenvolvidos em espaços coletivos e na comunidade proporcionaram o desenvolvimento de autonomia, mudanças das concepções associadas ao medo e periculosidade em ideias positivas por meio da convivência, reinserção social e corresponsabilização no processo do cuidado (CASTRO; MAXTRA, 2010)

Em relação às experiências das PICS e saúde mental, Ferreira (2016) analisou como as PICS estavam sendo utilizadas no cuidado em saúde mental em duas Unidades Básicas de Saúde em um município do Sul do Brasil. A partir da metodologia de Análise Institucional de Discurso e estudo de caso, Ferreira (2016) concluiu que as PICS são efetivas no cuidado em pessoas com sofrimento psíquico.

Carvalho e Nóbrega (2017) realizaram um estudo em uma UBS no município de São Paulo, Brasil, com o objetivo de avaliar se os profissionais percebem as PICS como um recurso de cuidado em saúde mental. Encontraram por meio da percepção dos profissionais que a maioria acredita no benefício das PICS como ferramenta de cuidado aos usuários de saúde mental. O estudo evidenciou também que os profissionais concordam com a oferta das PICS na rede pública, e que há interesse e procura dos usuários nas unidades estudadas.

Em síntese, esses três eixos - premissas éticas, baseados em evidências e em experiências - são fundamentais para nortear como promover melhorias no cuidado em saúde mental (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Nessa perspectiva, o objetivo desse estudo buscou problematizar e sugerir as PICS como boas práticas em saúde mental comunitária na perspectiva de tornar melhor os serviços da atenção primária à saúde. Entendendo os serviços/unidades básicas de saúde como serviços perto da casa dos usuários, ou seja, voltados para atenção comunitária, com fácil acesso e apropriados do contexto psicossocial do sujeito, deve-se existir um maior fortalecimento e estruturação de uma oferta de cuidado baseado em práticas com princípios éticos, baseado em evidências científicas e nas experiências singulares e coletivas.

O presente estudo propôs a ordenação do cuidado em saúde mental no município da região metropolitana de Salvador - BA, considerando as PICS como oferta de boas práticas em saúde mental nos serviços de atenção primária.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Considerando o problema de uma abordagem medicalizante e ofertas de cuidado insuficientes para o cuidado em saúde mental a nível da atenção primária à saúde, a presente dissertação de mestrado propôs a abordagem metodológica qualitativa tendo a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) como percurso metodológico com intuito de promover mudanças no contexto da prática assistencial, considerando a perspectiva do usuário e do profissional de saúde para ordenação do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico em uma cidade da região metropolitana de Salvador - BA.

4.2 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente dissertação teve como percurso metodológico a PCA. Elaborada por docentes do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, a PCA é uma proposta de pesquisa que busca a produção científica a partir dos problemas que o pesquisador identifica na prática profissional. Nesse contexto, o pesquisador proporciona produção e construção de um novo conhecimento e a inovação das práticas assistenciais (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

A PCA é regida por conceitos descritos como dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). O diálogo permite a construção do conhecimento pela troca de ideias, proporcionando mudanças na prática assistencial. A expansibilidade é um conceito que reflete as reformulações teóricas que possam ser acrescidas à pesquisa, ou seja, o diálogo entre a prática assistencial e o processo investigativo podem possibilitar demandas de novos projetos com o intuito de beneficiar o contexto assistencial.

A imersibilidade reflete a necessidade de o pesquisador vivenciar como profissional da saúde o próprio cenário da coleta de dados. O último conceito, simultaneidade, descreve uma característica fundamental da PCA, o desenvolvimento simultâneo da investigação com a prática da assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Trentini, Paim e Silva (2014) descrevem as fases da PCA como: concepção, instrumentação, perscrutação e análise. **Na fase inicial** é estabelecida a questão norteadora, objetivos e a justificativa do estudo considerando as necessidades identificadas na prática e o interesse dos sujeitos envolvidos. A **fase de instrumentação** é caracterizada pelo percurso

metodológico considerando cenário do estudo, sujeitos e métodos de coleta e análise dos dados. A **perscrutação** define-se as estratégias para a coleta dos dados e, por seguinte, a fase de **análise** e interpretação avaliam os dados por meio de uma fundamentação teórica e atribuem significado aos resultados que possibilita a transformação da prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O desdobramento da primeira fase, **concepção**, emerge da prática profissional do(a) pesquisador(a). Em nível da atenção primária, as ofertas de cuidado voltadas às pessoas com sofrimento psíquico ainda são restritas a uma abordagem medicalizante. Os profissionais de saúde ainda têm dificuldade de acolher e ofertar outras estratégias de cuidado voltadas para reais necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018). Esse cenário evidencia a necessidade de se construir fluxos assistenciais garantidos e centrados nas pessoas em sofrimento psíquico no âmbito da atenção primária à saúde, cotidiano vivenciado pela pesquisadora.

Paralelo a esse contexto, as PICS estão inseridas em todas as unidades de campo de prática do programa de residência que a pesquisadora trabalha. A vivência prática, a utilização das PICS nas unidades, a observação cotidiana e o diálogo com os trabalhadores das diversas unidades do programa de residência possibilitaram a percepção e defesa das PICS como estratégia de cuidado em saúde mental pela pesquisadora.

A proposta da ordenação do cuidado aos usuários em sofrimento psíquico considerando a abordagem das PICS emergiu desse contexto. Após a revisão na literatura e apoiada no referencial teórico de Boas Práticas em Saúde Mental comunitária proposto por *Thornicroft* e *Tansella* (2010), o presente estudo buscou promover mudanças no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico considerando a abordagem das PICS. O cenário e os participantes do estudo foram sujeitos das seis unidades de saúde da família do programa de residência do qual estou atuando e serão descritos a seguir.

A segunda fase da PCA, **instrumentação**, caracterizada pela delimitação do cenário de estudo, dos participantes e dos métodos para coleta de dados será descrita a seguir.

4.2.1 Cenário do Estudo

O desenvolvimento do estudo foi no município de Camaçari-Ba (Figura 2) nas seis USF da região de saúde, 04 e 05, que ofertam PICS e que são cenário campo de prática do Programa de Residências Integradas (Médica e Multiprofissional) de Saúde da Família e Comunidade da

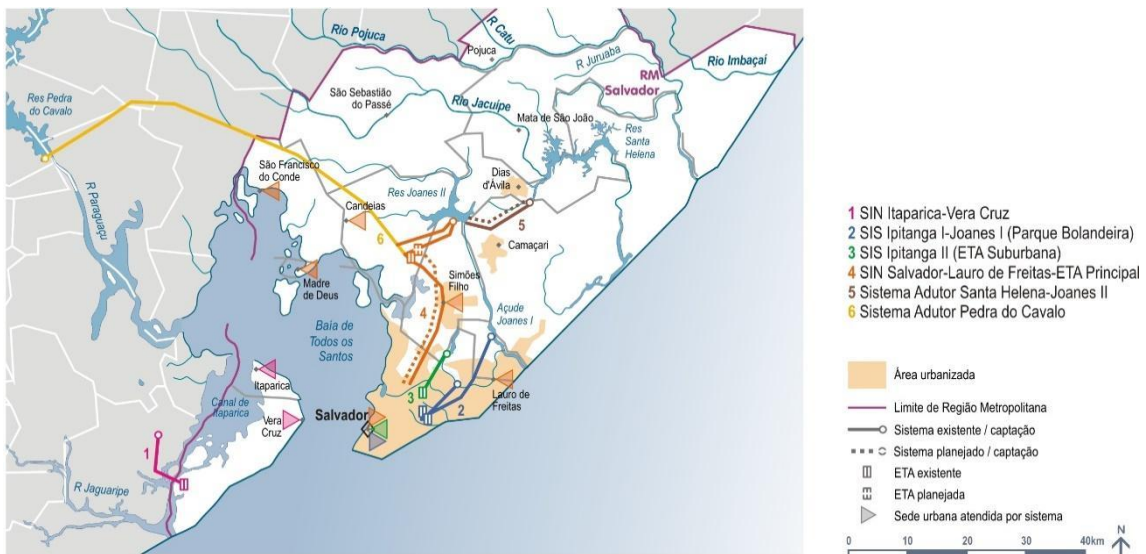
FESF-SUS/Fiocruz. A escolha desse cenário dialogou com a possibilidade de mudança e inovação de fluxos assistenciais, pois sou profissional do serviço e do corpo pedagógico da residência.

Sobre as características da cidade, ela está localizada na região metropolitana de Salvador – Ba, distante 45 km da capital. Possui área de extensão territorial de 785,335 km² (IBGE, 2018). Segundo o censo do IBGE (2010), a população foi de 242.970 habitantes, mas nos últimos anos houve um grande crescimento populacional impulsionado pela forte industrialização, com a presença de um polo petroquímico e indústria automobilística, gerando um fluxo migratório de pessoas atraídas pelo mercado de trabalho. A população estimada no ano de 2018 foi de 293.723 pessoas (IBGE, 2018).

Segundo dados coletados pela Secretaria de Saúde de Camaçari, a organização do município é baseada em uma sede ocupada pelos trabalhadores da indústria e uma orla, com extensão de 42 km, caracterizada por grandes atrativos turísticos. O município de Camaçari está subdividido em três distritos: Distrito Sede (70% da população), Distrito de Vila de Abrantes (19% da população) e Distrito de Monte Gordo (11% da população).

A figura a seguir ilustra a região metropolitana de Salvador – BA

Figura 2: Localização da Região Metropolitana de Salvador- BA.



Fonte: <http://atlas.ana.gov.br/Atlas/forms/analise/RegiaoMetropolitana.aspx?rme=19>. Acessado em 02/02/2020

Nota: grifo da autora

Em relação aos serviços primários em saúde, o município apresenta 41 (quarenta e uma) unidades básicas de saúde distribuídas em oito regiões de saúde, definidas pela Secretaria de Saúde do município (CAMAÇARI, 2018). Desde o ano de 2017, trabalho na região de saúde 04 (quatro), caracterizadas por grande vulnerabilidade socioeconômica e por ser campo de prática do Programa de Residências Integradas (Médica e Multiprofissional) de Saúde da Família e Comunidade da FESF-SUS/Fiocruz. Implantada em 2015 no município de Camaçari-Ba, a residência ocupa as cinco USF dessa região e uma unidade da região 05 (cinco) saúde (CAMAÇARI, 2018).

Contextualizando as PICS no município no ano de 2019, os serviços especializados em saúde mental, CAPS, todas as 06 (seis) USF da residência médica e multiprofissional em saúde da família da FESF e outras 03 (três) USF/UBS do município ofertavam PICS.

Todas as equipes NASF (o município dispõe de 04 equipes) ofertavam PICS e as principais práticas ofertadas eram: acupuntura, auriculoterapia, *reiki*, fitoterapia, aromaterapia, *lian gong* e arteterapia. O quadro abaixo sintetiza as PICS ofertadas até o ano de 2019 em cada USF selecionada para o estudo.

QUADRO 2. Oferta de PICS nos USF selecionadas para o estudo.

UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA	DA PICS OFERTADAS
USF Parque das Mangabas	Grupo auriculoterapia e atendimentos individuais
USF Verde Horizonte	Atendimentos individuais e ações coletivas com auriculoterapia, <i>reiki</i> , fitoterapia, <i>lian gong</i> , aromaterapia
USF Nova Aliança	Grupo PICS com auriculoterapia e outra prática (meditação, <i>reiki</i> , bioenergética, constelação familiar, massoterapia, reflexologia podal e fitoterapia, aromaterapia)
USF PHOC CAIC	Grupo auriculoterapia, fitoterapia (horta comunitária)
USF PHOC III	Grupo auriculoterapia
USF Piaçaveiras	Grupo auriculoterapia e <i>lian gong</i> .

Fonte: elaborado pelas autoras.

A oferta de PICS em cada unidade ocorria de forma diferente. Não existia um fluxo estabelecido para a oferta e existiam ofertas individuais e coletivas. Na maioria das unidades eram ofertadas por meio de grupos e ações coletivas.

Em março de 2020 a doença causada pelo novo coronavírus, COVID-19, foi caracterizada como pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS; OPAS, 2020). Esse cenário modificou a rotina e o cotidiano dos serviços repercutindo a não realização de ações coletivas nos serviços primários de saúde (CAMAÇARI, 2020). Os serviços têm buscado manter ações e atividades em saúde por meios remotos e plataformas digitais como o uso de Instagram e grupos de WhatsApp para informações e orientações em saúde, além do serviço de teleatendimento aos usuários.

4.2.2 Participantes do Estudo

Os participantes selecionados para o estudo foram: representantes dos trabalhadores e usuários do município de Camaçari-Ba. Foram selecionados: 01 (um) representante de ACS e dos 01 (um) dos usuários de cada unidade; 01 (um) representante preceptor do NASF e 01 (um) representante preceptor da residência médica e multiprofissional em saúde da família da FESF-SUS/Fiocruz de cada USF selecionada para o estudo, totalizando 07(sete) representantes da preceptoria. A escolha das USF e dos participantes do estudo serem da residência considerou a possibilidade de mudança no cotidiano dos serviços, pois as equipes mínimas e o NASF das USF são compostos somente por residentes com apoio do corpo pedagógico da residência.

Os critérios de seleção para os trabalhadores e ACS foram, preferencialmente, aqueles que tinham inserção em PICS. Em relação ao usuário, foi identificado aquele que apresenta algum sofrimento psíquico e que acessou por demanda espontânea ou programada as PICS nas unidades selecionadas para estudo.

Os trabalhadores dos serviços foram representados pelos preceptores da unidade, pois não há servidores ou profissionais fixos na equipe mínima e NASF. O programa de residência prevê a referência dos serviços pelos preceptores, já que a composição da equipe mínima e NASF são representadas pelos residentes. Foram selecionados um representante da preceptoria da equipe mínima por unidade, totalizando 06 (seis) preceptores, e 01 (um) representante da preceptoria do NASF, considerando que a equipe NASF é referência de mais de uma unidade. A seleção dos preceptores da equipe mínima e do NASF foi, preferencialmente, por aqueles que já apresentavam inserção em PICS, caso não ocorresse, a escolha seria por sorteio.

Em relação aos representantes dos usuários, foi selecionado 01 (um) usuário de saúde mental de cada serviço. A escolha dos usuários foi por indicação dos coordenadores e preceptores dos serviços. Cada serviço indicaria 01 (um) usuário. O usuário necessitava ser

adscrito a uma das USF selecionadas para o estudo, aceitar participar da pesquisa e ter vivenciado alguma PICS.

Sobre a seleção dos ACS, a pesquisadora entrou em contato com os preceptores de campo que indicaram aqueles que apresentavam inserção em PICS nos serviços. Após a indicação dos nomes, a pesquisadora entrou em contato para avaliar o desejo de participar da pesquisa.

Os participantes selecionados para o estudo atenderam aos seguintes critérios:

- Todos eram maiores de idade, 18 anos.
- 01 Usuário adscrito de cada USF selecionada para o estudo, indicado pelo coordenador ou preceptor, que realiza ou realizou alguma PICS e que apresenta algum sofrimento mental comum.
- 01 ACS de cada USF selecionada para o estudo com inserção em PICS e indicado pela preceptoria.
- 07 Representantes da preceptoria médica e multiprofissional em saúde da família da FESF dos serviços selecionados que tinham alguma inserção em PICS, sendo 01 da equipe mínima de cada uma das seis unidades e 01 do NASF.
- Concordar em realizar a pesquisa e aprovar divulgação científica dos dados respeitando o anonimato após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão foram usuários que não praticavam alguma PICS no município, menores de 18 anos, não tenham sido indicados pelos preceptores ou coordenadores e que não tinham registro no prontuário sobre algum sofrimento mental comum. Todos aqueles usuários e profissionais que não se dispuseram a participar foram também excluídos do estudo.

As próximas fases do estudo são **perscrutação** que se define a estratégias para a coleta dos dados, juntamente, a fase de **análise** e interpretação que avaliam os dados por meio de uma fundamentação teórica e atribuem significado aos resultados que possibilita a transformação da prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.2.3. Coleta de Dados

O contexto de pandemia decretado em março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS; OPAS, 2020) modificou a rotina e o cotidiano da população. Nesse contexto, medidas de distanciamento e isolamento social foram recomendadas (CAMAÇARI, 2020),

implicando também no processo de trabalho dos serviços primários. Diante desse cenário, os dados do presente trabalho foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas de forma presencial, respeitando as recomendações do Ministério da Saúde, e por meio de plataformas online *Google Meet*, utilizou-se também as ferramentas do *WhatsApp* e *e-mail*.

Após a aprovação do projeto pela secretaria de saúde do município, pelos serviços envolvidos e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), a pesquisadora entrou em contato por meio de plataformas digitais e de *WhatsApp* com os participantes selecionados para o estudo. A pesquisadora apresentou a pesquisa, os objetivos e perguntou se o sujeito desejava participar da pesquisa. Caso aceitasse, o TCLE assinado pelas pesquisadoras seria encaminhado por e-mail para que o participante assinasse e encaminhasse uma cópia via e-mail. Se não fosse possível a assinatura remota, era presencial, combinado previamente e seguindo os protocolos de biossegurança para o COVID-19 vigente, antes da realização da entrevista.

A entrevista semiestruturada e realizada presencialmente ou de forma eletrônica buscou identificar as formas de acesso, dificuldades encontradas e experiências referentes ao uso das PICS no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Os quadros abaixo (Quadro 3 e 4) exibem as perguntas disparadoras para usuários e profissionais.

QUADRO 3. Entrevista com usuário.

Participantes	01 usuários de cada USF selecionadas para o estudo.
Estratégia coleta de dados	Entrevistas semiestruturadas ou on-line (Skype, WhatsApp vídeo, Google Meet, ZOOM entre outros recursos digitais).
Objetivo	Levantamento de problemas e experiências
Perguntas disparadoras	<ol style="list-style-type: none"> 1) Como o senhor (a) avalia as PICS (como auriculoterapia, plantas medicinais e outras medicinas alternativas e complementares) no seu cuidado em saúde mental? Comente suas experiências. 2) Como funciona o acesso às PICS na sua USF? Ou seja, como o senhor conseguiu fazer parte do atendimento de PICS? O senhor (a) vivenciou alguma dificuldade? 3) Quais profissionais oferecem as PICS na USF? E quais profissionais de saúde você acredita que pode ofertar PICS (incluindo ACS, equipe mínima, NASF e técnicos de saúde tem formação em PICS)? O senhor (a) teve alguma experiência com algum desses profissionais? 4) Qual sua opinião sobre essas PICS como oferta de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico nos serviços de saúde?

Fonte: elaborado pelas autoras.

QUADRO 4: Entrevista profissionais de saúde.

Participantes	07 Preceptores do programa de residência médica e multiprofissional e 01 ACS de cada USF selecionada para o estudo.
Estratégia de coleta de dados	Entrevistas semiestruturadas ou on-line (Skype, WhatsApp vídeo, Google Meet, ZOOM entre outros recursos digitais).
Objetivo	Levantamento de problemas e experiências
Perguntas disparadoras	<ol style="list-style-type: none"> 1) Quais foram as experiências (tanto na abordagem individual e coletiva) utilizando as PICS no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico que você participou? Pensando no ordenamento do cuidado em saúde mental por meio das PICS, comente um caso emblemático que você tenha vivenciado. 2) Quais fluxos e pactos nos serviços têm facilitado o acesso ao cuidado em saúde mental, considerando a abordagem das PICS? 3) Quais dificuldades e barreiras de acesso foram encontradas nos serviços, considerando o acesso à PICS pelos usuários de saúde mental? 4) Na sua opinião, quais profissionais de saúde podemos envolver na oferta de PICS ao usuário (incluindo ACS, equipe mínima, NASF e técnicos de saúde tem formação em PICS)? Por quê? 5) Como o senhor (a) acredita que devem ser organizadas as PICS nas unidades de saúde família/unidade básica de saúde?

Fonte: elaborado pelas autoras.

Após a realização das entrevistas, os dados foram analisados pela pesquisadora por meio da técnica de análise temática, conforme os seguintes processos: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Posteriormente a categorização e análise dos dados, foi estruturado recomendações aos serviços primários na perspectiva dos participantes da pesquisa para a ordenação do cuidado em saúde mental, considerando a abordagem das PICS. As recomendações foram baseadas nas principais categorias temáticas encontradas nas entrevistas realizadas. Após a sumarização das recomendações, foi realizado um grupo convergente assistencial on-line com os entrevistados para elaboração da cartilha de recomendações e para a validação dos dados encontrados.

O grupo convergente on-line é um método de coleta de dados realizado em ambiente virtual, apresentando a vantagem da não necessidade de deslocamento e do custo reduzido para coleta de dados. Abreu, Baldanza e Gondim (2009) discutiram sobre os grupos convergente on-line com base nas suas experiências de aplicação e consideraram que a qualidade dos dados obtidos por grupos convergentes virtuais e presenciais são similares, bem como as dificuldades

enfrentadas nessa estratégia de coleta de dados (ABREU; BALDANZA; GONDIM, 2009).

A quantidade de encontros on-line foi determinada durante o processo de coleta de dados, sendo necessário um momento on-line para a construção do conteúdo e da estrutura da cartilha de recomendação aos serviços primários. Após construída, a validação do material final ocorreu por e-mail, todos os participantes opinaram e deram o retorno, aprovando o material.

4.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS

A proposta de dissertação de mestrado foi encaminhada e avaliada pelo CEP da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). O projeto de pesquisa respeitou os princípios de autonomia e dignidade dos participantes previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que apresenta diretrizes e normas regulamentadoras para realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi respeitado também os princípios da Resolução nº 510/2016 que define as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Foi preservada a privacidade dos sujeitos e não foram utilizadas, no estudo, informações que identificasse ou que pudesse causar qualquer tipo de constrangimento aos participantes da pesquisa. Foi necessário o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) durante a realização da pesquisa.

A participação de toda entrevista foi previamente explicada, a ser voluntária. A qualquer momento o participante poderia se retirar do estudo. A pesquisadora buscou que houvesse um completo esclarecimento a respeito dos objetivos e métodos do estudo, possibilitando plena autonomia de decisão para participação da pesquisa. Os participantes não foram identificados, e as citações utilizadas foram referenciadas com siglas ou números aleatórios, garantindo assim a preservação da identidade. Os participantes do estudo não receberam ajuda de custo, evitando conflitos de interesses financeiros. Não houve qualquer tipo de malefício para os não participantes, e a informações coletadas foram subsídio para a reformulação da assistência aos usuários em sofrimento psíquico. O projeto de dissertação de mestrado foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, número do Parecer: 4.303.708.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A fundamentação teórica utilizada foi o referencial boas em saúde mental comunitária proposto por *Tansella e Thornicroft* (2010). Os autores sintetizaram a sua própria experiência

e, entre os resultados encontrados, pontuaram a importância de uma visão compartilhada, ou seja, ouvir perspectivas e experiências dos usuários e familiares para melhoria da oferta do cuidado em saúde mental. Após a realização das entrevistas, os dados foram transcritos na íntegra, analisados e interpretados por meio da técnica da análise temática, conforme os seguintes processos: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A análise dos dados foi realizada após sucessivas leituras, e agrupados por temáticas de acordo com os objetivos propostos.

5. RESULTADOS

Após coleta e análise dos dados, os resultados foram agrupados em três categorias temáticas: acesso ao cuidado integral em saúde mental por meio das PICS, PICS como experiência de cuidado ampliado em saúde mental e participação colaborativa dos entrevistados. O quadro abaixo sintetiza as categorias e subcategorias encontradas (Quadro 5).

QUADRO 5: Síntese das categorias e subcategorias temáticas.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS
Acesso ao cuidado integral em saúde mental por meio das PICS.	Barreiras de acesso para o cuidado integral em saúde mental. <ol style="list-style-type: none"> I. Barreiras institucionais encontradas pelos usuários em sofrimento psíquico; II. Desconhecimento de profissionais e usuários em relação às PICS; III. Contexto da pandemia como dificuldade enfrentada para a garantia da continuidade do cuidado.
	Estratégias e a organização da equipe para facilitar o acesso ao usuário em sofrimento psíquico. <ol style="list-style-type: none"> I. Acolhimento como estratégia para o cuidado centrado nas necessidades dos sujeitos; II. Fluxos e pactos desenvolvidos pela equipe para o cuidado integral em saúde mental.
PICS como experiências de cuidado ampliado em saúde mental.	Benefício terapêutico individual e coletivo das PICS no cuidado em saúde mental.
	PICS como estratégia de cuidado em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença.
	Abordagem integral para o cuidado dos sujeitos por meio de grupos.
	Fortalecimento do vínculo usuário-profissional por meio das PICS.
	Matriciamento como ferramenta para a consolidação das PICS no cuidado em saúde mental.

Participação colaborativa dos entrevistados.	Perspectivas dos usuários e trabalhadores para organização dos serviços primários.
	Quais são os atores que devemos envolver na organização das PICS nos serviços primários para o cuidado em saúde mental.

Fonte: elaborado pelas autoras.

5.1 ACESSO AO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL POR MEIO DAS PICS

Do total de 18 (dezoito) entrevistas realizadas (07 trabalhadores, 06 ACS e 05 usuários) os resultados encontrados frente ao acesso do usuário em sofrimento psíquico foram agrupados nas seguintes subcategorias: barreiras de acesso para o cuidado integral em saúde mental; e estratégias e a organização da equipe para facilitar o acesso ao usuário em sofrimento psíquico.

5.1.1 Barreiras de Acesso para o Cuidado Integral em Saúde Mental

Em relação às dificuldades de acesso identificadas pelos entrevistados, destacam-se as barreiras institucionais, o contexto da pandemia e o desconhecimento das PICS pelos profissionais e usuários.

No contexto dos arranjos organizativos, foram apontados: ausência de um fluxo estabelecido para o cuidado em saúde mental, o número restrito de usuários a grupos com oferta de PICS, dificuldade de organizar a agenda de trabalho, falta de insumos e de profissionais para a oferta de PICS nos serviços, e a não garantia de uma oferta continuada, evidenciados nas seguintes frases temáticas:

"A barreira de acesso é justamente essa necessidade de restrição do número de usuário, em detrimento do número de profissionais que estavam ali para facilitar o grupo [*de auriculoterapia*]. [...] Acho que outra barreira foi a disponibilidade de insumo, [...] outro limitante foi a própria organização da agenda, porque assim, a cada novo ciclo da auriculoterapia, a gente entrava em um conflito porque a gente tem que lidar com várias atividades." (PROF 3)

"...só que infelizmente aqui [*unidade de saúde da família*], vocês não têm suporte, né, aqui no posto [*USF/UBS*] para ficar toda semana com isso [*refere-se às PICS*]" (USU 6)

"Eu acredito [*refere-se às barreiras de acesso*] que profissional, espaço, e material, porque as meninas [*profissional da equipe mínima e NASF*] mesmo, é que providenciaram [*material*]" (ACS4)

"Acho que uma das principais barreiras era essa coisa do grupo [*auriculoterapia*] ser fechado, assim, de ter uma lista e tal e a gente, às vezes precisar escolher, priorizar." (PROF 5)

"As pessoas gostam, veem resultados, correm atrás, só que aí, tem poucas pessoas fazendo..." (ACS2)

“Eu acho que não tem um fluxo tão bem estabelecido, acho que a gente precisa melhorar essa questão do fluxo para as PICS de uma maneira geral e para esse acesso ao cuidado [*em saúde mental*]” (PROF6)

Considerando as barreiras institucionais das USF entrevistadas, destacam-se o estigma e a dificuldade de lidar com o usuário de saúde mental, além dos obstáculos encontrados pelos usuários ao acessar o serviço, como a oferta de PICS em grupo ser restrita.

“Eu acho que tem a questão do estigma da própria equipe, [...] muitos profissionais não se sentem à vontade, ficam com medo, fogem um pouco desse atendimento, às vezes o usuário de saúde mental chega na unidade, e o pessoal da recepção, da vigilância, não sabe como lidar se ele chegar um pouco mais alterado, às vezes a galera fica querendo intimidar, querendo que ele saia logo, enfim, então eu acho que tudo isso influencia para ele não se sentir à vontade nesse espaço [*refere-se a USF*]” (PROF 5)

“a gente se sente tentado a utilizar um serviço que para nós antes tinha cara de discriminatório, com profissionais com a cara feia, fechados, respondendo às perguntas com monossílabos, com má vontade, essas coisas, isso ficou caracterizado no atendimento da UBS e esse atendimento de práticas integrativas ele já tem a cara de família” “antes eu [*usuário em sofrimento psíquico*] vinha todo armado, os maus tratos, muitos funcionários tratavam mal, grosseiramente.” (USU2)

“Tem gente que às vezes, principalmente quando a pessoa está no sofrimento psíquico maior, quando ela procura ajuda, que no primeiro momento, tem algum tipo de barreira por pequena que seja, às vezes, ela desanima e não volta [*complementa a frase exemplificando uma situação sobre o grupo ser fechado e ter a lista de espera*]” [...] “eu não sei se alguém que estava no estado desse [*sofrimento psíquico*] procurou [*atendimento*] e disseram: olhe já começou há três semanas, vou colocar seu nome na lista, aí você retorna quando o grupo começar. Eu não sei, por exemplo, se essa pessoa achou isso como dificuldade, mas pode ter sido.” (ACS5)

A cultura biomédica também foi apontada por um profissional como uma barreira dos serviços:

"Outra questão é a questão da cultura mesmo, biomédica, o que aquele lugar tem para me oferecer, é remédio, é exame, é médico, não são outras opções do cuidado, não são outras alternativas, e isso é muito forte.” (PROF 5)

Além da cultura biomédica, foi identificado também a falta de experiência e conhecimento dos profissionais sobre essa prática de cuidado em relação ao usuário em sofrimento psíquico por um entrevistado.

“Saúde mental eu não tenho muito que responder, porque a saúde mental que eu trabalho na minha comunidade, é assim, a senhora sabe que a gente só encontra o indivíduo com aquele problema e o trabalho nosso é ajudar a chegar à unidade, para a unidade levar ele ao médico e o médico é quem toma as devidas providências. Nunca coube a nós, agente comunitário, fazer algo com ele” [...] "Só essa medicina alternativa vindo de orientação da gente eu afirmo que com certeza que não dá

resultado, entendeu?! Tem que ser algo bem mais forte mesmo, acompanhado pelos médicos.... não tenho nenhuma experiência para isso não.” (ACS1)

Outro ponto destacado pelos entrevistados refere-se à dificuldade da continuidade do cuidado em saúde mental nas USF, pois são campo de prática da residência médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade.

“A dificuldade do grupo [*auriculoterapia*] também é a residência, é bom e ruim ao mesmo tempo, [...] a gente tem uma mudança de pessoas constantemente, é bom que entra pessoas interessadas, mas também entre pessoas desinteressadas.” (PROF2)

“...ou seja diminui o número de pessoas [*inicia a fala contextualizando a saída dos profissionais após conclusão da residência*], olha para você ver como faz diferença! O facilitador antes era porque a gente tinha um grande número de pessoas que aplicavam [*auriculoterapia*], e agora a gente tem um grande dificultador que um número grande de pessoas que está saindo, é a questão da residência.” (PROF 7)

O contexto da pandemia do novo coronavírus, COVID-19, iniciada em março de 2020 (OMS; OPAS, 2020) também foi apontada como uma dificuldade enfrentada para a garantia da continuidade do cuidado integral em saúde mental. No ano de 2020, as USF selecionadas para o estudo sofreram modificações que incluíram a suspensão temporária de algumas atividades ofertadas, como o atendimento coletivo e os atendimentos eletivos.

As frases temáticas abaixo evidenciam as repercussões vivenciadas pelos usuários e percebidas pelos profissionais devido ao cenário pandêmico.

“Então, hoje, em relação a COVID-19, a pandemia, a gente furou muito o fluxo, então o cuidado em saúde mental na unidade, ele ainda tá é... desestruturado, por causa dessa questão da pandemia.” (PROF 3)

“eu acho que se a gente tivesse ficado no fluxo habitual, com as R2 [*residentes de segundo ano*] e as R1 [*residente primeiro ano*] completos na unidade eu acho que isso [*matriciamento em relação às PICS*] teria sido passado, mas como veio pandemia, essa loucura, aí acabou quebrando várias coisas, vários fluxos, várias questões.” (PROF6)

Na frase temática abaixo, a entrevistada fez referência a oferta de PICS em outro centro especializado e trouxe sua experiência individual no contexto da pandemia:

“porque com a questão da pandemia eu não estava tendo [*à oferta de PICS*], agora, está voltando” [...] “eu estava muito bem comigo, eu estava muito bem com o meu psicológico, equilibrado, eu estava muito bem com meu corpo, eu, meu corpo, meu eu, meu eu estava dizendo que estava muito feliz, eu estava muito bem, depois que tirou disso [*suspendeu as atividades em um centro com PICS que a usuária frequentava*], parou, é como se tivesse me tirado... eu me sinto, eu tenho a sensação como se...tivesse sido uma planta que fosse arrancada à força, sabe, sinto muita falta.” (ACS4)

Após análise das entrevistas, evidenciou-se também como barreira de acesso pelos entrevistados, a falta de conhecimento de profissionais e usuários das PICS como recurso terapêutico. As frases temáticas abaixo evidenciam esse tema:

“a principal barreira de acesso é a falta de conhecimento dos próprios profissionais, e assim e acho que até a forma como nós fomos formados na faculdade, né, não inclina para a gente ter uma formação voltada para PICS [...] muitos têm resistência de fazer, de acreditar, questões ideológicas, então acho que essas questões ideológicas também são barreiras de acesso.” (PROF6)

“ainda mais aqui que é um bairro periférico, muita gente não tem tanto estudo, tanta instrução assim entendeu, então assim, às vezes as pessoas nunca ouviram falar [*referindo às PICS*],” “...A gente precisa aprender mais sobre [*as PICS*], entender mais, como eu te falei, eu mesmo só sabia da auriculoterapia, só conhecia a auriculoterapia e a ventosa.” (ACS6)

"As pessoas não sabem, entendem, será que as pessoas aqui [*comunidade adscrita*] realmente sabem que aquilo ali [*PICS*] é bom para a saúde?" (USU 6)

Na perspectiva de um profissional entrevistado, a oferta facultativa das PICS nas USF é considerada uma barreira de acesso por dificultar a consolidação do cuidado integral nos serviços primários.

“então eu acho duas barreiras importantes, uma é que não existe essa capacitação real nas práticas e outra é que quando existe é uma capacitação facultativa” [...] que as vezes acontece uma vez ou outra a capacitação, mas se o profissional não quiser ir, ele não vai e aí pronto a unidade dele fica sem [*oferta de PICS*], a população do território dele não tem acesso, então isso é barreira de acesso a uma terapia que super funciona” [...] não estou falando deste município, mas de todos os municípios, não existe uma preocupação real de promover essa capacitação entre os profissionais para que isso aconteça, então só reforça a ideia de quando eu vou no posto de saúde eu estou procurando algum remédio, alopata, algum exame, questões desse ponto, dessa medicina mais tradicional” [...] e entrar numa lógica mais de verdade integral que eu posso de fato atender o paciente compreendendo e considerando todas as características dele ou dela, inclusive suas crenças, seus desejos suas vontades, a gente não faz isso, a gente finge que faz isso quando a gente se nega a fazer determinada prática, a gente tá fingindo que a gente entende de maneira integral, então, se é atenção primária tem que ter e aí tem que fazer.” (PROF1)

5.1.2 Estratégias e a Organização da Equipe para Facilitar o Acesso ao Usuário em Sofrimento Psíquico

Esta categoria temática descreve as estratégias, os fluxos e os pactos utilizados pela equipe para garantia do cuidado integral aos usuários em sofrimento psíquico por meio das PICS.

Um usuário entrevistado considerou a oferta de PICS no território como uma facilidade para o cuidado integral em saúde mental, descrito na seguinte frase temática:

“Eu achei uma ótima ideia ter na unidade, ter no nosso bairro. Eu achei bom.” [...] “eu vou lá [USF], porque é aqui mesmo no meu bairro já, eu sei que lá eu vou conseguir resolver essa situação [*refere-se aos cuidados em saúde mental*] e chegar aqui já consegue, e é mais fácil do que se deslocar para outro lugar mais longe” [...] “aí você vai no posto [UBS/USF] e já tem uma pessoa para lhe atender, você já sabe a pessoa certa que vai lhe ajudar naquela área, já tem alguém que tá já especializada, já sabe que vai ter um apoio daquela pessoa, tem uma confiança naquela pessoa e vai ajudar.” (USU 4)

Em relação às estratégias realizadas pelas equipes nas USF, as frases temáticas a seguir, pontuam a postura ética do acolhimento como uma ferramenta que possibilita um cuidado singular, integral e voltado para as necessidades dos sujeitos.

[...] geralmente assim, [...] a gente já sabe quem faz uso contínuo, as pessoas que já fazem acompanhamento no CAPS [...] então assim, elas são direcionadas para unidade, elas não têm resistência, elas vão e são atendidas, como outro usuário, entendeu? [...] só vir para unidade, pelo acolhimento diário, pela manhã e pela tarde, eles são acolhidos, aí aqui é a necessidade é respondida conforme a necessidade de cada um” [*no contexto da unidade que o ACS6 atua, as PICS podem ser ofertadas no dia após a escuta no acolhimento ou pode ser por agendamento*] (ACS6)

“escuta a pessoa [*postura dos profissionais quando o usuário acessar a unidade por demanda espontânea*], as pessoas são realmente acolhidas como você falou, e aí pode-se colocar o nome na lista [*refere-se ao grupo de auriculoterapia*] ou não, priorizar e respeitar a sequência mesmo da lista.” (ACS 3)

“ficou atraente a “USF Z” para mim, ficou atraente por conta das práticas integrativas, porque a gente se sente incluído, para que melhor do que você se sentir incluído por alguém lhe dar atenção, porque se não houver atenção por parte deles não funciona a atenção que eles dispensam faz a gente perceber a prática integrativa.” (USU2)

Em relação aos fluxos e pactos desenvolvidos pela equipe para o cuidado em saúde mental por meio das PICS, destacam-se a flexibilização da agenda para garantia dessa oferta de cuidado; interação e disponibilidade dos profissionais; e discussão em equipe para garantia do cuidado em saúde mental, considerando as singularidades e as necessidades dos sujeitos, como ficam evidentes nas frases temáticas, a seguir:

“Eles [*refere-se aos profissionais residentes*] ofertam ou eles mesmo fazem, ou se for um dia que tem uma agenda muito apertada, eles remarcam para outro dia como se fosse um acesso avançado [*método de agendamento que busca absorver maior número de pessoas da demanda espontânea*]. Eles [*refere-se aos profissionais de saúde residentes*] criam algumas estratégias de agenda, ou então, até mesmo é acionado um outro profissional.” (PROF 7)

“Se a gente identifica que é um caso mais agudo assim, que a gente precisa intervir logo, a gente oferece geralmente a estratégia da consulta individual.” (PROF 5)

"Se a gente identificasse que algum usuário estava com esse tipo de sofrimento, a gente se compromete individualmente a fazer o tratamento e não dentro do grupo [*refere-se a estratégia utilizada para caso não houvesse vaga para o grupo de auriculoterapia*]." (PROF 3)

"Então a integração da equipe e a união facilitou bastante e a disponibilidade dos profissionais." (ACS5)

As seguintes frases temáticas exemplificam a forma que a equipe se organizou para facilitar o acesso dos usuários em sofrimento psíquico:

"E aí a gente vai para esse momento [*durante a reunião de equipe*] de ouvir o agente de saúde para entender a dinâmica da casa, da família, né, como as coisas estão se organizando, e aí a gente debate em reunião, geralmente funciona assim. E aí prioriza [*ao convocar os usuários da lista de espera do grupo de auriculoterapia*], né, dá mais a quem realmente precisa de mais." (ACS 3)

"a gente convida as pessoas e aí, uma das prioridades desses convites geralmente são pacientes com transtornos mentais, ou com algum tipo de sofrimento mais agudo que a equipe identifica..." (PROF 5)

"essa forma dele já ser o profissional, por exemplo, o médico, o enfermeiro já perceber que ele necessita de ajuda numa consulta [*explicando sobre o olhar integral do profissional e da equipe*]" "assim como eu ia te dizendo a forma do médico já perceber e encaminhar eu acho que já é um já é um encaminhamento já é uma forma de facilitar." (ACS5)

O maior número de profissionais que realiza as PICS também foi considerado como uma facilidade para o acesso por um participante do estudo.

"Outra coisa que facilita é que quase todos os R2 [*residente do segundo ano*] fazem auriculoterapia, então não é centralizado numa pessoa, que por mais que uma pessoa saia de férias, esteja doente, não veio da unidade hoje, alguém vai poder substituir ela." (PROF1)

Os participantes do estudo evidenciaram também a divulgação dos grupos e oferta de cuidado por meio das PICS em salas de espera e pelo ACS como ferramentas que aumentaram a adesão dos usuários em sofrimento psíquico:

"Também a divulgação em salas de espera ajudava a comunidade saber que existia os grupos e os agentes de saúde também foi outra ferramenta que ajudou a captar esses usuários." (PROF 4)

Os entrevistados ACS4 e PROF1 também destacaram a importância do envolvimento e da participação dos profissionais na oferta de PICS.

“eu não só chamava a comunidade para vir participar [*grupo voltado para saúde mental com oferta de PICS*], mas eu também participava, porque eu acho que, até para o paciente, usuário, ele ter essa tranquilidade, agente comunitário também tá interagindo, participando, contando nossas experiências, né.” (ACS4)

“Quando o paciente vê você usando, ele já se sente mais confortável usar, então ele já entende mais, se sente mais confortável usar, cometa ele já usou, já pode dar um depoimento de sua experiência e isso facilita.” (PROF1)

Para além das barreiras de acesso evidenciadas no contexto da pandemia causada pelo novo coronavírus, COVID-19, alguns profissionais do estudo orientaram o autocuidado por meio da PICS fazendo o uso das tecnologias de informação e comunicação para a continuidade do cuidado em saúde mental.

“E aí em alguns momentos nessa conversa por telefone, a gente tentava fazer algumas indicações, tipo assim, os profissionais que estavam atendendo às vezes indicavam meditação, alguns canais de vídeos ou de áudios pela internet, mesmo que essas pessoas poderiam tá utilizando.” (PROF 5)

“Fazia meus exercícios, botava no *youtube*, aí ia fazer exercícios... do *Lian Gong*, eu fazia alongamento, eles [*profissionais de saúde*] mandavam no grupo [*de PICS no whatsapp*] os vídeos.... é porque eu vou lembrando, né, para a gente fazer, eles tinham cuidado de mandar no grupo também para a gente realizar as atividades.” (USU3)

Uma usuária também destacou o uso de PICS para o autocuidado no contexto da pandemia.

“Ah eu tomava muito chá em casa, tomava chá, era muito chá caseiro, que eu fazia para poder aliviar a ansiedade. Aí eu tomava chá mesmo, graças a deus eu não tive problema na pandemia, nem minha família.” (USU3)

5.2 PICS COMO EXPERIÊNCIA DE CUIDADO AMPLIADO EM SAÚDE MENTAL

As experiências pelos entrevistados no território evidenciaram as seguintes subcategorias: benefício terapêutico individual e coletivo; uma compreensão ampliada do processo saúde-doença em saúde mental por meio das PICS; a abordagem em grupo por meio das PICS para o cuidado em saúde mental; as PICS como uma estratégia de fortalecimento do vínculo usuário-profissional e o matriciamento como uma ferramenta para a consolidação de um cuidado em saúde mental, considerando a abordagem das PICS.

As frases temáticas que se seguem evidenciam as experiências dos usuários, profissionais e agentes comunitários ao utilizarem as PICS no cuidado em saúde mental na abordagem individual e coletiva. Os resultados revelam o benefício terapêutico dessas práticas:

“[...] tô no enfrentamento à depressão. Então estava fazendo só o uso de medicamentos, só medicamentos, medicamentos, até a última vez que eu tentei me suicidar, que eu passei pela psicóloga da unidade, foi aonde ela começou a me interagir com o *reiki*, com acupuntura, com a... como é que fala... com a ventosa, então depois que eu comecei a fazer o tratamento com essas coisas, eu comecei a ficar menos ansiosa, ficar menos nervosa, comecei ver menos coisas, pois eu via coisas, ouvia pessoas, então quando eu comecei a fazer esses tratamentos medicinais, para mim foi muito bom. Que semana passada ela me perguntou, como você tá se sentindo hoje? De 100% eu acho que 80% já me deu uma boa aliviada.” [...] “Eu já saio [*após sessão com as PICS vivenciadas, reiki, ventosa e auriculoterapia*] mais suave, já saio menos agitada, passo a noite tranquila, não tenho insônia. Agora, se eu ficar só nas medicações, eu vivo com insônia, eu vivo estressada, vivo ansiosa, ouço coisas, então a terapia para mim, que eu tô tendo hoje da acupuntura, da ventosa, do *reiki*, para mim elas são essenciais, são essenciais, para mim, o que mais ajudou no meu tratamento foram elas.” (USU1)

“Eu deitava e amanhecia sentada. Eu comuniquei quando vim fazer auriculoterapia, aí eu expliquei como eu me sentia que às vezes eu amanhecia o dia do mesmo jeito que eu deitava. Aí na terceira aplicação eu já fui me sentindo mais relaxada. Ela [*profissional do NASF que facilitava o grupo de auriculoterapia*] passava trabalho para a gente fazer, passava muita coisa para a gente fazer, desenvolver a mente da gente, aí já fui me sentindo bem melhor [...] ”Agora eu tô dormindo bastante. Há quase um ano que fiz, mesmo assim eu continuei fazendo meus exercícios, e mudei mais a mente, devido às palestras que fazia o que ela explicava para a gente, então a explicação que ela foi me dando eu fui colocando na mente, as coisas boas. (USU 3)

“A auriculoterapia é muito boa, por exemplo, eu estava com depressão esses dois dias porque tinha três semanas que eu não fazia a auriculoterapia, se eu fizer eu não tenho sintoma de nada, eu me sinto muito bem, eu fiz hoje e vai passar aí mais 15 dias, eu vou voltar a semana que vem, mas lógico se eu quiser passo 15 dias sem fazer.” (USU2)

“Me chamou muito atenção o depoimento dela [*caso emblemático de uma usuária vivenciado no grupo de auriculoterapia*] por ela falar assim da restauração do sono dela. Que foi assim de forma... ela disse que não dormia há anos, ela não sabia o que era dormir, então ela fala isso com tanto prazer, com tanta eficácia assim que me chamou muito a atenção.” (ACS5)

“A auriculoterapia na época também ajudou muito, eu lembro que ele estava com muito problema para dormir, e ele não acreditava muito, né, nesse tipo de abordagem, mas que foi fazendo toda diferença na vida dele. [...] “ajudou muito, inclusive desmistificou, algumas coisas que ele não acreditava.” (ACS3)

“De cuidar da saúde mental? Casos desses de desmame de benzodiazepínico, usar chá de camomila para ajudar no desmame, crises de ansiedade ou de insônia, usar casca de laranja [...] de oferecer para os pacientes receitas e tal de fitoterapia para que eles usassem e individualmente também de ofertar isso e ver que tem uma resposta.” (PROF1)

“[*inicia a frase respondendo questionamento sobre experiências coletivas com PICS*] E questão coletiva, participando dos grupos aqui. Não eu fazendo auriculoterapia, mas o residente fazendo auriculoterapia [...] conforme íamos conversando, eles [*usuários*] traziam queixas no corpo, queixas de base emocional, ansiosa e aí eu convidei também alguns para a prática do *reiki* e foi bem funcional. E eles passavam este relato de que “passavam a dormir melhor.” (PROF 7)

A PROF 7 destaca duas outras experiências individuais na USF que trabalha.

“teve uma experiência logo no início da pandemia aqui, de uma mulher que já era acompanhada pela residente de psicologia e ela chegou aqui na unidade, só que quando terminou a o atendimento ela entrou numa crise de ansiedade, mesmo sendo atendida, e a residente tentou conversar com ela, fazer a intervenção a conter, mas não conseguiu. Então eu só consegui através da PICS, fazendo o *reiki* nela” [...] “foi algo bem intenso mesmo que ela começou a apresentar todos os sintomas, né, da ansiedade e por mais que a gente fizesse a abordagem ela não estava ouvindo, então eu utilizei o *reiki* como recurso, que foi bem funcional mesmo e a gente conseguiu.” (PROF 7)

“[inicia um *relato de uma experiência durante a consulta*]. Ela [*usuária*] me traz que estava com uma angústia muito grande, e eu fiz uma intervenção com *ThetaHealing* e ela saiu daqui dizendo que não estava sentindo mais, e é como se tivesse esvaziado o peito dela com aquela angústia. Então assim, são outras alternativas que a gente vai utilizando, outras formas de observar.” (PROF 7)

Outra profissional, PROF6, relata uma experiência emblemática no cuidado em saúde mental de uma usuária por meio das PICS (*reiki*, auriculoterapia e Erva-De-São-João):

“[...] ela tem transtorno do pânico e a gente começou a acompanhar [...] ela não conseguia ficar dentro da unidade, ela tinha muito pânico de unidade de saúde, ela tinha muito pânico de unidade de saúde, de hospital, de unidade de saúde de uma maneira geral, então ela, tinha muita dificuldade de permanecer nesse ambiente, e a gente começou os acolhimentos com ela no jardim da unidade assim, na mangueira, tinha uma mangueira assim e tinha um banquinho, aí a gente sempre fazia os acolhimentos dela nesse local, porque ela não conseguia adentrar a unidade de saúde, então... e é uma paciente que tem muita resistência a medicamento em si, ela não consegue tomar a medicação, ela não aderiu mesmo ao tratamento alopático, então a equipe que assumiu essa paciente, voltou muito o cuidado para as PICS, então elas utilizaram o *reiki*, utilizaram a auriculoterapia, e utilizaram fitoterapia, elas utilizaram Erva-De-São-João para tratar essa paciente, e ela, assim agora, ela vem na unidade, ela entra, ela vem para o atendimento convencional, assim....então essa paciente foi bem marcante, porque foi a única paciente que eu vi tratar de fato completamente, um caso de saúde mental com PICS, só com PICS, ela não usou nada de tratamento alopático, nenhum antidepressivo de maneira alopático, só usou realmente PICS, e ela está até hoje desse jeito.” (PROF6)

**ThetaHealing* é uma prática energética sistematizada por Vianna Stibal em 1995 que se concentra no pensamento e na oração. O método utiliza as ondas cerebrais Theta e o amor incondicional do Criador para a busca da cura. A técnica tem inspiração no Cristianismo, mas não é uma religião e é acessível para pessoas de qualquer religião (ROGERS, PHILLIPS e COOPER, 2021). O *ThetaHealing* busca libertar a pessoa de padrões e crenças que possam limitar sua felicidade, o que torna possível a reconexão consigo e com sua essência (FERRAZ et al, 2020).

A PROF6 também destaca que vivenciou duas experiências emblemáticas utilizando PICS no cuidado em crise em saúde mental.

“teve o caso de uma senhora de aproximadamente 50 anos, ela chegou extremamente chorosa, extremamente chorona mesmo, [...] chorando alto, muito forte, e a gente levou ela para a sala de procedimento, ela já tinha sido atendida aqui outra vez, aí a gente fez o *reiki*, trabalha meditação com ela, [...] meditação guiada e aplicamos auriculoterapia, aí de maneira adjuvante a gente fez clonazepam gotas para ela [...], ela estava em uma crise muito forte e ela saiu daqui muito bem, ao ponto de a gente conseguir liberar ela sozinha para casa.” (PROF6)

“uma paciente de luto recente, e ela chegou em situação assim de amplo desespero assim, chorando, muito assustadoramente, parecia outra pessoa, [...], muita ansiedade, quadro de muita ansiedade, e a gente colocou ela na sala e essa aí foi só *reiki* mesmo, *reiki* e meditação também, foi só isso mesmo, *reiki* e meditação... e ela saiu de lá plena, parecia outra pessoa.” (PROF6)

A frase temática que se segue evidencia a experiências individuais vivenciada com PICS no cuidado em saúde mental pela ACS2.

“apesar dela [*usuária*] já ter que tomar realmente os remédios que já são passados pelo psiquiatra, aí a gente começou a perceber que [...] quando ela estava no meio das plantas, cuidando de plantas, cuidando da horta, cuidando de plantas medicinais, que ela ficava bem, ela se sentia muito bem, ela conseguia se expressar melhor, que ela era [...] Tem um efeito que paciente de saúde mental fica marchando né? E no caso dela a gente começou a perceber uma melhora muito grande, uma melhora significativa nesse ponto, quando ela começou a ter esse contato com as plantas, e passou a fazer meditação” [...] ouvir a musicoterapia a dança terapia, ela pára para ouvir a música, ela se concentra, ela canta, e são músicas bem lentas, fundo musical que ela fica, parada ouvindo, que não era dessa forma. Então é uma evolução, então, as práticas integrativas, pelo menos essas práticas, estão contribuindo muito com ela [...] “e aí, minha irmã teve depressão e começou a praticar também, e minha irmã hoje não usa remédio, ela fez um desmame da medicação, porque foi um surto né, ela teve um surto, ela fez um desmame e hoje o que ela usa é prática integrativa.” (ACS2)

ACS4 revelou o contato com PICS não institucionalizadas (práticas curativas, rapé, kambo e jurema), fora do contexto da USF, e a repercussão positiva destas práticas em seu próprio cotidiano:

“Quando eu estava nessa época, eu não estava tomando remédio nenhum psicológico, e minha energia estava no auge, meu padrão vibratório de energia estava, podia dizer que estava 100%, estava muito bem, só as práticas curativas, rapé, kambo, e a jurema” [...] “Eu lembrei, poxa, quando eu realmente quando eu me consagrava no rapé [*prática xamânica*] três vezes ao dia, eu não estava assim, decaída, deprimida, pra baixo.” (ACS4)

Destacam-se nas seguintes frases temáticas, as PICS como estratégia de cuidado numa compreensão ampliada do processo saúde-doença mental:

“são práticas que te deixam leve, que te deixam desestressado, que te fazem dormir melhor, que fazem seu pensamento agir com mais coerência, que te faz enxergar melhor, que te faz se valorizar melhor, te ensina a se amar mais, te ensina a se enxergar.” (USU1)

“enxergar outras formas de cuidado mesmo, para além da medicação, pois a gente fica muito atrelado a medicação, causando até uma certa dependência, principalmente para a saúde mental, e às vezes não dá oportunidades para a pessoa se autoconhecer, se ver, enxergar, enxergar a ansiedade dentro de si, tentar trabalhar essa ansiedade e trabalhar realmente a fonte geradora dessa angústia, dessa saúde mental dela.” (PROF 4)

“práticas integrativas tem um poder fantástico na recuperação de seres humanos tanto do ponto de vista de saúde mental como do ponto de vista apenas social porque as atividades elas nos fazem rever a nós mesmos de uma forma diferente nos outros dá para entender? Dá para a gente entender a nós mesmos.” (USU2)

"Eu tive algumas sessões aqui [*sessões de reiki*] com ela e foi muito bom, relaxar a mente, pensar no eu de dentro, deixar as energias fluir, então, foi muito bom, né.” (USU 6)

“[*inicia a frase respondendo questionamento sobre experiências coletivas com PICS*] e questão coletiva, participando dos grupos aqui. Não eu fazendo auriculoterapia, mas o residente fazendo auriculoterapia [...] conforme íamos conversando, eles [*usuários*] traziam queixas no corpo, queixas de base emocional, ansiosa e aí eu convidei também alguns para a prática do *reiki* e foi bem funcional. [...] relato de que eles [*usuários*] conseguiram se comunicar melhor, que começaram a entender, reconhecer seus sintomas” [...] “Então assim, leva o despertar desta pessoa, eu acho que a PICS é justamente isso, um outro olhar, um novo olhar sobre tudo que está em você, acessar o que está em você.” (PROF 7)

A profissional PROF 7 também destaca uma experiência individual com o *reiki* que lhe permitiu uma compreensão ampliada do processo saúde-doença mental.

“Teve também uma pessoa que chegou aqui no acolhimento [*atendimento à demanda espontânea*] e ela trouxe a ideia do suicídio, ela estava com ideias suicidas e tanto eu quanto a enfermeira, uma das enfermeiras que tem aqui, a gente ofertou a ela o *reiki*. Então, a gente fez o *reiki* nela e aí ela relatou que ela sentiu uma sensação de leveza muito grande, ela falou assim: ‘como se eu tivesse me conectado comigo’, foi essa a frase que ela utilizou. E ela falou que trouxe muito a questão da conexão com ela mesma, e uma frase que ela também falou foi: ‘a muito tempo eu não eu não sinto a leveza que eu estou sentindo agora, eu me sentia muito pesada’. [...] ela chegou aqui com uma demanda muito grande de sofrimento, com a intenção de tirar a própria vida, e ela saiu daqui trazendo a palavra conexão e leveza, a partir da PICS.” (PROF 7)

PROF1 destaca o uso das PICS no cuidado em saúde mental como uma garantia de cuidado integral.

“Pensando inclusive que a gente faz cuidado, com todas as pessoas, com todas as faixas etárias, né um cuidado integral, independente de raça, procedência, então de fato, a gente deveria colocar isso em prática, então a gente tem o costume de oferecer sempre o mesmo tipo de terapêutica ou de cuidado porque não é só uma questão de

intervenção, às vezes até o próprio acolhimento a forma como a gente conversa com o paciente, como escuta é sempre padronizado, as perguntas para fazer, a conduta a tomar, quando na verdade é o leque de possibilidades ele pode, ele ser muito maior e deve ser ampliado para que as pessoas de fato se sintam mais acolhidas e mais respeitadas em suas decisões e seus desejos.” (PROF1)

“É uma proposta de autocuidado e que tem esse grande potencial, que muitas vezes dialoga melhor com a realidade das pessoas, né, que às vezes elas conseguem aderir melhor, que faz mais sentido para ela, mesmo do que as técnicas que a gente tá acostumado, mas medicalizantes e tudo mais, que muitas vezes a gente percebe que não são suficientes ou que não funcionam para todo mundo.” (PROF 5)

“Forma de dialogar com a comunidade de trazer retornar essa valorização do saber da comunidade para ciência, de integrar as duas coisas e não uma negar a outra.” (PROF1)

Para além do cuidado integral, o PROF1 destaca a experiência do desenvolvimento de autonomia do autocuidado por meio das PICS.

“Uma paciente que fazia auriculoterapia com agente, ela tem enxaqueca, tem insônia, muito ansiosa, fazia auriculoterapia, estava se dando super bem e disse que era a única coisa que segurava ela nestas questões, usava vários remédios, várias técnicas, especialistas e nada resolveu, a auriculoterapia para ela super funcionou [...] aí o grupo não estava funcionando nesse período por conta da pandemia e ela disse que ela pesquisou na internet e ela mesmo estava fazendo, estava fazendo no esposo que estava se dando bem, mas ela não conseguia fazer nela mesma, porque ela não conseguia ver os pontos, aí o que é que eu fiz [...] imprimir na unidade um mapa auricular para enxaqueca, marquei com os pontos pra ela e ela começou a fazer e deu certo [...] uma prática por exemplo alopata o paciente fica dependendo muito da equipe, ele não pode receitar para ele mesmo uma codeína [...], mas ela pode fazer uma fitoterapia para ela, ela pode fazer meditação, auriculoterapia, então existem algumas coisas e formas de capacitação para incluir inclusive o usuário [...] eu achei fantástico quando ela disse isso, que ela estava fazendo auriculoterapia e o que ela precisava era de uma orientação, ela pesquisou algumas coisas na internet, mas ela precisava de alguma orientação e naquele momento era possível fazer e deu certo.” (PROF1)

As falas dos entrevistados a seguir também evidenciaram as PICS como uma estratégia de fortalecimento do vínculo usuário-profissional.

“é que o uso das práticas possibilita um vínculo com o usuário que é diferente, do que quando você está nessa posição, do médico, da enfermeira, que está ali na consulta prescrevendo alguma coisa. Quando você começa a usar as PICS, você muda um pouco essa relação de poder, dessa relação com o usuário, você vai para um lugar que você está dividindo com ele, ali. Muitas vezes ele sabe mais de uma coisa do que você sobre aquilo, e você vai e pactuando com ele como vai ser feito, como ele gostaria, o que serve o que não serve.” (PROF 5)

“Então a gente começa a oferecer outra forma de cuidado. Aí a gente começa a tentar ajudar o paciente a lidar com o sofrimento.” “Assim, principalmente usuários de saúde mental, começar a se sentir mais acolhidos com as ofertas das PICS, de se abrirem mais para a equipe, de trazerem mais seus casos, de trabalhar mais sua doença, de se autoconhecer. Eu acho que, de uma forma geral, os usuários passaram a enxergar mais a unidade, também, como essa forma de cuidados, assim, para eles.” (PROF 4)

“Não foi só a auriculoterapia, mas a auriculoterapia permite você entrar nesse diálogo. Você é dentista, você vai praticar isso aí e permite praticar outro diálogo com o usuário.” “Ela [usuária] passou a ter mais paciência para poder dialogar com ele, isso foi bacana.” (PROF2)

"Os usuários quase sempre sabem bastante de fitoterapia, por exemplo, sabem muito e aí quando você usa fitoterapia como ferramenta de cuidado você só está se aproximando dessas pessoas." (PROF1)

"Então, a gente consegue através dessas práticas, identificar o usuário, trazer para próximo e aprimorar o cuidado." (PROF 3)

“Tinha outro usuário também que a gente acompanhava e que era um usuário que tinha esquizofrenia. E aí ele tinha uma dificuldade mesmo de aceitar o uso da medicação [...] aí em alguns momentos ele ia para a unidade, passava e via a gente fazendo a atividade [*lian gong*], aí ele desviava e ficava no grupo que a gente estava fazendo as práticas na praça, aí ele tentava imitar do jeito dele, as pessoas da equipe que já conheciam o caso e estavam ali no grupo junto comigo iam incentivando, ficavam mais próximo dele [...] A gente não conseguiu ver muito se teve um resultado terapêutico no sentido de mudar o caso, mudar o comportamento dele, mas era uma coisa mais de inclusão mesmo, tipo assim, de ele tá se sentindo parte de uma atividade, que não é uma atividade medicamentosa que era algo que ele tanto resistia, isso aproximou ele um pouco mais da equipe.” (PROF 5)

A abordagem em grupo para o cuidado em saúde mental por meio das PICS destacou-se nas USF selecionadas para o estudo. Evidenciou-se, nas frases temáticas abaixo, a importância de uma abordagem integral para o cuidado dos sujeitos. O uso da auriculoterapia nos grupos foi a PICS mais citada para o cuidado aos sujeitos, na fala dos profissionais ACS5, ACS3, PROF 3:

“a gente fazia aromas, meditação tudo isso a gente vinculava a auriculoterapia, não era só chegar lá mostrar o pontinho bota outro, não era bem assim, tinha toda uma preparação sabe um diálogo, as pessoas formavam um círculo e batia papo, cada uma fala espontaneamente” [...] “grupo é tem a questão de também no momento que a gente para conversar, o depoimento de um pode ajudar o outro. [...] Aí então o depoimento deles vai ajudar o outro, de forma fortalece o trabalho do profissional de saúde.” (ACS 5)

“as minhas colegas falam muito dos grupos, o quanto eles são fortes, né, sempre falam da auriculoterapia, porque foi o que se consolidou” [...] “elas falam e tem um retorno muito bom da comunidade, se envolvem, perguntam, querem saber, né, tem o retorno positivo de que houve melhora mesmo nas questões de saúde, estresse, questões com alimentação, muitas vezes, né, insônia.” (ACS 3)

Lian Gong é uma prática corporal da Medicina Tradicional Chinesa que tem como característica um conjunto de três séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos e alia conhecimentos da medicina ocidental às bases da medicina tradicional chinesa (BRASIL, 2015).

“na auriculoterapia [*refere-se a abordagem em grupo*], eu tive várias respostas positivas [...] tínhamos feedbacks positivos, dessas mulheres, em relação a melhora... é a melhora da convivência familiar, melhora no próprio reconhecimento do sofrimento psíquico [...] Então, sempre teve, assim, para as usuárias, em sofrimento, através da auriculoterapia, a gente obteve um bom resultado, em relação a proposta que foi sugerida” [...] “então acho que a troca de experiência é o ponto chave da abordagem de grupo, e conseqüentemente do processo ali da terapia.” (PROF 3)

O matriciamento foi evidenciado como uma ferramenta nas USF estudadas para a consolidação de um cuidado mais amplo e humanizado em saúde mental por meio das PICS, evidenciado nos seguintes relatos:

“Então acho que matricular ajuda nesse sentido muito para dar um direcionamento, para você saber que existe outro caminho [*refere-se às ofertas de cuidado*], não só aquele de sempre que todo já conhece, e que é importante também, né.” (ACS 3)

"Acho que o momento de matriciamento [*sobre auriculoterapia*] com a equipe, foi importante para que todos os profissionais comessem a ter um olhar mais sensível para esses usuários, assim, de saúde mental. Então, quando chegava alguma demanda de saúde mental, as pessoas estavam mais sensíveis a isso.” (PROF 4)

"Então a gente fez um momento mesmo [*refere-se ao matriciamento realizado com a equipe*], uma oficina para explicar um pouco como era a auriculoterapia, quais eram os princípios, como aplicava e tal, e várias pessoas se interessaram, e algumas foram incorporando. Algumas não desenvolveram isso, mas outras foram incorporando isso na sua prática, principalmente as agentes de saúde, de estar com paciente, alguém que está acamado e, por exemplo está fazendo visita domiciliar e que ela está percebendo necessidade e ela se oferecer para aplicar, então eu acho que é um potencial, assim.” (PROF 5)

5.3. PARTICIPAÇÃO COLABORATIVA DOS ENTREVISTADOS

A categoria de participação colaborativa dos entrevistados evidenciou as propostas para a organização dos serviços primários considerando a abordagem das PICS no cuidado em saúde mental, na perspectiva dos usuários e trabalhadores participantes do estudo.

As seguintes frases temáticas abordam a necessidade de se ter a oferta em todas as USF/UBS, maior número de profissionais que possam ofertar as PICS, maior incentivo e investimento dos gestores, além de estratégias para implementação como o diálogo com a comunidade e as reuniões de equipe.

“Eu acho que em todas [*refere-se à USF/UBS*] deveriam ter, nem todas tem, acho que todas deveriam ter a obrigação de ter essas práticas, porque eu não imaginava que isso fazia bem. Isso faz um bem danado.” (USU1)

“Deveria ter mais profissionais que fizessem essas práticas, eu acho assim, deveria ter mais, para cuidar mais da saúde da gente, mental, psicológica, tudo, né.” (USU3)

“[...] se a medicina expandir em relação a isso vai ser bem melhor, muito dinheiro eles vão deixar de gastar, [...] “então eu acho assim que o governo deveria investir, deveria investir muito mais nisso, com esses profissionais com essa saúde [*refere às PICS*], sabe, seria bem melhor.” (USU 6)

“eu acho que não deveria inclusive ser facultativo ao profissional que trabalha no SUS, na APS saber ou não saber PICS, acho que deveria ser facultativo qual PICS ele vai aprender [...] ‘eu não gosto, não vou fazer, não quero’, quando isso acontece o paciente tem uma barreira de acesso.” (PROF 1)

“sugerir que a agenda de trabalho precisasse necessariamente compor na atenção básica turnos para as práticas integrativas, eu penso que poderia sim, atender as demandas que chegam de sofrimento mental na atenção básica.” [...] “Claro que enquanto gestora eu precisaria matricular essas pessoas, esses profissionais, e trazer para ele a importância dessas práticas e o quanto elas podem ser positivas na melhora do quadro de um usuário em sofrimento psíquico.” (PROF 3)

“Então imagine se você, agente comunitário tomar o curso de capacitação de ervas naturais, ele ajudaria bastante esse paciente dele na comunidade.” (ACS4)

“tem que primeiro explicar a comunidade, fazer salas de espera...” (ACS6)

“Tem que haver uma reunião [*reunião de equipe*], todo mundo tem liberdade se expressar, cada um tem seu direito de se expressar pra ver a aceitação se é mais ou se é menor, de todos quem é que aceita mais quem é que não pra ver a aceitação dos profissionais, porque eu vejo cada um dentro da sua profissão, eu sinto que são todos iguais, nenhum caminha sozinho, uma precisa do outro, entendeu?” (ACS1)

Em relação ao acesso e organização da oferta de PICS nos serviços, os usuários e profissionais apontaram a necessidade de acesso mais amplo e facilitado, ofertado tanto na demanda espontânea como demanda organizada, considerando as individualidades dos sujeitos, evidenciado nas seguintes frases temáticas:

“eu acho que tem coisas que poderiam ser usadas tanto na demanda organizada como na demanda espontânea.” (PROF 1)

“Olha, eu acho que a gente teria que ampliar mesmo e tentar oferecer da forma mais aberta possível [...]” “[...] para a gente conseguir dialogar com as diferentes necessidades das pessoas, que nem todo mundo vai se encaixar naquele grupo, naquele perfil, algumas vão preferir mais uma prática corporal, outras uma abordagem mais em grupo, outras uma abordagem mais individual.” (PROF 5)

“Eu acho que deveria ser realmente inserido como um serviço, uma opção de serviço dentro da unidade, porque é o cuidado para além da medicação. Um cuidado que a gente também ajuda os pacientes a terem um autocuidado, a se conhecerem mais, a assumirem mais essa responsabilidade e enxergar outras formas de cuidado mesmo [...] então acho que ofertar isso de uma forma mais contínua mesmo...” (PROF 4)

“Eu acho que isso é em todas as possibilidades, até em situações de emergência também. Para o cuidado em saúde mental, eu acho que vale muito a pena.” (PROF 6)

Na perspectiva tanto da demanda organizada quanto da demanda espontânea uma participante, USU 4, sugere que o acolhimento com PICS possa tanto ser realizado na consulta individual ou ainda como sendo uma postura nos serviços.

“É deveria também ter no acolhimento, tipo assim em uma consulta, uma consulta também, para a pessoa para poder no momento que a pessoa estiver precisando ali, ter.” (USU 4)

A fala da usuária USU 4 corrobora com as seguintes frases temáticas:

"Eu acho que devia estar estruturado dessa forma na agenda de uma forma bem diluída, não acho que deveria ser centralizado em um determinado dia da semana." (PROF1)

“PICS, ela não precisa ser um turno de PICS, ela deve se associar para todos os grupos.” (PROF2)

Um participante do estudo sugere a discussão em reunião de equipe como estratégia para facilitar o acesso ao grupo de auriculoterapia do usuário em sofrimento psíquico:

“[ACS inicia a fala sugerindo a discussão durante a reunião de equipe como estratégias da ordem de convocação dos usuários para participação do grupo em auriculoterapia] [...] Essa possibilidade de você [agente comunitário] opinar de você trazer histórias [referente aos usuários], eu acho que não dá para ser engessado, com uma lista que tem que respeitar o fluxo da lista, isso aí eu acho que não dá [...] mas ter a sensibilidade de entender, quem precisa de mais... para a gente dá mais atenção para quem realmente precisa.” (ACS 3)

Em relação aos atores envolvidos na organização das PICS nas USF para o cuidado em saúde mental, a maioria dos entrevistados pontuaram que todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos, ACS e profissionais do NASF) e os técnicos administrativos podem estar envolvidos, evidenciando-se nas seguintes frases temáticas:

"Eu acho que todo profissional de saúde pode ofertar o PICS, acho que desde a recepção, eu acho que o cuidado começa na recepção, eu não vejo dificuldade nenhuma, nenhuma de um profissional ofertar uma PICS para o usuário.” (PROF 7)

“Eu acho que todo profissional que esteja inserido na atenção primária, ele tem, assim, a capacidade de estar inserido nesses espaços.” (PROF 4)

“Acredito que todos [profissionais de saúde] poderiam interagir né, até porque, seria troca de experiência, aprendizado, para cada um [...] enquanto equipe, eu acho que é legal todos, todo mundo participar, ninguém ficar de fora.” (ACS4)

A frase temática abaixo revela a necessidade de ampliar e valorizar as PICS como saber popular e voltada aos cuidados tradicionais nas USF.

“Inclusive, quanto mais pessoas a gente tiver, que a gente consiga fazer essa oferta, melhor, por que eu acho que a gente tende [...] a tornar uma coisa meio institucional, acadêmico e tudo mais, mas as práticas integrativas surgem da sabedoria popular, na maioria das práticas, algumas não são tão palpáveis, como auriculoterapia e tal, o próprio *lian gong*, pois vem de outra cultura, mas a gente tem nossas próprias práticas, o uso das ervas, enfim, a sabedoria mesmo da questão das parteiras, das benzedadeiras e tudo mais, então tem várias coisas que elas têm, que as ACS e pessoas que não têm nível superior têm muito mais conhecimento que a gente [*refere-se aos profissionais de saúde*], eu acho que todo mundo tem potencial de conseguir oferecer esse cuidado.” (PROF 5)

Uma entrevistada não considerou a inserção da medicina na oferta de PICS, presumindo que a prática médica deve ser voltada para prescrição medicamentosa:

“Eu acho bem legal que seriam os enfermeiros, né, não os médicos, eles são mais estudados, mais preparados para essas coisas de remédio, de receita. Eu acho os enfermeiros, técnicos de enfermagem, o que minha filha faz lá, fisioterapeuta, né, então, fisioterapeuta é diferente de médico, né” “, eles poderiam oferecer, mas eu acho que eles têm uma demanda mais [...] mas não impede nada de eles quererem aprender, poder ajudar, quem sabe, por exemplo, [*eu, usuária*] estar aqui com problema de ansiedade e ele [*médico/a*] chegar assim ‘já tentou essa prática, isso aquilo...’ e poder ‘será que você não gostaria de tentar?’ Tudo é, né, conversando, explicando os pacientes.” (USU 6)

Em relação a inserção dos ACS na oferta de PICS, mais de um entrevistado evidenciou a importância desses profissionais estarem envolvidos nessa oferta para o cuidado em saúde mental.

“E, assim, eu acho que é muito rico a inserção deles, principalmente para os agentes da saúde, porque tem um contato maior com a comunidade. Então a comunidade também se sente acolhida, pois meu ACS está me convidando, meu ACS participa, está ali junto. Então é uma forma de acolher e tornar esse ambiente mais familiar para esse usuário.” (PROF 4)

“O ACS é uma pessoa que geralmente tem vínculo, com a comunidade, que as pessoas do território conhecem, já entendem também aquela pessoa como parte da equipe, então não foi um problema não [*refere-se a um caso que a agente comunitária aplicou auriculoterapia em uma usuária acamada*], foi bem aceito, e acho que essa ACS se sentiu mais valorizada, de tá conseguindo prestar uma oferta para seus usuários” (PROF 5)

Uma entrevistada destaca a inserção dos ACS como uma estratégia de cuidado continuado nas USF campo de prática da residência médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade.

“eu acho que foi feito para o ACS, vamos dizer assim, porque o ACS trabalha com a prevenção, o ACS trabalha com a medicina preventiva, é o ACS que identifica na comunidade a necessidade daquelas pessoas [...] “acho que ACS deveria ofertar essas práticas, eu vou dizer porque, nós participamos de unidades de residência” [...] “vamos dizer assim [*refere-se aos residentes*] vão participar, mas todos irão sair, mas o ACS vai permanecer” (ACS 2)

Em contraponto ao exposto, uma frase temática sugeriu um acúmulo de função nesse espaço.

“Para mim [*enquanto ACS*] eu não gostaria não, porque a maioria de nós [*ACS*] mora na comunidade, imagine” [...] “eu acharia que seria mais uma função” (ACS6)

5.4 CONSTRUÇÃO DA CARTILHA DE RECOMENDAÇÃO AOS SERVIÇOS: GRUPO CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Após análise e categorização das entrevistas, realizou-se um grupo convergente com a participação de quatro preceptoras, médicas e uma odontóloga da residência médica e multiprofissional. Convidou-se todos os entrevistados via *WhatsApp* e *e-mail*, entretanto, devido às questões de conectividade e disponibilidade, só compareceram quatro profissionais, dos serviços palcos deste estudo.

O encontro ocorreu por meio de uma plataforma *on-line*, *Google Meet*, e teve duração média de duas horas. O desenvolvimento do grupo foi em quatro etapas. A primeira e segunda etapa ocorreram com a apresentação do trabalho e objetivo do grupo convergente assistencial, seguido da apresentação dos participantes e compartilhamento das experiências prévias individuais com PICS no cuidado em saúde mental. Esse momento teve o intuito de alcançar uma coesão do grupo e um diálogo mais participativo por meio da identificação entre os participantes pelas experiências em comum relacionadas ao objetivo do encontro (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). O terceiro momento buscou o compartilhamento das experiências, e a construção coletiva da cartilha de recomendação aos serviços primários para implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PICS.

Para a construção dessa cartilha, apresentou-se uma síntese dos resultados encontrados aos participantes, sendo esses discutidos coletivamente. Após consideração e validação desses dados, definiu-se a estrutura e o conteúdo da cartilha, no intuito de garantir a construção coletiva do material. O último momento do grupo convergente ocorreu com a validação da síntese do trabalho construído e avaliação do espaço. Pactuamos que após a estruturação e formatação do produto, a cartilha de recomendação seria enviada por *e-mail* ou *WhatsApp*, e as participantes iriam avaliar e validar (ou não) a cartilha, podendo também sugerir mudanças.

Após retorno por meios eletrônicos de todas as participantes do grupo, finalizou-se a “Cartilha de recomendação aos serviços primários para implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PICS”, que é apresentada a seguir:

CARTILHA DE RECOMENDAÇÃO AOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS PARA
IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL COM A ABORDAGEM EM
PICS

BAHIA

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CARTILHA DE RECOMENDAÇÃO AOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS PARA
IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL COM A ABORDAGEM EM
PICS

1ª Edição

BAHIA

2021

INTRODUÇÃO

A proposta de elaboração deste material surgiu pela inquietação de uma médica de família e comunidade e mestrande do Programa de Mestrado em Saúde da Família FIOCRUZ/UFRB ao observar a dificuldade dos profissionais em acolher e possibilitar ferramentas geradoras de cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico. O trabalho cotidiano na atenção primária à saúde evidenciou que as abordagens nos serviços primários ainda são medicalizantes e não privilegiam a saúde integral dos sujeitos.

O conteúdo apresentado foi construído durante a dissertação de mestrado e após entrevistas com os usuários, agentes comunitários de saúde e demais profissionais dos serviços primários (médicos, enfermeiros, odontólogos e profissionais do NASF), campo de prática da residência médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade da FESF/SUS. A construção desta cartilha ocorreu em um grupo convergente assistencial realizado de forma remota com quatro participantes da pesquisa. O conteúdo reflete as experiências acumuladas nos serviços estudados utilizando as PICS no cuidado em saúde mental.

PONTOS ABORDADOS

1. CONTEXTO DAS PICS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL
2. POR QUE IMPLEMENTAR NOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS?
3. QUAIS ATORES DEVEMOS ENVOLVER?
4. SUGESTÃO DE IMPLEMENTAÇÃO NOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS
5. COMO MINIMIZAR AS BARREIRAS DE ACESSO ENCONTRADAS NOS SERVIÇOS?
6. MODELO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL COM ABORDAGEM DAS PICS NOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS
7. REFERÊNCIAS

1. CONTEXTO DAS PICS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) se configuram como um conjunto de práticas, produtos e saberes tradicionais que promovem cuidado em saúde (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; WHO, 2013).

O levantamento na literatura nacional e internacional sobre o uso das PICS em saúde mental vem mostrando evidências favoráveis ao uso dessas terapias no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico (BONON, 2013; RAVINDRAN et al., 2016).

Em diferentes níveis de atenção à saúde, as PICS apresentam evidências relacionadas à promoção do autoconhecimento e cuidado, ressignificação de sensações e sentimentos relacionados ao sofrimento psíquico, além da reinserção social dos sujeitos. A revisão narrativa realizada por Muricy e Cortes (2020) evidenciou benefícios nas seguintes práticas:

PICS INSTITUCIONALIZADAS PELO SUS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Acupuntura; Auriculoterapia; Tai Chi, Qigong e Yoga; Reiki; Homeopatia; Aromaterapia; Musicoterapia; Arteterapia; Terapia Integrativa Comunitária	- Melhora da qualidade de vida e bem-estar; - Redução de sintomas associados ao sofrimento psíquico; - Menores efeitos colaterais quando comparado com tratamento farmacológico convencional.

PICS NÃO INSTITUCIONALIZADAS PELO SUS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Ayahuasca (alucinógeno botânico) Benzimentos Práticas religiosas umbandistas	- Efeitos ansiolíticos e antidepressivos de substâncias encontradas na flora brasileira; - Valorização e resgate cultural dos sujeitos; - Rede social de apoio; - Ressignificação do processo saúde-doença por proporcionar vivências centradas em aspectos culturais, sociais, espirituais e biológicos.

2. POR QUE IMPLEMENTAR NOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS?

As experiências vivenciadas pelos serviços primários estudados evidenciaram os seguintes benefícios ao utilizar as PICS no cuidado em saúde mental:

- (1) Fortalecimento do vínculo usuário-profissional;
- (2) Benefício terapêutico individual e coletivo;
- (3) Compreensão ampliada do processo saúde-doença;
- (4) Desenvolvimento de autonomia do autocuidado dos usuários.
- (5) Baixo custo para se implementar nos serviços e para se ter um benefício terapêutico

Os profissionais e usuários destacaram o maior acúmulo de experiências relacionadas a auriculoterapia, entretanto, outras práticas também evidenciaram os benefícios terapêuticos relatados como o *reiki*, *ThetaHealing*, *lian gong*, fitoterapia, meditação, terapia com dança e música, práticas da racionalidade chinesa e ayurveda e saberes e/ou práticas tradicionais.

Os participantes da pesquisa evidenciaram o benefício terapêutico nas condições relacionadas a sintomas ansiosos, psicóticos, depressivos e distúrbios do sono. Além dos fatores biológicos, questões referentes ao lidar com a vida, como fatores sociais e subjetivos foram encontradas nas experiências dos serviços. Destacam-se a melhora da qualidade de vida e das relações interpessoais/familiares, maior facilidade em lidar com conflitos familiares e promoção do autoconhecimento e autocuidado.

As experiências relatadas orientam que o uso das PICS tem benefício de forma exclusiva ou complementar no cuidado em saúde mental. Destacaram também experiências acumuladas no uso para o cuidado continuado e para o atendimento em crise (ex.: crise de ansiedade, luto recente, pensamentos suicidas).

3. QUAIS ATORES DEVEMOS ENVOLVER?

Todos os atores da USF/UBS podem estar envolvidos, ou seja, equipe mínima, NASF, ACS, funcionários administrativos e, inclusive, a própria comunidade. Deve-se envolver o maior número de profissionais para a garantia do cuidado continuado, especialmente em unidades que são campo de prática de residências médica e/ou multiprofissional. Destaca-se a importância do papel dos ACS como incentivadores e divulgadores desse processo de inserção das PICS na comunidade.

4. SUGESTÃO DE IMPLEMENTAÇÃO NOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS

Para a implementação nos serviços, sugere-se que o primeiro passo seja a realização de um matriciamento com um intuito de proporcionar uma sensibilização do cuidado da saúde mental por meio das PICS. Esse matriciamento pode ser nos espaços de educação permanente nas unidades ou nos turnos pedagógicos e nos atendimentos compartilhados, no contexto de unidade campo de prática de residências médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade. Juntamente a sensibilização e contextualização das PICS, sugere-se o mapeamento dessas práticas no território – trabalhadores e usuários – ficando atento para práticas tradicionais e os saberes populares como benzimento, práticas da cultura indígena e africana que contemplam as PICS e são ofertas de cuidado aos sujeitos.

Após sensibilização e mapeamento no território, o espaço do colegiado gestor foi sugerido para se discutir como implementar nos serviços, considerando a realidade local e as ofertas da unidade. Deve-se pensar em como inserir as PICS em cada oferta da unidade e buscar exemplificar e contextualizar com a realidade local.

O terceiro passo é levar a proposta para reunião de unidade e discutir com toda a equipe. A devolutiva para a comunidade é de extrema importância para a inserção da PICS no cuidado em saúde mental. Considerando o contexto pandêmico, sugere-se um diálogo inicial com os líderes comunitários e, posteriormente, considerando as recomendações e cuidados para se evitar contaminação do COVID-19, reuniões com a comunidade para se discutir sobre a inserção da PICS no cuidado em saúde mental e para incentivar a participação da própria comunidade. Sugere-se que esse espaço seja de troca de saberes, cuidados e práticas entre a comunidade e os trabalhadores.

A inserção das PICS deve ser uma rotina dos serviços, garantido no cardápio de ofertas da unidade e não restrito a somente um grupo, ficando atento à flexibilização da agenda, considerando o dinamismo de uma unidade de saúde da família/unidade básica de saúde. Sugere-se um diálogo com gestores municipais para proporcionar o matriciamento dos profissionais, possibilitando assim uma garantia dessas práticas nos serviços. A oferta nas consultas individuais e coletivas, acolhimento e por meio das tecnologias de informação e comunicação (TICs) devem ser uma rotina. Os profissionais devem ser orientados a como realizar o registro de produtividade no E-sus.

5. COMO MINIMIZAR AS BARREIRAS DE ACESSO ENCONTRADAS NOS SERVIÇOS?

O estabelecimento de um fluxo adequado, em que o atendimento em grupo não seja a única opção nos serviços, e uma maior oferta na agenda de trabalho, configura-se como uma estratégia para minimizar as barreiras de acesso.

A garantia de outros espaços na agenda – oferta consulta individual, nos espaços de acolhimento, atividades coletivas e TICs – irá minimizar a barreira de acesso gerada pelos grupos fechados. A ampliação da oferta e o envolvimento de todos os profissionais da unidade também irão minimizar o efeito do modelo de cuidado biomédico e do estigma sofrido pelos usuários de saúde mental. O matriciamento, além da sensibilização e de proporcionar o conhecimento dessas práticas, possibilitará um maior número de profissionais envolvidos e que possam oferecer as PICS, facilitando o acesso.

A divulgação por meio das TICs (grupos de WhatsApp, e-mail, Instagram e Facebook), sala de espera e pelo ACS são importantes para fortalecer a inserção das PICS nos serviços primários.

O uso das TICs possibilita a ampliação do acesso e pode ser utilizada para oferta de cuidado em saúde mental (ex.: meditação guiada, uso da fitoterapia).

6. MODELO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL COM ABORDAGEM DAS PICS NOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS

O modelo de cuidado em saúde mental utilizando a abordagem das PICS nas diversas ofertas de uma USF/UBS construído é representado pela figura abaixo:

Figura 01: Modelo de cuidado em saúde mental utilizando a abordagem das PICS



Elaborado pelas autoras

Os cuidados prestados às pessoas que sofrem devem proporcionar mudanças que possam qualificar as condições e modos de vida, com intuito de produzir saúde (BRASIL, 2013a), tendo como característica uma rede de cuidado com base comunitária, multiprofissional e resolutiva (PITTA; GULJOR, 2019). Os serviços de saúde devem desenvolver diferentes tecnologias de cuidado voltadas para as singularidades dos sujeitos e alinhadas com os determinantes sociais de saúde (AMARANTE; NUNES, 2018; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021). Na APS, as intervenções em saúde mental são construídas no cotidiano por meio do encontro entre usuários e profissionais e reflete as ações próprias do processo de trabalho das equipes e as singularidades do território (BRASIL, 2013a). No contexto das USF campo de prática de uma residência médica e multiprofissional em saúde da família, os profissionais e usuários sugeriram que o cuidado ofertado para as pessoas em sofrimento psíquico com abordagem em PICS deve ter como base as estratégias que promovam cuidado integral aos sujeitos do território como ações e grupos coletivos (a exemplo da abordagem com auriculoterapia, meditação, *lian gong*), e a valorização dos cuidados e saberes tradicionais (plantas medicinais do território, benzimento, práticas da cultura africana e indígena).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode significar uma estratégia que singulariza a oferta de cuidado levando em conta as necessidades, desejos, crenças e contexto social do indivíduo, e tem como objetivo a construção horizontal de um plano terapêutico ao sujeito ou ao coletivo a que se destina. O PTS busca o desenvolvimento da autonomia, maior inserção social, a articulação e o acionamento da rede apoio da pessoa, tendo como base os objetivos e as metas que se pretende intervir. O PTS deve ser priorizado para os casos mais complexos no contexto da atenção básica, ofertando intervenções nas diferentes dimensões que podem estar afetadas (biológica, psicológica e social) e deve ter o sujeito como o centro do cuidado (BRASIL, 2013a). Considerando a oferta singular sugerida, o plano terapêutico individual pode incluir grupos e atividades coletivas com as abordagens citadas, atividades individuais (a exemplo da auriculoterapia, *reiki*, *ThetaHealing*) e/ou visitas domiciliares com a oferta das PICS, buscando ações singulares e voltadas para as necessidades dos sujeitos.

O acolhimento nos serviços de saúde deve estar presente em todas as relações de cuidado e deve significar uma atitude que garante reconhecer e atender as necessidades dos sujeitos, ficando-se atento às singularidades, o modo de se relacionar e estar na vida dessas pessoas (BRASIL, 2010b, 2013b). A pessoa que acolhe deve proporcionar estratégias que contribuam para produção de saúde e novos sentidos do modo de viver, com a busca da resolução da demanda trazida pelo usuário, sem protocolos rígidos e sem um profissional específico para acolher as pessoas que sofrem mentalmente (ANTONACCI, 2015; DO AMARAL GIORDANI, 2019). Nesse contexto, a oferta de PICS pelos profissionais das USF/UBS ao acolher um usuário em sofrimento psíquico pode significar mais uma tecnologia produtora de saúde, devendo ser transversal nas ofertas desses serviços e uma postura ética dos profissionais. Nesse sentido, o uso das PICS no contexto do acolhimento é convergente com o eixo ético das boas práticas em saúde mental comunitária segundo *Thornicroft e Tansella* (2010) e tende a consolidar a atenção psicossocial na APS.

O modelo de cuidado em saúde mental utilizando a abordagem das PICS sugerido pode proporcionar novos sentidos do modo de viver, produzindo saúde e ampliando a oferta de cuidado na APS. Conclui-se que o modelo de cuidado construído considera as singularidades dos sujeitos e é alinhado com as características e necessidades dos territórios, convergindo, portanto, com a ética da atenção psicossocial e da integralidade do cuidado, podendo-se sugerir a sua adoção em outros espaços de cuidado.

AUTORAS:

Participantes da pesquisa da dissertação “BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: uma proposta de ordenação do cuidado em saúde mental a partir das práticas integrativas e complementares em saúde” da mestranda Andrezza Lima Muricy e orientado pela Profª Drª Helena Moraes Cortes.

REFERÊNCIAS:

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

ANTONACCI, Milena Hohmann. Avaliação de boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BONON, Michele Mazzocato. Saúde mental: possibilidades de interação com as racionalidades médicas e as práticas integrativas e complementares em saúde. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2013. 145 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 44 p.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 28. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 56 p.

Do AMARAL GIORDANI, Jessye Melgarejo et al. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de APS*. 2019.

MURICY, A. L. CÔRTEZ, H. M. Práticas integrativas e complementares como boas práticas em saúde mental. In: Paula Hayasi Pinho; Helena Moraes Cortes; Dóris Firmino Rabelo; Ana Lúcia Moreno Amor. (Org.). (Org.). Saúde da família em terras baianas. 1 ed. Cruz das Almas: UFRB, 2020, v. 1, p. 161-180

PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. A violência da contra reforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. *Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades*, n. 246, p. 6-14, 2019.

RAVINDRAN, Arun V. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5. Complementary and alternative medicine treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, v. 61, n. 9, p. 576-587, 2016.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trab. educ. saúde*, p. e00313145-e00313145, 2021.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 174-188, 2018.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. *Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária*. Editora Manole, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*. 2013.

6. DISCUSSÃO

As boas práticas em saúde mental, segundo *Thornicroft e Tansella* (2010) baseiam-se em três eixos - premissas éticas, baseados em evidências e em experiências – e são fundamentais para nortear como promover melhorias no cuidado em saúde mental. Esses princípios direcionam as decisões sobre a organização e as atividades cotidianas específicas para o cuidado em saúde mental.

A base ética é fundamental para orientar o planejamento e a oferta assistencial dos serviços. Segundo *Thornicroft e Tansella* (2010) quatro princípios éticos são particularmente relevantes para os serviços locais, sendo estes a acessibilidade, a compreensividade, a continuidade e a coordenação. A acessibilidade não se refere somente a distância geográfica, mas reflete a assistência descentralizada, a oferta do cuidado na comunidade, além do arranjo dos serviços para que se evite barreiras seletivas, esperas longas e burocráticas para avaliação e início do tratamento (THORNICROFT; TANSELLA, 2010, 2014).

A compreensividade, no contexto dos serviços especializados, destaca a característica dos serviços em ofertar cuidado aos diferentes graus de severidade das doenças mentais e a disponibilidade dos componentes básicos de cuidado (cuidado extra-hospitalar e comunitário, centros-de internação hospitalar em casos agudos, serviços de longa permanência e interface com outros serviços). A continuidade destaca a capacidade dos serviços ofertar cuidado longitudinal e garantido, além da transferência planejada, quando o usuário muda de residência. E, a coordenação reflete a coerência do plano de cuidado de cada usuário com intervenções necessárias e efetivas (TANSELLA; THORNICROFT; LEMPP, 2014).

No contexto do cuidado em saúde mental, o papel da APS é essencial para uma oferta de cuidado acessível, contínua, adaptável aos diferentes graus de severidade do adoecimento psíquico e com coerência às necessidades e singularidades dos sujeitos. (BRASIL, 2013b; PITTA, GULJOR, 2019)

Thornicroft e Tansella (2014) sugerem que a maior parte dos cuidados prestados aos sujeitos em sofrimento psíquico deve ser próxima às suas casas. Nesse contexto, os cuidados baseados em serviços comunitários são mais propensos a proporcionar uma maior cobertura de tratamento as pessoas em sofrimento psíquico, maior acessibilidade e aceitabilidade, além de facilitar a prestação de cuidados tradicionais e a decisão compartilhada entre a equipe de saúde e o sujeito (THORNICROFT; TANSELLA, 2014).

Em concordância, os resultados encontrados evidenciaram que a oferta de PICS para o cuidado em saúde mental pelas USF, unidades próximas às suas casas, parece ser uma facilidade para o cuidado integral em saúde mental.

Ao atuar em um modelo de atenção humanizado e centrado na integralidade do indivíduo, a inserção das PICS nos serviços primários contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS (BRASIL, 2015). Após análise dos resultados neste trabalho, a consolidação da oferta de PICS na APS para o cuidado em saúde mental pode se configurar como uma estratégia potente por possibilitar um cuidado integral, humanizado, centrado no sujeito e resolutivo.

Esses resultados concordam com o estudo de Amado et al (2020) que analisou relatos de experiências do uso de PICS na APS e evidenciou que o uso dessas práticas amplia o acesso da população ao cuidado de forma multiprofissional, fortalecendo os atributos essenciais da APS e contribuindo para um sistema de saúde mais resolutivo e racional.

Em relação ao acesso segundo *Thornicroft e Tansella* (2010), o presente trabalho encontrou fluxos e pactos desenvolvidos pelas equipes que possibilitaram um cuidado em saúde mental mais facilitado, garantido e continuado por meio das PICS. Os resultados que se seguem destacam estratégias que possibilitaram evitar barreiras seletivas e longas esperas para o acesso às PICS pelas pessoas em sofrimento psíquico. Encontrou-se: a flexibilização da agenda para garantia dessa oferta de cuidado; interação e disponibilidade dos profissionais; o envolvimento e participação dos profissionais na oferta de PICS e a discussão em equipe. A divulgação dos grupos e da oferta de cuidado por meio das PICS em salas de espera também foi uma estratégia encontrada pela equipe que facilitou o acesso aos que sofrem mentalmente.

O trabalho das equipes de referência no contexto do cuidado em saúde mental na APS pode ser uma proposta que facilita a organização dos serviços por promover a corresponsabilização do cuidado prestado e diminuir a possibilidade de centralização das decisões. Além disso, pode possibilitar projetos terapêuticos mais efetivos, maior participação dos profissionais e estratégias que possam promover a reabilitação psicossocial (DOS SANTOS et al., 2018).

As equipes de referência na APS buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho com enfoque na clínica ampliada para produção de cuidado e facilitação do contato dos usuários aos profissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007; DOS SANTOS et al., 2018). Logo, as estratégias encontradas referentes à interação, discussão em equipe, flexibilização e

disponibilidade dos profissionais podem possibilitar a consolidação de um cuidado acessível, contínuo e centrado às necessidades e singularidades dos sujeitos em sofrimento psíquico na APS.

Em relação a inserção das PICS no processo de trabalho da equipe na APS, o estudo realizado por Barros, Spadacio e Costa (2018) evidenciou que essas práticas proporcionam integração entre as diferentes profissões e uma possibilidade para uma horizontalização dos poderes no processo de trabalho das equipes. Esse contexto vivenciado favoreceu a integração e vinculação dos profissionais às populações assistidas, modificando a dinâmica do trabalho em saúde na perspectiva de um cuidado centrado nos usuários e suas necessidades (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

A atuação multiprofissional e o compartilhamento do cuidado entre os profissionais proporcionado pelas PICS podem contribuir para descentralização do cuidado predominante pelas consultas individuais do profissional de medicina e enfermagem, possibilitando uma ampliação do acesso ao cuidado nas UBS/USF e maior resolutividade de toda a equipe (AMADO et al., 2020).

Os dados encontrados por Barros, Spadacio e Costa (2018) e Amado et al (2020) evidenciam que a utilização das PICS no contexto da APS reforça os princípios e atributos da clínica ampliada, é alinhada com a ética da atenção psicossocial e pode se configurar como uma boa prática em saúde mental no território.

Em relação ao diálogo com a comunidade, Rodrigues et al (2018) evidenciaram como potencialidades das salas de espera a troca de saberes e a ampliação do vínculo da equipe com a população adscrita, elementos importantes para se definir a oferta das práticas terapêuticas. Nesse contexto, o diálogo com a comunidade proporcionado pela sala de espera pode ser uma ferramenta importante para oferta de cuidado coerente com as necessidades das pessoas em sofrimento psíquico de um dado território.

O matriciamento foi evidenciado por este trabalho como uma ferramenta para a consolidação de um cuidado em saúde mental mais amplo e humanizado por meio das PICS. Campos e Domitti (2007) conceitua matriciamento ou apoio matricial como uma intervenção pedagógica que tem como objetivo ampliar as possibilidades de atuação entre as diferentes profissões no contexto da atenção primária num processo de construção compartilhada. O matriciamento possibilita os compartilhamentos de saberes, diálogo entre as profissões e possibilidade de se consolidar uma clínica ampliada (CHIAVERINI et al., 2011).

Santana (2020) encontrou que o interesse pelas PICS e o compartilhamento de saberes e práticas entre os profissionais proporciona uma facilidade para a assistência às pessoas com transtornos mentais no contexto da atenção primária. Outras estratégias pontuadas pela autora para garantia da assistência foram a disponibilização de PICS e o matriciamento como estratégia de formação em serviço (SANTANA, 2020). O matriciamento nos serviços e o compartilhamento de saberes em PICS pode ser uma estratégia para a consolidação de um cuidado ampliado e humanizado em saúde mental.

Os mecanismos encontrados pela equipe para facilitar o acesso e garantir o cuidado integral em saúde mental por meio das PICS como salas de espera, matriciamento e a atuação multiprofissional e compartilhada do cuidado pela equipe de referência concordam com os estudos realizado por Barros, Spadacio e Costa (2018); Rodrigues et al (2018); Fogaça, (2020) Santana (2020), Amado et al (2020), são alinhados com os princípios éticos segundo Thornicroft e Tansella e da atenção psicossocial, podendo ser boas práticas de cuidado em saúde mental no contexto da APS.

Em relação às dificuldades de acesso identificadas pelos entrevistados deste estudo, destacam-se: o contexto da pandemia, as barreiras institucionais dos serviços primários e o desconhecimento das PICS pelos profissionais e usuários.

O contexto da pandemia do novo coronavírus, COVID-19, iniciada em março de 2020 (OMS; OPAS, 2020) foi apontada como uma dificuldade enfrentada pelos profissionais para a garantia da continuidade do cuidado integral em saúde mental por este estudo.

O contexto pandêmico expôs as fragilidades dos cuidados ofertados às pessoas que sofrem mentalmente, principalmente no contexto de países de baixa e média renda. A escassez de recursos e o acesso desigual às intervenções baseadas em evidências mesmo antes da pandemia, associado ao acesso reduzido aos serviços de saúde, devido às medidas restritivas, pode revelar a recorrência ou agravamento do sofrimento mental nesses países (KOLA et al., 2021).

O estudo de Vigo et al (2020) também evidenciou que as medidas restritivas de contato, no contexto pandêmico, podem tornar os usuários em sofrimento mental mais isolados e vulneráveis à recorrência ou exacerbação de sintomas ansiosos, psicóticos ou alteração do humor.

Nos diversos serviços de assistência à saúde no Brasil, Brabicoski et al (2020) evidenciaram que o isolamento social, a falta de suporte e redução da assistência às pessoas que sofrem mentalmente exacerbou os sinais e sintomas referente ao adoecimento psíquico dos sujeitos, concordando com os estudos de Vigo et al (2020) e Kola et al (2021).

Nesse contexto, é urgente a discussão sobre estratégias que possam minimizar a insuficiência assistencial e as dificuldades de acesso vivenciada pelas pessoas que sofrem mentalmente no contexto da pandemia COVID-19, podendo-se sugerir, a partir das experiências dos participantes do estudo, o uso de TICs com orientações em PICS para o acolhimento e cuidado continuado em saúde mental.

Diante das dificuldades enfrentadas pelos profissionais entrevistados em ofertar assistência no contexto pandêmico, alguns participantes do presente trabalho utilizaram como estratégia as TICs com orientações em PICS para a continuidade do cuidado em saúde mental e para minimizar os efeitos das recomendações de isolamento e/ou distanciamento social.

O uso das TICs também foi recomendado e vivenciado por outros estados, como Santa Catarina e São Paulo, como ferramenta promotora de cuidado em saúde mental no contexto de pandemia COVID-19 (DA SILVA LIMA; DE OLIVEIRA; DE FARIAS, 2020; DE ARAUJO et al, 2020). No estado de Santa Catarina, o uso das PICS foi recomendado de forma complementar e individualizada, focando na autoaplicação pelo usuário por meio da orientação de um profissional habilitado. Nesse contexto, as práticas corporais como *Tai Chi-chuan*, *Qi Gong*, *Lian Gong*, *Ba Duan Jin*, *Wu Qin Xi*, *Yoga* e Meditação foram sugeridas por meio de videoaulas para o cuidado em saúde. Outro exemplo foi o *reiki*, técnica promotora do bem-estar físico e mental, que foi sugerido ser realizado à distância por uma pessoa formada para tal oferta. As PICS tendem a ampliar o acesso e diversificar a oferta de cuidado, podendo, portanto, ser terapias inovadoras e humanizadas no cuidado à saúde no contexto da pandemia (GOUVEIA, 2021).

O estudo de Da Silva Lima, De Oliveira e De Farias, (2020) destacou a possibilidade terapêutica das PICS nos agentes causadores de estresse e nos sintomas ansiosos no contexto pandêmico. Encontrou-se que as PICS produzem aumento da autoestima, além da sensação de bem-estar e diminuição dos sentimentos negativos causados pelo isolamento. Os autores também evidenciaram o uso das TICs para a promoção de cuidados utilizando-se as PICS.

O relato de experiência de De Araújo et al (2020) apontou o teleatendimento como um recurso de promoção em saúde mental, por possibilitar escuta e acolhimento aos sofrimentos

dos usuários. Relataram também o uso de um grupo online de escuta, a criação de um canal no *Youtube* com intuito de abordar temas do cotidiano, autocuidado e hábitos saudáveis, além da proposta de criação de um grupo com abordagem em PICS. A experiência convocou a reflexão do teleatendimento como uma estratégia alternativa para cuidado em saúde mental na APS por ter possibilitado a prevenção ao agravamento de transtornos mentais no contexto de pandemia (DE ARAÚJO et al., 2020).

Para além do contexto pandêmico, outras dificuldades de acesso foram apontadas nos serviços estudados. Destacam-se a ausência de um fluxo estabelecido para o cuidado em saúde mental e a disponibilização facultativa no cardápio de oferta dos serviços; a falta de conhecimento de profissionais e usuários dessas práticas como recurso terapêutico; dificuldade de organizar a agenda de trabalho; falta de insumos e de profissionais para a oferta de PICS nos serviços; a dificuldade de oferta continuada; o estigma do usuário de saúde mental e a cultura biomédica como barreiras enfrentadas pelos usuários.

Em concordância com Fogaça (2020) as dificuldades encontradas para inserção de PICS no contexto da atenção primária do município de São Paulo foram: estrutura, espaço físico inadequado e insuficientes recursos humanos.

O estudo de Da Costa Matos et al (2018) destaca que a formação e a prática do modelo biomédico no cotidiano dos serviços são apontadas como barreiras para a implementação das PICS na APS. Outros pontos destacados foram: falta de estrutura física, recursos humanos e desconhecimento dos profissionais, devido à ausência dessa formação na graduação.

O trabalho de Barros et al (2020) também revelou a falta de recursos humanos habilitados, insumos, estrutura física não disponível ou precária e a falta de apoio da gestão municipal como dificuldades encontradas, o que leva à iniciativa individual e pontual para implementação das PICS na APS. O estudo também pontua que a oferta não estruturada das PICS pode reforçar o modelo biomédico, não garantindo a integralidade aos sujeitos por considerar que a abordagem centrada em uma única racionalidade em saúde na APS não é capaz de atender as diversas experiências de adoecimento (BARROS et al., 2020). Nesse sentido, a implementação das PICS, na perspectiva interdisciplinar, pode possibilitar uma maior resolutividade das demandas trazidas pelos sujeitos.

Os trabalhos de Fogaça (2020), Da Costa Matos et al (2018) e Barros et al (2020) vêm apontando para a necessidade de um incentivo dos gestores municipais, estaduais e federais em garantir a oferta de cuidado por meio das PICS de forma a capacitar os profissionais da APS e

qualificar os serviços primários com recursos físicos e estruturais que viabilizem a prática cotidiana das PICS nos serviços primários, qualificando e ampliando, portanto, o cuidado às pessoas que sofrem mentalmente.

Em concordância, Petersen et al (2019) evidenciaram que o apoio dos gestores, planejamento de recursos financeiros e prestação de serviços colaborativos e orientados para a comunidade podem melhorar o acesso e fortalecer o cuidado em saúde mental no contexto da APS.

Pereira, Amorim e Gondim (2020) encontraram que a falta de fluxos e/ou formas já estruturadas do processo de trabalho para lidar com as pessoas em sofrimento psíquico são um dos motivos que justificam a dificuldade de profissionais da APS em lidar com esses sujeitos. Além disso, relatou-se o estigma, pautado no distanciamento e no medo, e consequente dificuldade em se estabelecer vínculo como barreiras para a garantia de um cuidado integral em saúde mental (PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020).

A revisão sistemática de Gronholm et al (2017) também evidenciou o estigma como uma barreira para a prevenção, reconhecimento precoce e tratamento do adoecimento mental. Esse estudo sinaliza a influência do estigma no contato e na busca por cuidado nos serviços, resultado também encontrado por este trabalho e indicado como uma barreira de acesso aos usuários em sofrimento psíquico.

Outra barreira encontrada é o modelo biomédico hegemônico voltado para a lógica assistencialista e medicalizante que dificulta o trabalho em equipe e a consolidação da clínica ampliada e/ou psicossocial, além de práticas voltadas para prevenção e promoção da saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; LAMB et al., 2021).

Em relação ao modelo de atenção, Barbui et al (2020) destacaram a eficácia das intervenções psicossociais em adultos e crianças e a necessidade de que sejam realizadas de forma rotineira nos serviços, podendo contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde e para melhores práticas as pessoas que sofrem.

Ainda em relação às barreiras de acesso, os resultados encontrados neste presente trabalho pontuaram que a oferta facultativa das PICS nas USF/UBS dificulta a consolidação de um cuidado integral e longitudinal na APS.

A oferta de PICS nos serviços ainda não está institucionalizada na maioria dos municípios, sendo uma oferta viabilizada, principalmente, pelos profissionais das USF. Os autores apontam para a necessidade de consolidação e apoio da gestão para garantia de um cuidado continuado e concordante com as diretrizes do SUS de universalidade do acesso e integralidade da atenção em saúde mental (BARBOSA et al., 2019). Em concordância, Nascimento e Oliveira (2016) também pontuaram a insuficiência de recursos humanos, materiais e infraestrutura e a não institucionalização das PICS em grupos como uma fragilidade de consolidação dessa oferta nos serviços primários, invisibilizando essas práticas, sendo, portanto, notória a discussão sobre a necessidade de institucionalizar as PICS nos serviços.

Os resultados encontrados neste trabalho e o levantamento da literatura (MURICY; CORTES, 2020) apontam para a necessidade de legitimar as PICS como uma oferta de cuidado institucional nos serviços primários e para a utilização de ferramentas como salas de espera, matriciamento, a atuação multiprofissional e compartilhada do cuidado para uma ampliação e consolidação do cuidado integral e singular em saúde mental no território.

Nesse contexto, é importante destacar que a oferta de cuidado em saúde mental na APS deve ser efetiva e reconhecida como não prejudicial aos usuários, tendo como alicerce as práticas baseadas em evidências. Essas, devem representar o equilíbrio entre intervenções baseadas nos melhores dados disponíveis, às necessidades dos sujeitos e a dinâmica singular do contexto local, de modo que os usuários possam se beneficiar das intervenções disponibilizadas e que serviços e condutas ineficazes sejam descontinuados (THORNICROFT; TANSELLA, 2010; TANSELLA; THORNICROFT; LEMPP, 2014).

Os participantes da pesquisa evidenciaram a eficácia terapêutica individual e coletiva das PICS nas condições relacionadas a sintomas ansiosos, psicóticos, depressivos, distúrbios do sono e nas crises. Para além dos benefícios objetivos, apontou-se para as questões subjetivas referente a qualidade e o lidar com a vida ao se utilizar PICS.

Os profissionais e usuários destacaram o maior acúmulo de experiências relacionadas a auriculoterapia, entretanto, outras práticas também evidenciaram os benefícios terapêuticos relatados como o *reiki*, *ThetaHealing*, *lian gong*, fitoterapia, meditação, terapia com dança e música, práticas da racionalidade chinesa e ayurveda e saberes e/ou práticas tradicionais.

Em relação aos benefícios da auriculoterapia os entrevistados pontuaram a melhora significativa da insônia, sintomas relacionados a ansiedade e depressão. O ensaio clínico não randomizado realizado por Novak et al (2020) evidenciou melhora da qualidade de vida, do

sono e de sintomas ansiosos pelos participantes do estudo após aplicação da auriculoterapia, sugerindo o incentivo do uso dessa PICS. Silva (2017) também sugere a auriculoterapia como uma possibilidade de cuidado relacionado aos sintomas ansiosos no contexto da atenção primária.

Corrêa et al (2020) destacaram a efetividade e segurança da auriculoterapia no tratamento de ansiedade, depressão e estresse. Pontuaram também a necessidade de estudos com melhores níveis de evidências para avaliação dessa prática no cuidado em saúde mental.

Os estudos de Silva (2017), Novak et al (2020) e Corrêa et al (2020) apontam que o uso da auriculoterapia tem se mostrado efetiva e não está associado a efeitos prejudiciais ao sujeito. Em concordância, os resultados encontrados destacam o benefício terapêutico da auriculoterapia no cuidado continuado e no atendimento em crise de forma exclusiva ou complementar, além do seu baixo custo e da sua facilidade de acesso, podendo ser uma boa prática para o cuidado em saúde mental no território.

Em relação ao uso do *reiki* no cuidado em saúde mental, foram evidenciados pelos entrevistados experiências em relação a crises e sintomas crônicos. Uma usuária deste estudo relatou sentir-se mais suave e apresentou melhora da insônia, após aplicação do *reiki*, sentimentos não vivenciados quando utiliza somente as medicações alopáticas. Um profissional descreveu que após aplicação do *reiki*, uma usuária com ideação suicida saiu do consultório relatando conexão e leveza a partir da PICS aplicada. Outro profissional destacou duas experiências positivas no cuidado em crise em saúde mental após aplicação dessa prática.

Os sentimentos vivenciados pelos entrevistados concordam com o estudo de Vellinho et al (2019) que avaliou o uso do *reiki* no cuidado a pessoas com ansiedade, evidenciando a sensação de bem-estar relatada pela maioria dos participantes. Destacou ainda sentimentos como calma, tranquilidade, paz e leveza pelos entrevistados, além de redução do estresse. Os autores relataram também a redução dos sintomas ansiosos associados à consciência corporal, autoconhecimento, autocontrole e no resgate da autoestima.

O relato de experiência de Furlan et al (2021) também demonstrou benefícios associados à saúde como melhora dos sintomas ansiosos e qualidade de vida com aplicação do *reiki*. Os efeitos relatados pelas pessoas atendidas foram: melhora na qualidade do sono, paz, tranquilidade, equilíbrio emocional e sentimentos positivos relacionados à percepção de si, além de maior clareza do pensamento.

Em relação ao uso de mais de uma prática no cuidado em saúde mental, uma usuária que não desejava utilizar medicação alopática apresentou uma resposta eficaz utilizando somente PICS (Erva-de-São-João, *reiki* e auriculoterapia) para o tratamento da síndrome do pânico, resultado evidenciado por um profissional do estudo.

Em relação ao uso da Erva-de-São-João de nome científico *Hypericum perforatum*, a literatura tem apontado evidências favoráveis para síndromes depressivas (FURTADO, 2017; DE SOUZA; GODINHO, 2020).

Sevastre-Berghian et al (2018) sugerem o efeito terapêutico em sintomas ansiosos do *Hypericum perforatum*, diferente do mecanismo de ação das medicações alopáticas, podendo ser uma opção potente para a abordagem terapêutica dessas pessoas em sofrimento psíquico, com menos efeitos colaterais e menores interferências na função neuropsicológica.

De Souza e Godinho (2020) evidenciou que a efetividade da Erva-de-São-João é dependente da composição da substância, intensidade dos sintomas e do uso de outras ferramentas como psicoterapia, entretanto, a maioria dos trabalhos avaliados pelos autores apontaram para ações benéficas sobre a depressão, necessitando-se, portanto, de maiores estudos para compreender o modo de uso do fitoterápico.

Em relação às terapias voltadas à expressão do corpo e da mente, uma entrevistada deste estudo destacou o efeito da música, da dança, da meditação, e do contato com as plantas na melhora dos sintomas relacionados ao sofrimento psíquico. Caetano (2019) evidenciou que a dança pode ser um recurso para o cuidado das pessoas com sintomas depressivos por possibilitar sensação de prazer e bem-estar, além de uma maior disposição para realização das atividades cotidianas. Em relação a terapia com música, Breunig e Araújo (2019) apontaram que, no contexto comunitário, a musicoterapia pode ser uma estratégia de promoção à saúde mental e pode proporcionar uma rede de apoio e fortalecimento de vínculos entre os usuários.

Ainda em relação a musicoterapia, Junqueira (2019) evidenciou efeitos positivos no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico como aspectos relacionados à comunicação, interação e reinserção social por meio da música. A qualidade de vida, diminuição de pensamentos negativos, melhora das angústias e melhora na expressão de sentimentos também foram relatados. Em relação às práticas meditativas para o cuidado em saúde, Varginha e Moreira (2020) destacaram que essa prática pode ser um recurso em diversas condições, como em sintomas ansiosos, depressivos, insônia e estresse, por promover maior controle cardíaco e

respiratório. Os autores também pontuaram que a meditação também proporciona sensação de paz, alegria e possibilitam o indivíduo a lidar com mais facilidade as questões cotidianas.

Em relação ao contato com as plantas no cuidado em saúde mental, a experiência de De Oliveira Filho, Roscoche e Mota (2019) relatou que a implementação da horta em um serviço de reabilitação psicossocial possibilitou melhora do quadro clínico dos usuários, além do fortalecimento das relações entre esses sujeitos e os profissionais.

A prática energética *ThetaHealing* foi relatada por esse estudo como recurso para alívio de um sintoma psíquico. A experiência de Ferraz et al (2020) com *ThetaHealing*, hipnose, quiropraxia e termalismo em uma USF no estado da Bahia permitiu refletir sobre a possibilidade das PICS como estratégias potentes no território que podem auxiliar no modo de pensar e produzir saúde em um contexto individual e coletivo, sendo sugerido como necessário agregá-las no SUS.

A revisão sistemática de Rogers, Phillips e Cooper (2021) ressalta a insuficiência de trabalhos referentes a terapias de cura energéticas mente-corpo como o *ThetaHealing* e revela que essas práticas parecem ser efetivas e podem melhorar a qualidade de vida, do sono, reduzir sintomas depressivos, além de melhorar a saúde mental. Os autores também apontam para uma necessidade de estudos mais robustos para guiar a prática clínica e destacam a possibilidade terapêutica das técnicas energéticas, considerando a ausência de efeitos colaterais e/ou prejudiciais e o pouco tempo para aplicá-la (ROGERS; PHILLIPS; COOPER, 2021).

Mais de uma entrevista relatou o uso das PICS como estratégia para redução ou descontinuação de medicações como benzodiazepínicos e psicotrópicos. Dalmolin e Heidemann (2020) revelaram que o uso de PICS e o trabalho conjunto da educação em saúde dos indivíduos e da família podem promover a diminuição do uso de medicamentos na medida em que se estimula o autoconhecimento e autonomia dos sujeitos para escolha da melhor terapêutica. Outros estudos pontuaram também a possibilidade da diminuição do recurso medicamentoso ao se utilizar PICS no cuidado em saúde (AGUIAR; KANAN; MASIERO, 2020; SOUZA et al., 2017).

As práticas tradicionais também foram evidenciadas como cuidado em saúde mental vivenciado por uma entrevistada que utilizou práticas xamânicas para o autocuidado e equilíbrio emocional, ocorrido fora do contexto das USF estudadas.

Barbosa, et al (2019) sugeriu que as práticas realizadas pelos raizeiros, curandeiros, benzedeiros e xamãs em uma determinada região do Brasil devem ocorrer à margem das unidades de saúde e não nos contextos formais do SUS. Esse cenário pode ser também repetido nas diversas regiões brasileiras e pode justificar a dificuldade de estudos científicos sobre essa temática.

Batista e Zanello (2016) evidenciaram no seu estudo a falta de produção acadêmica referente a temática saúde mental em contextos indígenas. Em relação aos estudos encontrados referentes às práticas e saberes tradicionais, a revisão da literatura de Silva, Feitosa e Correia (2020) evidenciou o uso da AYA - alucinógeno botânico tradicionalmente utilizado por grupos religiosos - como uma ferramenta potente e eficaz no tratamento de transtornos psíquicos e nas questões subjetivas do indivíduo que influenciam nos hábitos e no estilo de vida.

No contexto de comunidades quilombolas, Batista e Rocha (2019) encontraram que o uso de chás de ervas e plantas medicinais transmitidos por gerações foram evidenciados como recurso pelos moradores para o cuidado em saúde mental.

As evidências encontradas no contexto local desta dissertação de mestrado apontam que as PICS possibilitam a garantia de um cuidado integral em saúde mental, considerando a complexidade das pessoas que adoecem e possibilitam, nos serviços primários, a ampliação da oferta terapêutica e o respeito aos desejos individuais dos sujeitos.

Ainda no contexto dos cuidados oferecidos às pessoas que sofrem mentalmente, *Thornicroft e Tansella* (2010) destacam-se a importância de considerar as experiências nacionais e internacionais em implementar mudanças no cuidado em saúde mental para a melhoria dos serviços. A base da experiência é um dos princípios para o desenvolvimento de boas práticas em saúde mental comunitária e serve como guia para o desenvolvimento de serviços mais equilibrados (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Os resultados encontrados neste presente trabalho explicitam as experiências acumuladas em saúde mental por meio das PICS pelos profissionais, agentes comunitários e vivenciadas pelos usuários em um determinado território da atenção primária. No campo da experiência, segundo T & T, encontrou-se o uso das PICS como uma experiência de cuidado ampliado em saúde mental.

A ótica da clínica ampliada ou clínica psicossocial reconhece a complexidade dos sujeitos, buscando não se restringir a uma abordagem centrada na doença, mas reconhecendo a

individualidade das pessoas e lidando também com problemas sociais, subjetivos, familiares e comunitários (BRASIL, 2010b; TRAJANO; BERNARDES; DO CANTO ZURBA, 2018). O modelo de cuidado introduzido pela clínica psicossocial buscou um novo olhar para a loucura, entendendo o sujeito como ser social, inserido no território, portador de direitos e participante do seu processo saúde-doença (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018; TRAJANO; BERNARDES; DO CANTO ZURBA, 2018). Nesse contexto, deve-se trabalhar de forma multidisciplinar e com diferentes abordagens que possam atender as singularidades dos sujeitos, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico (BRASIL, 2010b).

No contexto da APS, Tesser, Sousa e Nascimento (2018) sugere que o uso das PICS é uma possibilidade de se ampliar a abordagem terapêutica para os diversos problemas trazidos pelos usuários. Dessa forma, as PICS podem ser uma estratégia para se consolidar a prática da clínica ampliada na APS.

As experiências vivenciadas neste estudo também evidenciaram os seguintes benefícios ao utilizar as PICS no cuidado em saúde mental: benefício terapêutico individual e coletivo; compreensão ampliada do processo saúde-doença; desenvolvimento de autonomia do autocuidado dos usuários; baixo custo para se implementar nos serviços e para se ter um benefício terapêutico.

Em concordância com a produção brasileira no período de publicação entre 2006 e 2016, Aguiar, Kanan e Masiero (2020) encontraram um menor uso do recurso medicamentoso, desenvolvimento da autonomia, autocuidado e responsabilização do usuário no seu cuidado, além do baixo custo, sem efeitos colaterais, ao se utilizar PICS no cuidado em saúde. Os resultados também encontraram uma maior autonomia e participação dos usuários na sua escolha terapêutica (AGUIAR; KANAN; MASIERO, 2020).

No âmbito terapêutico, além dos fatores biológicos, questões referentes ao lidar com a vida, como fatores sociais e subjetivos foram encontradas nas experiências dos serviços estudados. Destacam-se o fortalecimento do vínculo usuário-profissional, a melhora da qualidade de vida e relações interpessoais/familiares, maior facilidade em lidar com conflitos familiares e promoção do autoconhecimento e do autocuidado.

Amado et al (2020) encontrou que as PICS ampliam a qualidade de vida da população, aprofunda o vínculo com o serviço, além de empoderar os sujeitos no seu autocuidado. Pontuou também a valorização dos saberes tradicionais e criação da rede de apoio nos territórios proporcionado por essas práticas.

Souza et al (2017) evidenciou que as PICS no cuidado em saúde mental proporcionam uma mudança no paradigma biomédico ao construir formas de cuidado que estimula o envolvimento ao seu tratamento, além de contribuir para equilíbrio físico-emocional, enfrentamento de adversidades do cotidiano e maior vínculo entre usuário e profissional.

A abordagem em grupo para o cuidado integral em saúde mental por meio das PICS destacou-se nas unidades entrevistadas. A dinâmica em grupo possibilitou melhora nas relações interpessoais e maior facilidade para lidar com o sofrimento psíquico. O uso da auriculoterapia nos grupos foi uma ferramenta bastante presente para o cuidado aos sujeitos.

Concordando com o trabalho de Lamb et al (2021), destacou-se a oferta de grupo e o uso de PICS para o cuidado em saúde mental nas USFs e a potencialidade dessas ferramentas para a mudança do paradigma assistencial biomédico nos serviços primários. Os grupos praticados na USF do estudo possibilitaram troca de saberes e contribuíram para a autonomia e fortalecimento de vínculos (LAMB et al., 2021).

Aguiar, Kanan e Masiero (2020) destacaram as atividades coletivas como ferramentas potentes para promover o autocuidado, bem-estar, interação social e autorreflexão sobre a saúde. O espaço pode possibilitar um fortalecimento do vínculo e uma construção mais horizontal do usuário com o serviço de saúde.

Ainda no contexto das experiências, *Thornicroft e Tansella* (2010) propõem que os serviços devem refletir as prioridades dos usuários e cuidadores, ser mais flexíveis que estáticos e específicos para as necessidades dos usuários e cuidadores, sendo essencial também ouvir experiências e perspectivas de usuários e familiares.

A partir da participação colaborativa dos usuários e trabalhadores entrevistados, a oferta em PICS para o cuidado em saúde mental deve ter em todas as USF/UBS com um acesso mais amplo e facilitado, tanto na demanda espontânea como na organizada e com um maior número de profissionais que possam ofertar as PICS, além de um maior incentivo e investimento dos gestores. Sugeriu-se também que o acolhimento com PICS possa ser realizado na consulta ou como postura ética dos serviços, possibilitando um cuidado singular, integral e voltado para as necessidades dos sujeitos.

A opinião dos usuários e trabalhadores também concordam com o estudo de Carvalho e Nóbrega (2017) que evidenciou que a maioria dos profissionais de uma UBS consideram as

PICS como uma possibilidade de recurso para o cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária.

No que diz respeito ao acesso dos usuários às PICS, o estudo de Fogaça (2020) destacou que é facilitado quando realizado por profissionais já vinculados ao usuário, NASF e ACS capacitados em PICS, no contexto do acolhimento de livre demanda.

O acolhimento nos serviços de saúde deve estar presente em todas as relações de cuidado e deve proporcionar estratégias que contribuam para produção de saúde e novos sentidos do modo de viver, com a busca da resolução da demanda trazida pelo usuário, sem protocolos rígidos e sem um profissional específico para acolher as pessoas que sofrem mentalmente (ANTONACCI, 2015; DO AMARAL GIORDANI, 2019; BRASIL, 2010b, 2013b).

Junior, Tobias e Teixeira (2019) evidenciaram a postura ética do acolhimento como estratégia para fortalecer o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, além de proporcionar escuta qualificada e ampliada, permitindo a integralidade dos sujeitos.

Em relação aos incentivos e investimentos pelos gestores, a análise da oferta das PICS na ESF no Brasil realizada por Barbosa et al (2019) evidenciou que as iniciativas da gestão são poucas ou insuficientes, sendo os profissionais os principais atores responsáveis pela expansão das PICS no Brasil. O estudo também destacou o autofinanciamento para formação em PICS pelos profissionais e pouco apoio financeiro e conhecimento dos gestores. Essa baixa institucionalização associada à falta de financiamento específico, falta de insumos e formação profissional insuficiente reflete um dos entraves para a consolidação da PNPIC no Brasil (BARBOSA et al., 2019).

No contexto internacional, há uma fragilidade na assistência prestada às pessoas com doenças mentais em países de baixa e média complexidade, sendo apontado como necessário ofertar treinamento contínuo para as equipes com intuito de fortalecer a atenção primária para a prestação de cuidados em saúde mental (THORNICROFT; SEMRAU, 2018). Esses dados refletem a importância de profissionais capacitados para intervenções eficazes às pessoas em sofrimento psíquico.

Em relação a formação dos profissionais em PICS, estudos destacam que o incentivo nos ensinos em saúde combinados aos contextos e recursos locais pode ser uma estratégia que

possibilita o cuidado ampliado, mais resolutivo e pode melhorar o relacionamento com os usuários (NASCIMENTO et al., 2018; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

O trabalho de Barbosa et al (2019), Nascimento et al (2018) e Tesser, Sousa e Nascimento (2018) apontam para a necessidade de um maior incentivo e investimento dos gestores para formação de profissionais e consolidação dessas práticas nos territórios, o que pode possibilitar a ampliação do acesso e o cuidado integral em saúde mental nos serviços primários.

A valorização das PICS como saber popular e voltada aos cuidados tradicionais também foi sugerida pelos participantes do estudo como uma ampliação da oferta de cuidado em saúde mental. Lima et al (2018) relataram o amplo uso de plantas medicinais pelos ACS para o cuidado em saúde, afirmando a importância da base cultural dessa prática e a importância do reconhecimento como recurso para o cuidado em saúde.

Na perspectiva de gestores e profissionais, a oferta de plantas medicinais e fitoterapia nas ESF do Brasil é alta, podendo refletir o processo histórico, a transmissão pela oralidade e o conhecimento tradicional de base indígena, quilombola e demais comunidades tradicionais, do uso dessas práticas para fins terapêuticos pela população. O baixo número de serviços que ofertam PICS na região Norte evidenciado pelo estudo pode sugerir a não institucionalização e a marginalização de práticas desenvolvidas pelos raizeiros, curandeiros, benzedeiros e xamãs, dentro dos serviços de saúde do SUS (BARBOSA et al., 2019).

Guimarães et al (2020) discute a importância de se refletir sobre a não institucionalização de práticas e saberes tradicionais das matrizes africanas e indígenas no SUS. A inserção desses saberes e práticas sociais de forma diversa e plural possibilita uma compreensão e atuação ampliada no processo de saúde-doença envolvendo diferentes paradigmas.

Ainda que seja evidente a necessidade de se expandir e utilizar as PICS como estratégia de cuidado, entende-se que a não institucionalização, ou seja, a não formalização no cardápio de oferta das USF/UBS, invisibiliza essas práticas tradicionais e dificulta a legitimação das PICS como recurso de cuidado em saúde mental.

Considerando as experiências acumuladas para a organização dos serviços, *Thornicroft* e *Tansella* (2010) sugere que uma grande variedade de envolvidos com interesse em melhorar o cuidado em saúde mental permite que os serviços sejam mais bem planejados, estando atento

não somente a participação de profissionais, gestores e grupos não governamentais, mas aos usuários e familiares/cuidadores.

Em relação aos atores envolvidos na organização das PICS nos serviços primários para o cuidado em saúde mental, a maioria dos entrevistados deste estudo sugeriram que todos os profissionais de saúde, incluindo agentes administrativos, devem estar envolvidos. Houve um destaque para o papel dos ACS na divulgação dos grupos e oferta de cuidado por meio das PICS e na sua inserção como uma estratégia de cuidado continuado nas USFs campo de prática da residência médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade.

Em contraponto ao exposto, uma entrevistada sugeriu um acúmulo de função do ACS nesse espaço. Após a realização do grupo convergente assistencial, os profissionais focaram o discurso no cuidado ofertado por todos na perspectiva de se ampliar e descentralizar a oferta de PICS nos serviços primários.

Lopes et al (2018) evidenciou em seu trabalho que a sobrecarga física, cognitiva e psíquica dos ACS nos serviços primários é decorrente a: exposição a violência, fragilidades nas relações com a equipe, falta de reconhecimento e acúmulo de informações para orientar a comunidade. O estudo demonstrou que é possível minimizar essa sobrecarga quando se reflete e problematiza a realidade local e se cria estratégias que podem envolver a reorganização do processo de trabalho, o autocuidado e o fortalecimento do trabalho em equipe.

Um estudo realizado em UBSs e USFs de um município nordestino evidenciou que a oferta de PICS grupais têm sido cada vez mais ampla e com a inserção de diferentes categorias, possibilitando uma prática multidisciplinar. A distribuição contou com a presença de agentes comunitários de saúde, enfermeiros, profissionais da área de educação física e médicos. O estudo também destacou a importância da participação dos ACS como agentes terapêuticos potentes nos territórios (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

O papel do ACS na disseminação de informações sobre PICS aos usuários do território pode contribuir para inserção dessas práticas na APS e para uma maior aproximação e conhecimento da população a essa oferta de cuidado (LIMA et al., 2018)

A necessidade de se capacitar ACS e profissionais em PICS com o intuito de disseminar e viabilizar o conhecimento dessas práticas nos serviços também foi encontrada no estudo de Aguiar, Kanan e Masiero (2020). Para os autores, implementar as PICS na APS pode possibilitar a ampliação do acesso e a postura da abordagem integral aos sujeitos.

O maior número de envolvidos para melhoria do cuidado em saúde mental nos serviços primários é uma estratégia para consolidação das PICS no cuidado em saúde mental. Além de possibilitar um acesso ampliado pelos usuários em sofrimento psíquico, o maior número de atores pode minimizar a sobrecarga assistencial enfrentada pelos profissionais de saúde.

As experiências relatadas e vivenciadas pelos profissionais e usuários demonstraram que a oferta de PICS nos serviços primários pode possibilitar um cuidado integral em saúde mental por considerar as singularidades e os desejos dos sujeitos, ser de fácil acesso, baixo custo e ter efetividade terapêutica. A compreensão ampliada do processo saúde-doença proporcionada pelas PICS possibilita serviços mais flexíveis e específicos para as necessidades dos usuários em sofrimento psíquico. Nesse sentido, as PICS podem se configurar como boas práticas em saúde mental no contexto dos serviços primários.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção de cuidado e os modelos de atenção às pessoas que sofrem mentalmente foram questionados e modificados ao longo da história de assistência à saúde no Brasil. A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um marco para o redirecionamento do cuidado em saúde mental para a base comunitária. Mesmo sendo evidente os movimentos recentes denominados de Contrarreforma, a presente dissertação é baseada no modelo de atenção psicossocial e na ética de integralidade da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, tendo como referencial teórico as boas práticas em saúde mental proposto por *Thornicroft e Tansella* (2010).

O trabalho reflete a inquietação de uma médica de família e comunidade ao observar a dificuldade dos profissionais em acolher e possibilitar outras ferramentas geradoras de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico no contexto dos serviços primários. A vivência cotidiana da pesquisadora na APS e no programa de residências integradas médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade possibilitaram o pressuposto teórico das PICS como estratégia que pudesse organizar o cuidado em saúde mental na APS.

Nesse contexto buscou-se, por meio deste trabalho, propor a ordenação do cuidado em saúde mental considerando as PICS nos serviços primários em um município da região metropolitana de Salvador - Ba. Para isso, foi necessário entender as barreiras enfrentadas pelos usuários, os fluxos e pactos que as equipes realizaram para facilitar o acesso e garantir o cuidado integral no contexto da oferta de PICS, as experiências vivenciadas pelas equipes do território estudado e, por fim, buscando alcançar o objetivo deste trabalho, construiu-se com os participantes do estudo uma cartilha de recomendação aos serviços primários para implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem em PICS, que culminou com um modelo de cuidado em saúde mental tendo por base as PICS na APS.

O contexto da pandemia do novo coronavírus COVID-19, iniciada em março de 2020, foi uma dificuldade enfrentada para coleta de dados. Devido ao novo cenário pandêmico, a estratégia de coleta de dados foi modificada para que ainda fosse possível atender ao objeto do estudo. As recomendações de isolamento, distanciamento social e os cuidados necessários para se evitar disseminação do COVID-19 não permitiram a realização de grupos presenciais com usuários, agentes comunitários de saúde e profissionais como inicialmente previsto.

Nesse contexto, buscou-se realizar entrevistas individuais com usuários, profissionais e agentes comunitários de saúde com o intuito de garantir a voz dos que sofrem mentalmente neste trabalho por considerar as possíveis dificuldades de participação desses sujeitos em mais de um grupo *on-line*.

A construção da Cartilha de recomendação aos serviços, entretanto, deu-se por meio de um grupo convergente assistencial de forma *on-line* e não teve a participação de um representante dos usuários e agentes comunitários de saúde devido às dificuldades de acesso às plataformas *on-line*, sendo uma limitação do estudo, entretanto, as recomendações construídas e validadas pelos participantes tiveram como base a síntese das entrevistas realizadas.

As experiências vivenciadas pelos serviços primários estudados evidenciaram os seguintes benefícios ao utilizar as PICS no cuidado em saúde mental: (1) benefício terapêutico individual e coletivo; (2) fortalecimento do vínculo usuário-profissional; (3) compreensão ampliada do processo saúde-doença; (4) desenvolvimento de autonomia do autocuidado dos usuários; (5) baixo custo para se implementar nos serviços e para se ter um benefício terapêutico.

Os profissionais e usuários destacaram o maior acúmulo de experiências relacionadas a auriculoterapia, entretanto, outras práticas também evidenciaram os benefícios terapêuticos relatados no estudo como o *reiki*, *ThetaHealing*, *lian gong*, fitoterapia, meditação, terapia com dança e música, práticas da racionalidade chinesa e ayurveda e saberes e/ou práticas tradicionais.

Os participantes da pesquisa evidenciaram o benefício terapêutico das PICS nas condições relacionadas a sintomas ansiosos, psicóticos, depressivos, distúrbios do sono e nas crises. Além dos fatores biológicos, questões referentes ao lidar com a vida, como fatores sociais e subjetivos foram encontrados nas experiências dos serviços estudados. Destacam-se ainda a melhora da qualidade de vida e das relações interpessoais/familiares, maior facilidade em lidar com conflitos familiares e promoção do autoconhecimento e autocuidado.

As experiências relatadas pelos entrevistados também evidenciaram que o uso das PICS tem benefícios de forma exclusiva ou complementar no cuidado em saúde mental. Destacaram também experiências no uso para o cuidado continuado e para o atendimento em crise (ex.: crise de ansiedade, luto recente, pensamentos suicidas) pelos profissionais dos serviços estudados.

A abordagem em grupo para o cuidado integral em saúde mental por meio das PICS também foi uma experiência que se destacou nas unidades de entrevistas. A dinâmica em grupo possibilitou melhora nas relações interpessoais e maior facilidade para lidar com o sofrimento psíquico. O uso da auriculoterapia nos grupos foi uma ferramenta bastante presente para o cuidado aos sujeitos.

Em relação aos fluxos e pactos desenvolvidos pelas equipes para a garantia do cuidado continuado e integral em saúde mental por meio das PICS, a presente dissertação encontrou: (1) flexibilização da agenda para garantia dessa oferta de cuidado; (2) interação e disponibilidade dos profissionais; (3) o envolvimento e participação dos profissionais na oferta de PICS; (4) divulgação dos grupos e da oferta de cuidado por meio das PICS em salas de espera, e a (5) discussão em equipe como estratégia para facilitar o acesso e garantir o cuidado aos que sofrem mentalmente. O uso das TICs com orientações em PICS foi uma experiência que possibilitou a continuidade do cuidado em saúde mental nesse contexto pandêmico encontrado neste estudo. O matriciamento foi evidenciado por este trabalho como uma ferramenta para a consolidação de um cuidado em saúde mental mais amplo e humanizado por meio das PICS.

Os resultados encontrados também sugeriram que o maior número de envolvidos para a melhoria do cuidado em saúde mental nos serviços primários pode minimizar a sobrecarga assistencial enfrentada pelos profissionais de saúde, além de possibilitar um acesso ampliado pelos usuários em sofrimento psíquico.

No contexto das barreiras de acesso enfrentadas pelo usuário de saúde mental ao buscar as PICS, foram evidenciados: (1) ausência de um fluxo estabelecido para o cuidado em saúde mental e oferta facultativa no cardápio de oferta dos serviços; (2) a falta de conhecimento de profissionais e usuários dessas práticas como recurso terapêutico; (3) dificuldade de organizar a agenda de trabalho; (4) falta de insumos e de profissionais para a oferta de PICS nos serviços; (5) a dificuldade de oferta continuada; (6) o estigma do usuário de saúde mental e a cultura biomédica encontrados nos serviços.

O estabelecimento de um fluxo adequado, em que o atendimento em grupo não seja a única opção nos serviços, e uma maior oferta na agenda de trabalho, foi uma estratégia encontrada por esse estudo para minimizar as barreiras de acesso.

A ampliação da oferta e o envolvimento de todos os profissionais da unidade na oferta das PICS também foi sugerido como uma estratégia para minimizar o efeito do modelo de cuidado biomédico e do estigma sofrido pelos usuários de saúde mental.

Entendendo a importância de envolver a equipe e os usuários na estruturação e organização dos serviços, a construção da cartilha buscou subsidiar os serviços primários estudados e outras USF/UBS de como se deve implementar o cuidado em saúde mental com a abordagem em PICS e por quê, quais os atores devem-se envolver e quais as estratégias são importantes para se minimizar as barreiras de acesso. Além disso, a cartilha sugeriu um modelo de cuidado em saúde mental com abordagem das PICS nos serviços de atenção primária.

O modelo de cuidado construído tem como base as estratégias que promovam cuidado integral aos sujeitos do território (ações e grupos coletivos e valorização dos saberes e cuidados tradicionais) e como uma oferta singular, o plano terapêutico individual que pode incluir grupos, visitas domiciliares e atendimentos individuais utilizando as PICS. Nesse modelo de cuidado, a abordagem de PICS no acolhimento tem se mostrado como uma facilidade de acesso, sendo sugerida como transversal nas ofertas dos serviços e como uma postura ética dos profissionais.

A utilização das PICS no cuidado em saúde mental sugerido pelo modelo de cuidado pode proporcionar novos sentidos do modo de viver, produzindo saúde e ampliando a oferta terapêutica na APS, podendo consolidar o cuidado integral às pessoas que sofrem. O modelo construído considera as características e necessidades dos territórios, é voltado para as necessidades dos sujeitos, singularizando o cuidado, e converge com a ética da atenção psicossocial e da integralidade, podendo-se sugerir a sua adoção em outros espaços de cuidado.

Os dados encontrados por esse estudo podem contribuir para a ordenação do cuidado em saúde mental na APS por meio da PICS, podendo possibilitar a consolidação da atenção psicossocial e da oferta integral às pessoas em sofrimento psíquico. Além disso, o material produzido por esta dissertação de mestrado pode ser um subsídio para a formulação de políticas municipais referente a implementação das PICS na atenção à saúde mental no contexto dos serviços primários. Os dados encontrados também podem contribuir para a percepção pelos gestores municipais, estaduais e federais da importância de se ofertar insumos e espaços de formação para a qualificação dos profissionais e consequente inserção cotidiana das PICS. Em relação ao modelo de cuidado construído, serão necessárias pesquisas futuras que possam avaliar sua implementação na APS.

Conclui-se que as experiências relatadas e vivenciadas pelos profissionais e usuários demonstraram que a oferta de PICS no território facilita o acesso, considera as individualidades e os desejos dos sujeitos e tem efeito terapêutico, sendo, portanto, uma estratégia potente no contexto da atenção primária para o cuidado em saúde mental. A compreensão ampliada do processo saúde-doença proporcionada pelas PICS pode possibilitar serviços mais flexíveis, acessíveis e específicos para as necessidades dos usuários em sofrimento psíquico. Nesse sentido, as PICS nos serviços primários podem ser uma estratégia de boas práticas em saúde mental comunitária por apresentar resultados com base na ética, nas evidências e nas experiências dos serviços estudados.

Nessa perspectiva, a legitimação das PICS como oferta de cuidado em saúde mental de forma institucional nos serviços primários e não como oferta facultativa é necessária e possibilitará a garantia de um cuidado integral, além da ampliação e pluralização do cuidado em saúde mental no contexto da atenção básica.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Nelsio Rodrigues de; BALDANZA, Renata Francisco; GONDIM, Sônia M. Guedes. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. **JISTEM-Journal of Information Systems and Technology Management**, v. 6, n. 1, p. 5-24, 2009.
- AGUIAR, Jordana; KANAN, Lilia Aparecida; MASIERO, Anelise Viapiana. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1205-1218, 2020.
- ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Mental health policy in Brazil: what 's at stake in the changes currently underway. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, p. e00129519, 2019.
- AMADO, Daniel Miele et al. Práticas integrativas e complementares em saúde. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 3, p. 272-284, 2020.
- AMARANTE, Paulo et al. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª edição. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- AMORIM, Diogo et al. Acupuncture and electroacupuncture for anxiety disorders: A systematic review of the clinical research. **Complementary therapies in clinical practice**, v. 31, p. 31-37, 2018.
- ANTONACCI, Milena Hohmann. **Avaliação de boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- BARBOSA, Fernanda Elizabeth Sena et al. Oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia saúde da família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00208818, 2019.
- BARCELOS, Vagner Marins et al. A musicoterapia em pacientes portadores de transtorno mental. **Rev. enferma**. UFPE on line, v. 12, n. 4, p. 1054-1059, 2018.
- BARBUI, Corrado et al. **Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review**. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 2, p. 162-172, 2020.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições, v. 70, p. 225, 1977.
- BARROS, Leylaine Christina Nunes de et al. **Práticas Integrativas e Complementares na atenção primária à saúde: percepções dos gestores dos serviços**. Escola Anna Nery, v. 24, n. 2, 2020.

BARROS, Nelson Filice de; SPADACIO, Cristiane; COSTA, Marcelo Viana da. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 163-173, 2018.

BATISTA, Eraldo Carlos; ROCHA, Kátia Bones. **Sentidos e Práticas em Saúde Mental em Comunidades Quilombolas no Estado de Rondônia**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, n. SPE, 2019.

BATISTA, Mariana Queiróz; ZANELLO, Valeska. **Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças**. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 21, n. 4, p. 403-414, 2016.

BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. **Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin**. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, v. 13, n. 2, 2011.

BONON, Michele Mazzocato. **Saúde mental: possibilidades de interação com as racionalidades médicas e as práticas integrativas e complementares em saúde**. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2013. 145 p.

BRABICOSKI, Caroline Vezine et al. **As práticas atuais de cuidado em saúde mental no contexto da Covid-19: uma revisão integrativa**. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 12, p. 98977-98989, 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, v. 183, n. 1, 2017.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado, p. 28, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília. 2001

_____. **Humanizaus: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: Conferência Regional de reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF: Autor, 2005.

_____. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. 1. ed. 1. reimpr. Brasília, 2010b. 64 p

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011.

_____. **Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental.** 2013a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 28. **Acolhimento à demanda espontânea.** 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 56 p.

_____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso.** 2015.

_____. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BREUNIG, Felipe Freddo; ARAÚJO, Gustavo. **Possibilidades e desafios da musicoterapia na atenção psicossocial e na saúde mental coletiva: uma revisão integrativa sobre sua inserção no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.** Brazilian Journal of Music Therapy, 2019.

CAETANO, Ingrid Beatriz Frazão. **A adesão de pacientes com sintomas depressivos à prática da dança como recurso terapêutico: um diálogo entre a arte e a saúde mental.** Trabalho de conclusão de curso. Universidade do Estado do Amazonas (UEA). 2019.

CAMAÇARI, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021,** 2018.142pg.

_____. **DECRETO Nº 7315/2020 DE 20 DE MARÇO DE 2020.** Declara situação de emergência no Município de Camaçari/Ba, estabelece medidas complementares de prevenção e enfrentamento à pandemia decorrente do COVID-19 e dá outras providências. Ano XVII Nº 1377, p 02 de 03, 2020.

CAMPOS, Daniella Barbosa; BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 71, p. 2101-2108, 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública,** v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 18, p. 2797-2805, 2013.

CARVALHO, Jessica Liz da Silva; NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 38, n. 4, 2017.

CARVALHO, Mariana Albernaz Pinheiro de et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2028-2038, out. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000019&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00000913>. Acesso em 17 ago. 2019.

CASTRO, Leonardo Martins; MAXTA, Bruno Souza Bechara. Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro. SMAD, **Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 6, n. 1, p. 1-11, 2010.

CÉZAR, Michelle de Almeida; COELHO, Mayara Pacheco. **As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro**: uma revisão de literatura. *Mental*, v. 11, n. 20, p. 134-151, 2017.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. 2011.

COQUEIRO, Neusa Freire; VIEIRA, Francisco Ronaldo Ramos; FREITAS, Marta Maria Costa. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, 2010.

CORRÊA, Hérica Pinheiro et al. Efeitos da auriculoterapia sobre o estresse, ansiedade e depressão em adultos e idosos: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

CORTES, J. Moraes. **Lugar de morar**: o cotidiano de pessoas com transtornos mentais em um serviço residencial terapêutico. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

CORTES, Laura Ferreira; PADOIN, Stela Maris de Mello; BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Metodologia da Problematização e Pesquisa Convergente Assistencial: proposta de práxis em pesquisa. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 2, p. 471-6, 2018.

COSTA-ROSA, Abílio. **O modo psicossocial**: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. 2000.

COSTA, Alan Jonh de Jesus et al. Fundação Estatal Saúde Da Família. Fundação Oswaldo Cruz Bahia “Gonçalo Muniz”. **Programas de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional Em Saúde Da Família**. Projeto Político Pedagógico. Salvador, 2018. 43pg.

DA COSTA MATOS, Pollyane et al. **Práticas integrativas complementares na atenção primária à saúde**. *Cogitare Enfermagem*, v. 23, n. 2, 2018.

DA FONTE, Eliane Maria Monteiro. **Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica**: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, v. 1, n. 18, 2012.

DALMOLIN, Indiara Sartori; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária: desvelando a promoção da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

DA SILVA LIMA, Maria Raquel; DE OLIVEIRA, Fernanda Pimentel; DE FARIAS, Francisca Lucélia Ribeiro. Terapias integrativas e complementares em situações emocionais na pandemia do covid-19. **Revista Interdisciplinar**, v. 13, 2020.

DE ARAÚJO, Maria Paula Bortoleti et al. **Pandemia de COVID-19 e a implementação de tele atendimentos em saúde mental**: um relato de experiência na Atenção Básica. *Saúde em Redes*, v. 6, n. 2 Suplem, 2020

DEL CARMEN MACÍAS-CORTÉS, Emma et al. **Individualized homeopathic treatment and fluoxetine for moderate to severe depression in peri-and postmenopausal women**

(**HOMDEP-MENOP study**): a randomized, double-dummy, double-blind, placebo-controlled trial. *PLoS One*, v. 10, n. 3, p. e0118440, 2015.

DE OLIVEIRA FILHO, Paulo Rômulo Viana; ROSCOCHE, Kariane Gomes Cezario; MOTA, Renata Gomes. Implementação de horta comunitária como laborterapia para usuários de um instituto de reabilitação psicossocial. **Interfaces-Revista de Extensão da UFMG**, v. 7, n. 2, 2019.

DE SOUZA, Milene Maria Rodrigues; GODINHO, Loriane Rodrigues de Lima Costa. Atuação do *Hypericum perforatum* no tratamento da depressão. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 36, n. 71, p. 51-65, 2020.

DE PAIVA SILVA, Roberta et al. Contribuições da auriculoterapia na cessação do tabagismo: estudo piloto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 883-890, 2014.

DO AMARAL GIORDANI, Jessye Melgarejo et al. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de APS**. 2019.

DO CARMO ARAÚJO, Natália et al. Desinstitucionalização da saúde mental em um hospital psiquiátrico na Bahia, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva da UFE**, v. 9, p. 132-137, 2019.

DOMINGOS, Thiago Da Silva; BRAGA, Eliana Mara. Significado da massagem com aromaterapia em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 6, 2014.

_____. Massagem com aromaterapia: efetividade sobre a ansiedade de usuários com transtornos de personalidade em internação psiquiátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 3, p. 453-459, 2015.

DOS SANTOS, Elitiele Ortiz et al. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 1, p. 1-13, 2018.

DOSSETT, Michelle L.; YEH, Gloria Y. **Homeopathy use in the United States and implications for public health**: a review. *Homeopathy*, v. 107, n. 01, p. 003-009, 2018

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial**: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ª Edição. Porto Alegre. Editora Artmed, 2014.

FERREIRA, Diego Diz. **Práticas integrativas e complementares (PICs) no cuidado em saúde mental**: a experiência em unidades básicas de saúde em Florianópolis. 2016.

FERNANDES, Amanda Dourado; LOURENÇO, Mariana Santos De Giorgio; MATSUKURA, Thelma Simões. **Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica**: identificando pesquisas no contexto brasileiro/Mental health care practices in Primary Health Care: identifying researches in the brazilian context. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 26, n. 4, 2018.

FERRAZ, Ivana Santos et al. **Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde**: relato de experiência. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 33, 2020.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015.

FOGAÇA, Lissandra Zanovelo. **Inserção das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde**. 2020.

FORNAZIER, Monica Lorencetti; DELGADO, Rosimeira das Chagas. Reforma psiquiátrica na Bahia: desafios e (des) caminhos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 412, 2012.

FONTES, Fernanda Palhano Xavier de. **Os efeitos antidepressivos da ayahuasca, suas bases neurais e relação com a experiência psicodélica**. 2017.

FOUCAULT, Michel. **A História da loucura: na idade clássica**. São Paulo. Editora Perspectiva, 2012

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.

FRANCO, Camila M.; SANTOS, A. S.; SALGADO, M. F. **Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde**. Pessoa LR, Santos EHA, Torres KBRO, organizadores. Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde Rio de Janeiro: ENSP, 2011.

FREITAG, Vera Lucia; ANDRADE, Andressa de; BADKE, Marcio Rossato. **O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura**. *Enferm. glob.*, Murcia, v. 14, n. 38, p. 335-345, abr. 2015. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200018&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 18 agosto 2019.

FURLAN, Paula Giovana et al. **Práticas integrativas para o cuidado em saúde e o suporte social no ambiente universitário: yoga, meditação e reiki**. *Cadernos da Pedagogia*, v. 15, n. 31, 2021.

FURTADO, Ágda Luany Pinheiro. **Uso do Hypericum perforatum L.(Erva-de-São-João) no tratamento da depressão**. 2017. Monografia. Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

GRONHOLM, Petra C. et al. **Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review**. *Psychological medicine*, v. 47, n. 11, p. 1867-1879, 2017.

GUIMARÃES, Maria Beatriz et al. As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 1, 2020.

GRIMALDI-BENSOUDA, Lamiae et al. **Homeopathic medical practice for anxiety and depression in primary care: the EPI3 cohort study**. *BMC complementary and alternative medicine*, v. 16, n. 1, p. 125, 2016.

GODOY, Diego Azevedo. Musicoterapia, profissão e reconhecimento: uma questão de identidade, no contexto social brasileiro. **Revista Brasileira de Musicoterapia Ano XVI n**, v. 16, p. 6-25, 2014.

GOUVEIA, Gisele Damian Antonio. **Práticas integrativas na atenção primária na vigência pandemia da covid-19: experiência de Santa Catarina**. 2021

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 297-305, 2009.

HUNT, Katherine Jane et al. **Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey**. *International journal of clinical practice*, v. 64, n. 11, p. 1496-1502, 2010.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, M. de S.; FRANCO, FM de M. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, v. 1, 2001.

JUNQUEIRA, Verônica Rachel Osik. **A música como estratégia terapêutica em saúde mental: revisão de literatura**. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES). 2019.

JUNIOR, Mauri Gonçalves; TOBIAS, Gabriela Camargo; TEIXEIRA, Cristiane Chagas. **Saúde Mental Na Atenção Primária à Saúde**. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 17, n. 60, 2019.

JUNIOR, Roza; ALBERTO, José; LOFFREDO, Ana Maria. **Residências Terapêuticas e a cidade: enfrentamentos de normas sociais vigentes**. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 287-295, 2018.

KOLA, Lola et al. **COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health**. *The Lancet Psychiatry*, 2021.

KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato et al. **Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, p. 1-8, 2016.

LAMB, Paolo Porciúncula et al. **Práticas de saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepções de trabalhadores**. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, p. e45210212674-e45210212674, 2021.

LIMA, Cássio de Almeida et al. **Práticas integrativas e complementares: utilização por agentes comunitários de saúde no autocuidado**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 2682-2688, 2018.

LOPES, Antônio A. **Medicina baseada em evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica**. 2000.

LOPES, Denise Maria Quatrin et al. **Cargas de trabalho do agente comunitário de saúde: pesquisa e assistência na perspectiva convergente-assistencial**. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, n. 4, 2018.

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecilia Focesi. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde**. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200004&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000200004>. Acesso em: agosto de 2019

LUZ, Madel T. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX**. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 15, p. 145-176, 2005.

MACEDO, João Paulo et al. **A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Saúde e Sociedade, v. 26, p. 155-170, 2017.

MARTA, Ilda Estefani Ribeiro et al. **Benzimentos e benzedeiros:** um estudo etnográfico sobre recursos terapêuticos tradicionais. CIAIQ2019, v. 2, p. 1080-1089, 2019.

MELLO, Márcio Luiz; OLIVEIRA, Simone Santos. **Saúde, religião e cultura:** um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. Saúde e Sociedade, v. 22, p. 1024-1035, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica.** Disponível em <https://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=html&ufs=29&ibges=&cg=&tc=&re_giao=&rm=&qs=&ufcidade=Bahia&qt=417%20munic%C3%ADpios&pop=15203934&cor=005984&nonono=html&title=&codPainel=27> Acessado em 27 de maio de 2021.

_____. **Portaria n. 849, de 27 de março de 2017.** Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. 2017.

MORAIS, Aquiléia Helena de et al. **Significado da arteterapia com argila para os pacientes psiquiátricos num hospital de dia.** Invest. educ. enferm, Medellín, v. 32, n. 1, p. 128-138, Apr. 2014. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de agosto 2019.

MURICY, A. L.; CORTES, H. M. **Práticas integrativas e complementares como boas práticas em saúde mental.** In: Paula Hayasi Pinho; Helena Moraes Cortes; Dóris Firmino Rabelo; Ana Lúcia Moreno Amor. (Org.). (Org.). Saúde da família em terras baianas. 1ed. Cruz das Almas: EDUFRB, 2020, v. 1, p. 161-180

NASCIMENTO, Marilene Cabral do et al. **A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 3595-3604, 2013.

NASCIMENTO, Maria Valquíria Nogueira do; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. **As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica.** Estudos de Psicologia (Natal), v. 21, n. 3, p. 272-281, 2016.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do et al. **Formação em práticas integrativas e complementares em saúde:** desafios para as universidades públicas. Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, n. 2, p. 751-772, 2018.

NASI, Cíntia et al. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 147-152, 2009.

NOVAK, Vanessa Cristina et al. Auriculoterapia: efeitos na ansiedade, sono e qualidade de vida. **Revista Inspirar Movimento & Saúde**, v. 20, n. 3, 2020.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. **Reforma e contrarreforma psiquiátrica:** análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 4489-4498, 2019.

OMS, OPAS. A OMS **afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. 2020. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Organização Mundial de Saúde. **A Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental**, 1991.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Caracas**, 1990.

OSÓRIO, Flávia de L. et al. **Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 37, n. 1, p. 13-20, 2015.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica**. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, Lygia et al. **Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem**. Cogitare Enfermagem, v. 13, n. 3, 2008.

PEREIRA, Rafaela Miranda Proto; AMORIM, Fábio Ferreira; GONDIM, Maria de Fátima de Novais. **A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, p. e190664, 2020.

PETERSEN, Inge et al. **Scaling up integrated primary mental health in six low-and middle-income countries: obstacles, synergies and implications for systems reform**. BJPsych Open, v. 5, n. 5, 2019.

PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. **A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social**. Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades, n. 246, p. 6-14, 2019.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias et al. **A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: Saúde Mental em Fortaleza, CE**. Saúde em debate, v. 34, n. 84, p. 137-147, 2010.

RAVINDRAN, Arun V. et al. **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5. Complementary and alternative medicine treatments**. The Canadian Journal of Psychiatry, v. 61, n. 9, p. 576-587, 2016.

RESOLUÇÃO, Nº. 510 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 (BR)[Internet]. **Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>> Acesso em: v. 26, 2018.

ROCHA, Ianine Alves da et al. **Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 155-162, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300020&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300020>. Acesso em 17 de agosto de 2019

- RODRIGUES, Leticia Pinto et al. **Sala de espera: espaço para educação em saúde.** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 6, n. 3, p. 500-507, 2018.
- ROGERS, L.; PHILLIPS, K.; COOPER, N. **Energy Healing Therapies: A Systematic Review and Critical Appraisal.** Health Psychology Review, v. 2, n. 3, p. 162-170. 2021
- ROSATO, Cássia Maria; CORREIA, Ludmila Cerqueira. Caso Damião Ximenes Lopes: mudanças e desafios após a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Sur-Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 93-114, 2011.
- SALOMÉ, Geraldo Magela. **Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em Unidade Terapia Intensiva após aplicação do Reiki.** Saúde Coletiva, v. 6, n. 28, p. 54-58, 2009.
- SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil.** Trab. educ. saúde, p. e00313145-e00313145, 2021.
- SÁNCHEZ-VIDAÑA, Dalinda Isabel et al. **The effectiveness of aromatherapy for depressive symptoms: A systematic review.** Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, v. 2017, 2017.
- SANTANA, Aline de Andrade. **Práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica: uma revisão integrativa de literatura.** 2020
- SEVASTRE-BERGHIAN, A. C. et al. **Characterization and biological effects of Hypericum extracts on experimentally-induced-anxiety, oxidative stress and inflammation in rats.** J. Physiol. Pharmacol, v. 69, n. 5, p. 789-800, 2018.
- SILVA, Elidiane Lira Da. **Auriculoterapia como ferramenta de cuidado em saúde na atenção básica: relato de experiência.** Anais CONGREPICS. Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/31742>>.
- SILVA, Cicero Jerfesson Ferreira; FEITOSA, Pedro Walisson Gomes; CORREIA, Alyne Oliveira. O uso ritualístico e farmacológico da ayahuasca: uma revisão de literatura. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 8, n. 1, p. 417-436, 2020.
- SOUZA, Luís Paulo et al. **Práticas Integrativas e Complementares no cuidado à saúde mental e aos usuários de drogas.** ID on line revista de psicologia, v. 11, n. 38, p. 177-198, 2017.
- TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. **Racionalidades médicas e integralidade.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.
- TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. **Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas.** Saúde e Sociedade, v. 21, p. 336-350, 2012.
- TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira.** Saúde em Debate, v. 42, p. 174-188, 2018.
- TANSELLA M, THORNICROFT G, LEMPP H. **Lessons from community mental health to drive implementation in health care systems for people with long-term conditions.** Int J Environ Res Public Health 2014; 11: 4714–28.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. **Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária**. Editora Manole, 2010.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. **Community mental health care in the future: nine proposals**. *The Journal of nervous and mental disease*, v. 202, n. 6, p. 507-512, 2014.

THORNICROFT, Graham. **An architect for mental health: an appreciation of Michele Tansella**. *The British Journal of Psychiatry*, v. 210, n. 6, p. 379-380, 2017.

THORNICROFT, G.; SEMRAU, M. **Mental health capacity building in low and middle income countries: the Emerald Programme**. *Epidemiology and psychiatric sciences*, v. 27, n. 1, p. 1-2, 2018.

TRAJANO, Mariana Peres; BERNARDES, Suela Maiara; DO CANTO ZURBA, Magda. **O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, v. 10, n. 25, p. 20-37, 2018.

TRENTINI, Mercedes; Paim Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis (SC): Editora da UFSC; 1999.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lígia; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre. Editora Moria. 2014.

_____. **O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem**. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 26, n. 4, 2017.

VARGINHA, Eduardo; MOREIRA, Andreia. Meditação e seus benefícios na promoção da saúde. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**, v. 2, n. 1, 2020.

VELLINHO, Luis Philippe Barroso et al. **Reiki aliado ao cuidado de enfermagem à pessoa com ansiedade: proposta de instrumento para consulta de enfermagem**. 2019.

VIGO, Daniel et al. **Mental Health of Communities during the COVID-19 Pandemic**. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, v. 1, p. 7. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023**. 2013.

WILLRICH, Janaína Quinzen; PORTELA, Dariane Lima; CASARIN, Renata. Atividades de arteterapia na reabilitação de usuários da atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 3, 2018.

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/ Psychosocial care and primary care: life as territory in the field. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018.

ZOU, Liye et al. Effects of meditative movements on major depressive disorder: A systematic Review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of clinical medicine**, v. 7, n. 8, p. 195, 2018.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.

O senhor (a) está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) em uma pesquisa. Irei ler cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, declare durante a gravação dessa entrevista e assine ao final deste documento, que consta em duas vias, também lhe será enviado por e-mail. Uma via pertence a você e a outra à pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Convidamos para participar da Pesquisa “Boas práticas em saúde mental comunitária: a experiência da abordagem das práticas integrativas e complementares como ordenadora do cuidado em saúde mental em um município da região metropolitana de Salvador-ba”, sob a responsabilidade da pesquisadora Andrezza Lima Muricy, sob orientação da Profa. A Dra. Helena Moraes Cortes, que tem como objetivo ordenar o cuidado em saúde mental considerando a abordagem das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) nos serviços primários para promover mudanças no contexto da prática assistencial.

Os participantes selecionados para o estudo serão representantes dos trabalhadores e usuários das unidades do Programa de Residências Integradas (Médica e Multiprofissional) de Saúde da Família e Comunidade da FESF-SUS/Fiocruz do município de Camaçari-Ba. A escolha desse cenário dialoga com a possibilidade de mudança e inovação de fluxos assistenciais em saúde mental. Em relação aos trabalhadores serão selecionados os que tenham, preferencialmente, alguma inserção com as PICS, e, em relação aos usuários, aqueles que apresentam algum sofrimento psíquico e acesse por demanda espontânea ou programada as PICS nas unidades selecionadas para este estudo.

Sua participação é voluntária e se dará por meio dessa entrevista online com perguntas disparadoras que envolvem questões relativas às formas de acesso, dificuldades encontradas e experiências referentes ao uso das PICS no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico para a construção de uma carta de recomendações aos serviços.

Durante a realização da entrevista, caso necessário, serão realizadas outras perguntas que possam surgir no momento e que são relativas ao tópico questionado. A entrevista será gravada e as gravações realizadas não serão divulgadas, e só terá circulação entre as pesquisadoras. As informações desta pesquisa serão confidenciais, não haverá identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, e será assegurado o sigilo sobre sua participação. Os riscos do estudo poderão ser decorrentes de sentimentos e sensações que recordam momentos pouco agradáveis como a não possibilidade de participar de alguma atividade grupal considerando o contexto pandêmico pelo COVID-19. Nesse momento, você terá liberdade de não se expressar ou interromper a entrevista a qualquer momento, em caso de desconforto ou quando você solicitar. Caso seja necessário por consequência de algum desconforto relacionado ao estudo, será ofertado pela pesquisadora apoio psicológico remoto para minimização de risco. Se o senhor (a) entender que sofreu qualquer dano relacionado ao estudo, será encaminhado à orientadora desta pesquisa via plataforma virtual ou telefone e, após avaliação, será referenciado (a) para serviços de base territorial para fins de assistência e acompanhamento. O senhor (a) não receberá benefícios financeiros para participar da pesquisa, ela tem caráter voluntário. Se o senhor(a) se sentir prejudicado(a) por qualquer tipo de complicações e danos, o senhor(a) tem o direito de buscar indenização e ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Caso seja percebido qualquer risco ou dano significativo para o(a) participante, a coordenadora da pesquisa se responsabilizará em realizar a comunicação imediata para o sistema CEP/CONEP, bem como avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender a pesquisa.

As informações coletadas serão utilizadas nesta dissertação de Mestrado e em eventos ou revistas científicas e poderão oferecer subsídios para a reformulação da assistência aos usuários em sofrimento psíquico. Não estão previstos nenhum tipo de despesa ou gratificação pela participação do estudo. Após o término da pesquisa os dados obtidos serão guardados por 05 anos e destruídos após esse período. Evidenciando-se as potencialidades das PICS, espere-se a ordenação do processo de trabalho nos serviços primários por meio das experiências e reflexões dos usuários e trabalhadores, além da ampliação do acesso e consolidação do cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico.

Durante todo o período da pesquisa o senhor (a) tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com alguma das pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (CEP/UFRB), em caso de dúvidas referente as questões éticas da pesquisa. O CEP/UFRB é um colegiado interdisciplinar e independente criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão.

O projeto de pesquisa respeitará os princípios de autonomia e dignidade dos participantes previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que apresenta diretrizes e normas regulamentadoras para realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para qualquer dúvida/esclarecimento da pesquisa, ou desistência da mesma, você poderá me encontrar no telefone (71) 981978570 e e-mail: dezzamuricy@hotmail.com.br. A orientação desta pesquisa está sendo realizada pela Prof. A Dra. Helena Moraes Cortes, que poderá ser contatada no telefone (75) 992373153 ou pelo e-mail: helenamoraescortes@gmail.com. Você receberá cópia deste termo para informações e contatos.

Autorização:

Eu, _____, após a leitura e esclarecimento deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado (a), ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresse minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Em caso de dúvidas, quanto aos aspectos éticos da pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP)

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Rua Rui Barbosa, nº 719, Centro (Prédio da Reitoria)

Cruz das Almas – BA. CEP: 44380-000

Telefone: (75) 3621-6850 / E Mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br

APÊNDICE B – Carta convite aos serviços.

Este é um convite para participação da pesquisa “Boas práticas em saúde mental comunitária: a experiência da abordagem das práticas integrativas e complementares como ordenadora do cuidado em saúde mental em um município da região metropolitana de Salvador-ba” que será desenvolvida por Andrezza Lima Muricy, sob orientação da Profa. A Dra. Helena Moraes Cortes. O trabalho tem como objetivo ordenar o cuidado em saúde mental considerando a abordagem das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) nos serviços primários para promover mudanças no contexto da prática assistencial. Os dados para o estudo serão coletados por meio de entrevistas online com representantes dos usuários e trabalhadores. Os riscos do estudo poderão ser decorrentes de sentimentos e sensações que recordam momentos pouco agradáveis como a não possibilidade de participar de alguma atividade grupal considerando o contexto pandêmico pelo COVID-19. O participante terá liberdade de não se expressar ou interromper a entrevista a qualquer momento, em caso de desconforto ou quando solicitar. Não haverá qualquer tipo de malefício para os que não participarem. A participação da entrevista será previamente explicada e será voluntária. A pesquisadora buscará que haja um completo esclarecimento a respeito dos objetivos e métodos do estudo, possibilitando que tenham plena autonomia de decisão para participação da pesquisa. Os participantes não serão identificados, e as citações utilizadas serão referenciadas com siglas ou números aleatórios, garantindo assim a preservação da identidade. Não haverá qualquer tipo de malefício para os não participantes. As informações coletadas serão utilizadas na dissertação de Mestrado da discente Andrezza Lima Muricy e serão subsídio para a reformulação da assistência aos usuários em sofrimento psíquico. Evidenciando-se as potencialidades das PICS, espera-se a ordenação do processo de trabalho nos serviços primários por meio das experiências e reflexões dos usuários e trabalhadores, além da ampliação do acesso e consolidação do cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico. Durante todo o período da pesquisa os participantes do estudo têm o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com alguma das pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB).

Contato da orientadora desta pesquisa:

Profa. A Dra. Helena Moraes Cortes
(75) 992373153
helena@ufrb.edu.br / helenamoraescortes@gmail.com

Contato da discente:

Andrezza Lima Muricy
(71) 981978570
dezzamuricy@hotmail.com.br

APÊNDICE C – Carta de anuência para realização de pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari-Ba
Diretoria de Atenção Básica do Município de Camaçari-Ba

Prezados,

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada “Boas práticas em saúde mental comunitária: a experiência da abordagem das práticas integrativas e complementares como ordenadora do cuidado em saúde mental em um município da região metropolitana de Salvador-ba” a ser realizada com profissionais das unidades de saúde da família da região de saúde, 04 e 05, e representantes dos usuários.

O trabalho foi desenvolvido por Andrezza Lima Muricy, discente do mestrado profissional PROFSAÚDE, sob orientação da Profa. Dra. Helena Moraes Cortes. O trabalho tem como objetivo ordenar o cuidado em saúde mental considerando a abordagem das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos serviços primários para promover mudanças no contexto da prática assistencial. A pesquisa utilizará a proposta metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e a estratégia de coleta de dados será por entrevistas remotas. Considerando o contexto de pandemia pelo novo coronavírus, COVID-19, serão realizadas entrevistas semiestruturadas online (Skype, preferencialmente, ou por Whatsapp vídeo, google meet, ZOOM entre outros recursos digitais) com os Preceptores do Programa de Residência Médica e Multiprofissional – sendo 06 da equipe mínima e 01 do NASF, além de ACS e Usuários das USF da região de saúde 04 e 05.

Ao mesmo tempo, solicitamos a autorização para que os nomes dos serviços possam constar no relatório final, bem como em publicações futuras, sob a forma de artigo científico. Asseguramos que os dados coletados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo e mantidos em sigilo absoluto, conforme determina o item III.2 “i” da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria de Atenção Básica, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

() Concordo com a solicitação () Não concordo com a solicitação
Camaçari-Ba, ____/____/____

Secretário de Saúde do Município

Contato da orientadora desta pesquisa:

Profa. A Dra. Helena Moraes Cortes
(75) 992373153
helena@ufrb.edu.br / helenamoraescortes@gmail.com

Contato da discente:
Andrezza Lima Muricy
(71) 981978570
dezzamuricy@hotmail.com.br

APÊNDICE D – Carta de anuência para realização de pesquisa.

À Fundação Estatal Saúde da Família FESF-SUS
Programas Integrados de Residência em Medicina de Família e Comunidade e
Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada “Boas práticas em saúde mental comunitária: a experiência da abordagem das práticas integrativas e complementares como ordenadora do cuidado em saúde mental em um município da região metropolitana de Salvador-ba” a ser realizada com profissionais e usuários das unidades de saúde da família da região de saúde, 04 e 05.

O trabalho foi desenvolvido por Andrezza Lima Muricy, discente do mestrado profissional PROFSAÚDE, sob orientação da Profa. Dra. Helena Moraes Cortes. O trabalho tem como objetivo ordenar o cuidado em saúde mental considerando a abordagem das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos serviços primários para promover mudanças no contexto da prática assistencial. A pesquisa utilizará a proposta metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e a estratégia de coleta de dados será por entrevistas remotas. Considerando o contexto de pandemia pelo novo coronavírus, COVID-19, serão realizadas entrevistas semiestruturadas de forma online (Skype, Whatsapp vídeo, Google Meet, ZOOM entre outros recursos digitais) com os Preceptores do Programa de Residência Médica e Multiprofissional – sendo 06 da equipe mínima e 01 do NASF, além de ACS e Usuários, das USF da região de saúde 04 e 05.

Ao mesmo tempo, solicitamos a autorização para que os nomes dos serviços e do programa possam constar no relatório final, bem como em publicações futuras, sob a forma de artigo científico. Asseguramos que os dados coletados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo e mantidos em sigilo absoluto, conforme determina o item III.2 “i” da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho deste Programas Integrados de Residência, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

() Concordo com a solicitação () Não concordo com a solicitação
Salvador-Ba, ____/_____/_____

Chefe/Coordenador (a) do Serviço

Profa. A Dra. Helena Moraes Cortes
(75) 992373153
helena@ufrb.edu.br / helenamoraescortes@gmail.com

Contato da discente:
Andrezza Lima Muricy
(71) 981978570 dezzamuricy@hotmail.com.br

APÊNDICE E – Entrevistas com profissionais de saúde.

PERGUNTAS DISPARADORAS

1. Quais foram as experiências (tanto na abordagem individual e coletiva) utilizando as PICS no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico que você participou? Pensando no ordenamento do cuidado em saúde mental por meio das PICS, comente um caso emblemático que você tenha vivenciado.
2. Quais fluxos e pactos nos serviços têm facilitado o acesso ao cuidado em saúde mental, considerando a abordagem das PICS?
3. Quais dificuldades e barreiras de acesso foram encontradas nos serviços, considerando o acesso à PICS pelos usuários de saúde mental?
4. Na sua opinião, quais profissionais de saúde podemos envolver na oferta de PICS ao usuário (incluindo ACS, equipe mínima, NASF e técnicos de saúde tem formação em PICS)? Por quê?
5. Como o senhor (a) acredita que devem ser organizadas as PICS nas unidades de saúde família/unidade básica de saúde?

APÊNDICE F – Entrevista com usuários.**PERGUNTAS DISPARADORAS**

- 1) Como o senhor (a) avalia as PICS (como auriculoterapia, plantas medicinais e outras medicinas alternativas e complementares) no seu cuidado em saúde mental? Comente suas experiências.
- 2) Como funciona o acesso às PICS na sua USF? Ou seja, como o senhor conseguiu fazer parte do atendimento de PICS? O senhor (a) vivenciou alguma dificuldade?
- 3) Quais profissionais oferecem as PICS na USF? E quais profissionais de saúde você acredita que pode ofertar PICS (incluindo ACS, equipe mínima, NASF e técnicos de saúde tem formação em PICS)? O senhor (a) teve alguma experiência com algum desses profissionais?
- 4) Qual sua opinião sobre essas PICS como oferta de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico nos serviços de saúde?

APÊNDICE G – Síntese dos resultados antes da construção da cartilha de recomendação aos serviços.

- O QUE SÃO AS PICS? INTRODUÇÃO SOBRE PICS NO SUS, PACS e SAÚDE MENTAL.
- CONTEXTO DAS PICS NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA (RESIDÊNCIA)

RECOMENDAÇÕES AOS SERVIÇOS

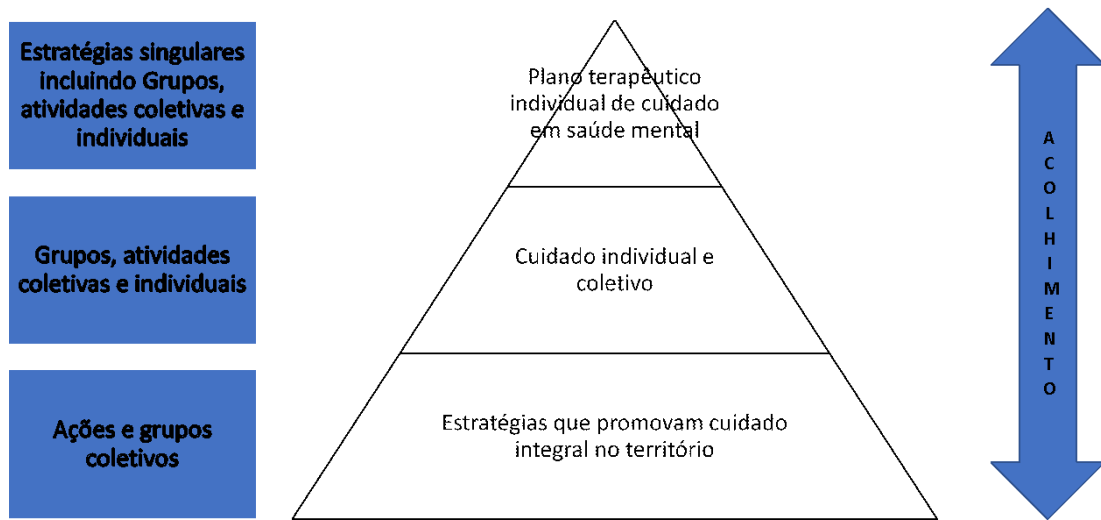
RESULTADOS	RECOMENDAÇÃO
EXPERIÊNCIA DOS SERVIÇOS	
<p>As experiências do uso das PICS (auriculoterapia?) no cuidado em saúde mental demonstram:</p> <p>(1) fortalecimento do vínculo usuário-profissional</p> <p>(2) benefício terapêutico individual e coletivo</p> <p>(3) compreensão ampliada do processo saúde-doença</p> <p>(4) desenvolvimento de autonomia do autocuidado</p>	
PARTICIPAÇÃO COLABORATIVA	
<p>Oferta de PICS no território como uma facilidade para o cuidado integral em saúde mental.</p> <p>Acesso mais amplo e facilitado, ofertado tanto na demanda espontânea como demanda organizada (grupo e consulta), considerando as individualidades dos sujeitos</p> <p>Acolhimento aos usuários em sofrimento psíquico com PICS pode ser realizado na consulta ou como postura ética nos serviços</p>	

<p>A oferta de PICS para o cuidado em saúde mental deve ter uma abordagem integral (grupo e consulta) e deve ser valorizada também como um saber popular/ cuidados tradicionais.</p> <p>Para implementação, sugere-se diálogo com a comunidade e discussão em reunião de equipe.</p>	
<p>ATORES ENVOLVIDOS</p>	
<p>Todos os profissionais de saúde (inclusive medicina) podem estar envolvidos. Uma entrevistada destacou que a prática médica deve se concentrar na prescrição medicamentosa, as PICS devem ser para as outras categorias.</p>	
<p>Inserção dos ACS como uma estratégia de cuidado continuado nas USF campo de prática da residência. Em contraponto, em uma entrevista surgiu um acúmulo de função nesse espaço</p>	
<p>ACESSO</p>	

<p>As barreiras de acesso evidenciadas foram: (1) ausência de um fluxo estabelecido para o cuidado em saúde mental e oferta facultativa das PICS nos serviços;</p> <p>(2) dificuldade de organizar a agenda de trabalho;</p> <p>(3) restrição de acesso (grupo fechado)</p> <p>(4) falta de insumos e de profissionais para a oferta de PICS nos serviços;</p> <p>(5) dificuldade de cuidado continuado nas unidades de residência;</p> <p>(6) falta de conhecimento de profissionais e usuários dessas práticas como recurso terapêutico;</p> <p>(7) a cultura biomédica;</p> <p>(8) a dificuldade de lidar com o usuário de saúde mental (estigma)</p>	
<p>Fluxos e pactos desenvolvidos pelas equipes para o cuidado em saúde mental por meio das PICS:</p> <p>(1) Flexibilização da agenda para garantia dessa oferta de cuidado;</p> <p>(2) Interação e disponibilidade dos profissionais;</p> <p>(3) Discussão em equipe para garantia do cuidado em saúde mental (facilitar o acesso ao grupo ou encaminhar para atendimento individual)</p> <p>(4) A divulgação dos grupos e oferta de cuidado por meio das PICS em salas de</p>	

<p>espera e pelo agente comunitário</p> <p>(5) O matriciamento como uma ferramenta para a consolidação de um cuidado em saúde mental por meio das PICS mais amplo e sensível.</p> <p>(6) O uso das tecnologias de informação e comunicação para a continuidade do cuidado em saúde mental por meio das PICS no contexto da pandemia.</p>	

RASCUNHO MODELO DE CUIDADO



APÊNDICE H – Artigo publicado no ebook saúde da família em terras baianas.

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO BOAS PRÁTICAS
EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO**

Andrezza Lima Muricy, Helena Moraes Cortes

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde mental tem sofrido mudanças ao longo da história no Brasil. A psiquiatria tradicional, baseada no modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, foi inicialmente questionada nos anos 1970 com as primeiras críticas e denúncias ao cenário de descaso e violência imprimida às pessoas em sofrimento psíquico no interior das estruturas asilares (BRASIL, 2005; AMARANTE; NUNES, 2018).

Nesse contexto, fortaleceu-se progressivamente a reforma psiquiátrica brasileira em favor da defesa da saúde coletiva e equidade na oferta dos serviços àquele que sofre mentalmente. Em 2001, foi sancionada a Lei Federal 10.2016 (Lei da Reforma Psiquiátrica) que redirecionou a assistência em saúde mental, para a oferta de cuidado em serviços de base comunitária, além de dispor dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O modelo de atenção psicossocial, defendido pela reforma psiquiátrica, busca o rompimento do paradigma asilar/hospitalocêntrico medicalizante e, luta pela qualificação do cuidado, valorização do sujeito, considerando seu histórico de vida e contexto psicossocial com o intuito de promover a reinserção social, desenvolvimento de autonomia e consolidação do cuidado integral (FERNANDES et al, 2018)

Apesar da reorientação do modelo de atenção defendida pela reforma psiquiátrica, o modelo biomédico e medicalizante ainda é muito presente nos diversos serviços de saúde - e nas concepções de muitos trabalhadores - no Brasil, dificultando, portanto, a consolidação do cuidado integral desses sujeitos (FERTONANI et al, 2015).

Neste contexto, destacam-se práticas terapêuticas não convencionais que possibilitam o cuidado integral em saúde mental, como as medicinas tradicionais e complementares e integrativas que o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)”, sendo, portanto, práticas institucionalizadas pelo SUS. Essas práticas são baseadas em um modelo de cuidado humanizado, centrado no sujeito e

promotor da autonomia do cuidado, além de atuarem e valorizarem a prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde integral do sujeito (BRASIL, 2015). Outras práticas integrativas e complementares não institucionalizadas como as práticas de curadores tradicionais (rezadores e xamãs) e religiosas, como práticas de origem africana têm sido relatadas na literatura científica como possibilidades de cuidado em saúde mental no território, especialmente no Brasil (ESCOBAR, 2012; MELLO; OLIVEIRA, 2013; SOUSA; TESSER, 2017).

No final da década de 1970, a OMS expressou o seu compromisso em incentivar os estados-membros a formularem e implementar políticas públicas para o uso racional e integrado da medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) nos sistemas nacionais de atenção à saúde (WHO, 2013). Nos países latino-americanos, expandiu-se a oferta de terapias e medicinas alternativas que contemplam os sistemas médicos antigos como medicina tradicional chinesa e a ayurveda, como também as medicinas populares como as xamânicas ou ligadas às tradições africana e indígena (LUZ, 2005). Na América Latina, assim como no Brasil, portanto, sobressaiu-se três grandes grupos de medicinas complementares/alternativas que são: medicina tradicional indígena, medicina de origem afro-americana e terapias que geralmente são derivadas de sistemas médicos complexos tradicionais que têm sua própria racionalidade, como a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurveda, ou ainda a homeopatia e que se legitimaram frente à ciência e às instituições de saúde (LUZ, 2005).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) – 2006 – legitimou e impulsionou a inserção das PICS no SUS por meio da homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Com a Portaria nº. 849, de 27 de março 2017, 29 práticas passaram a ser ofertadas no SUS que são: ayurveda, fitoterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais, além da homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

As propostas de cuidado defendidas pelas PICS e pelo modelo de atenção psicossocial, no cenário atual, convergem por promoverem uma abordagem terapêutica centrada na pessoa,

de forma ampla e integral, considerando o sujeito no seu contexto social, o aproximando da sua família e da comunidade, além de estimularem a autonomia e o autocuidado (TESSER; SOUSA, 2012; CARVALHO et al, 2017)

Considerando o estímulo da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento da segurança, eficácia e qualidade das PICS no cuidado em saúde, bem como no seu uso como oferta de cuidado em nível da Atenção Primária à Saúde (APS) (WHO, 2013; BRASIL, 2015), o presente estudo buscou analisar as evidências na literatura nacional e internacional sobre o uso das PICS como estratégias de cuidado em saúde mental no território.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A opção por esse tipo de revisão se deu pela necessidade de analisar o estado da arte do tema proposto (ROTHER, 2007). O levantamento foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas, Pubmed e Scielo entre os meses de maio e novembro de 2019. Utilizou-se os seguintes descritores para busca dos artigos: homeopathy; medicine, chinese tradicional; plants, medicinal; phytotherapy; meditation; music therapy; naturopathy; reflexotherapy; therapeutic touch; yoga; apitherapy; aromatherapy; manipulation, chiropractic; color therapy; acupuncture therapy; auriculotherapy; medicina antroposófica; arteterapia; biodança; dança circular; osteopatia; shantala; terapia comunitária integrativa; termalismo social; bioenergética; constelação familiar; geoterapia; hipnoterapia; imposição das mãos; ozonioterapia; terapia de florais; complementary therapies; medicina tradicional brasileira; ayahuasca e mental health. Os critérios de inclusão foram: artigos na literatura nacional e internacional sobre o uso das PICS no cuidado em saúde mental, editados em língua portuguesa e inglesa e compreendidos entre 2013 a 2019. Ao final da pesquisa, foram selecionados 19 artigos nas bases de dados consultadas. Os resultados surgiram após serem lidos os resumos e, selecionados os que mais se aproximavam do objeto de estudo. Os resultados foram analisados pelo método comparativo com a literatura científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram agrupados em duas categorias temáticas, a saber: práticas integrativas e complementares em saúde institucionalizadas pelos SUS (15 artigos), e práticas integrativas e complementares em saúde não institucionalizadas pelos SUS (04 artigos).

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE INSTITUCIONALIZADAS PELO SUS

O levantamento na literatura nacional e internacional sobre o uso das PICS em saúde mental vêm mostrando evidências favoráveis ao uso dessas terapias no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico (BONON et al, 2013; RAVINDRAN et al, 2016).

A busca na literatura realizada, considerando as 29 práticas integrativas e complementares em saúde institucionalizadas pelos SUS, evidenciou as seguintes terapêuticas: acupuntura, auriculoterapia, movimentos meditativos, reiki, homeopatia, aromaterapia, musicoterapia, arteterapia, terapia comunitária integrativa (Quadro 1). As principais evidências serão discutidas a seguir.

A acupuntura é um recurso terapêutico da MTC que através da inserção de finas agulhas estimula pontos espalhados pelo corpo somático ao longo dos chamados meridianos, visando à promoção, à manutenção e à recuperação da saúde. O tratamento pode ser usado de forma isolada ou integrada com outras estratégias de cuidado (BRASIL, 2018).

Amorim et al (2018) avaliaram o uso da acupuntura e eletroacupuntura no tratamento de pessoas com transtornos de ansiedade. O estudo realizado buscou ensaios clínicos em que a ansiedade fosse tratada como alvo terapêutico e não como medida secundária ou associada a uma condição clínica. Mesmo pontuando a necessidade de mais pesquisas nessa área, encontraram que há evidências positivas para o uso da terapia com acupuntura, considerando-se que os resultados terapêuticos são efetivos e, há menos efeitos colaterais do que o tratamento convencional farmacológico.

A auriculoterapia, considerada por algumas correntes de conhecimento como derivada da MTC, é uma das PICS mais amplamente utilizadas na assistência à saúde. No Brasil, é abordada como a fusão das técnicas terapêuticas das escolas chinesa e francesa (BRASIL, 2018).

O uso da auriculoterapia como estratégia de cuidado para o tratamento de quadros de indivíduos que sofrem com insônia, ansiedade, transtornos do humor e abuso de substâncias psicoativas apresentou evidência positiva, em um estudo realizado em duas unidades básicas de saúde em Florianópolis (FERREIRA, 2016). Sobre seu uso em quadros de tabagismo, De Paiva Silva et al (2014) realizaram um ensaio clínico que evidenciou que o tratamento com

auriculoterapia contribuiu na redução do número de cigarros fumados em 61,9% dos participantes.

Outro exemplo de PICS utilizada no cuidado em saúde mental é a homeopatia. Essa é uma racionalidade médica que considera a pessoa como um todo de caráter holístico e vitalista. O tratamento busca desencadear o sistema de cura natural do corpo por meio de substâncias altamente diluídas (BRASIL, 2018).

Nos Estados Unidos da América, a homeopatia é usada por pouco mais de 2% da população. Dossett et al (2018) mostraram evidências no uso da homeopatia em doenças infecciosas, controle da dor, saúde mental e tratamento do câncer. Em relação à saúde mental, dados observacionais de um estudo de coorte na França com usuários que procuraram atendimento devido a transtornos ansiosos ou depressão e, utilizavam práticas homeopáticas exclusivas ou, juntamente com medicamentos convencionais eram mais propensos a apresentarem melhora clínica, comparada com aqueles que utilizavam exclusivamente práticas convencionais. Além disso, os participantes apresentaram menos comorbidades clínicas, insônia, história de tentativa de suicídio e maior chance de redução da medicação (GRIMALDI-BENSOUDA et al, 2016).

Em um estudo no México, que comparou o uso do medicamento homeopático individualizado versus placebo e, fluoxetina versus placebo em mulheres peri e pós-menopáusicas com quadros de depressão moderada a grave mostrou que, após o tratamento de seis semanas, o grupo homeopático foi mais eficaz que o placebo, sendo a taxa de resposta de 54,5% e, a taxa de remissão de 15,9% no grupo estudado (DEL CARMEN MACÍAS-CORTÉS, 2015).

Sobre as terapias mente-corpo, Zou et al (2018) avaliaram os efeitos terapêuticos dessas práticas (especificamente, o Tai Chi, o Qigong e o Yoga) para o tratamento de pessoas com transtorno depressivo maior. Evidenciou-se que os movimentos meditativos podem ter efeitos positivos no tratamento do transtorno depressivo maior sem efeitos adversos significativos. Essa evidência sugere a possibilidade desses exercícios como alternativa e/ou abordagem do tratamento para essas pessoas em sofrimento psíquico.

As práticas de Qigong, Yoga e Tai Chi usam a respiração abdominal como a técnica típica e, um estudo apontou para a redução dos níveis de cortisol, além da ação nas vias GABA (ácido gama-aminobutírico) do córtex pré-frontal, ínsula e inibição da hiperatividade da

amígdala, sendo, portanto, uma explicação dos movimentos meditativos terem uma influência nos quadros de depressão (ZOU et al, 2018).

Em relação a arteterapia, Willrich et al (2018) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer as contribuições dessa PIC na reabilitação de usuários de um CAPS de uma cidade do sul do Rio Grande do Sul. Os usuários eram participantes das oficinas de expressão, música e artesanato. O estudo identificou que a arteterapia tem um papel fundamental na reabilitação e reinserção psicossocial, além da melhora da qualidade de vida dos sujeitos.

Resultados similares foram encontrados em um estudo em cenário hospitalar. Moraes et al (2014) realizaram entrevistas em um hospital dia em Londrina no Paraná em 2012, com o objetivo de compreender o significado da arteterapia com argila para os usuários de saúde mental internados. Concluiu-se que o uso de argila promoveu autoconhecimento, autocompreensão, estimulou a criatividade e proporcionar vivências menos sofridas de suas dificuldades, conflitos e sensações como medo e angústia, além de alívio de sintomas ansiosos dos usuários envolvidos.

No campo das terapias energéticas, por exemplo, Freitag et al (2015) buscaram identificar a produção científica sobre o reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde. Os resultados apontaram que o reiki parece provocar resposta positiva em diversas situações de saúde, tanto quanto técnica isolada como aliada ao tratamento medicamentoso. Um dos estudos encontrados abordou a contribuição terapêutica do reiki para o equilíbrio das necessidades física, mental, emocional e espiritual do ser humano, levando a uma vivência mais harmoniosa com o meio em que a pessoa vive, além de trazer autoconhecimento (SALOMÉ, 2009).

Kurebayashi et al (2016) avaliaram a efetividade da massagem e do reiki na redução de estresse e ansiedade em voluntários que buscaram atendimento em um ambulatório especializado. O ensaio clínico concluiu que a massagem e a massagem combinada ao reiki se mostraram efetivas na redução dos níveis de estresse e ansiedade. Ainda são escassos os estudos do uso de reiki em pessoas em sofrimento psíquico.

No contexto dos estudos sobre musicoterapia, em 1944 nos EUA começaram avaliar os efeitos terapêuticos dessa prática no cuidado em saúde. Reconhecida oficialmente enquanto ciência durante a Segunda Guerra Mundial, trata-se de uma ferramenta que busca otimizar a qualidade de vida, melhora das condições físicas, sociais, emocionais, comunicativas, intelectuais, espirituais e bem-estar do sujeito (GODY, 2014).

Barcelos et al (2018) realizaram uma revisão integrativa com o intuito de identificar os fatores positivos da musicoterapia em pacientes com transtornos mentais. Evidenciou-se que a musicoterapia pode ser utilizada como estratégia não medicamentosa complementar ao tratamento de indivíduos em sofrimento psíquico. A experiência musical pode proporcionar efeitos positivos no metabolismo como redução da fadiga, maior concentração e uma frequência respiratória mais regular. A interação do musicoterapeuta e do indivíduo incentiva a expressão de emoções, possibilitando uma comunicação interpessoal mais efetiva, proporcionando bem-estar e promovendo a autonomia do indivíduo cuidado. Concluiu-se, portanto, que a musicoterapia é uma potente estratégia complementar para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico por promover bem-estar, efeitos positivos fisiológicos e cognitivos e promoção do cuidado. São necessários ainda, outros estudos que avaliem a eficácia da musicoterapia como abordagem terapêutica no cuidado de pessoas com transtorno mental.

No campo das terapias biológicas, a aromaterapia constitui-se como uma técnica baseada no uso de óleos essenciais de plantas aromáticas administrados por via dérmica ou olfativa que visa à promoção da saúde física e mental (BRASIL, 2018). Estudos têm mostrado que a aromaterapia se tem configurado como um recurso terapêutico seguro para redução de sintomas ansiosos, depressivos, agitação psicomotora e agressividade (DOMINGOS; BRAGA, 2015; SÁNCHEZ-VIDAÑA, 2017).

Domingos e Braga (2014) realizaram um estudo com aromaterapia na internação psiquiátrica e encontraram benefícios dessa prática, representados pela diminuição dos sintomas ansiosos, físicos e psíquicos e a melhoria do padrão de sono dos usuários. Esses efeitos foram avaliados por meio da percepção que o usuário atribuiu ao cuidado de enfermagem e ao tratamento médico.

Uma revisão sistemática publicada em janeiro de 2017, com o objetivo de analisar as evidências clínicas sobre a eficácia da aromaterapia para sintomas depressivos evidenciou que tal terapia apresentou opção terapêutica eficaz para o alívio dos sintomas em uma ampla quantidade de estudos. A massagem associada à aromaterapia mostrou ter mais efeitos benéficos do que a aromaterapia por inalação (SÁNCHEZ-VIDAÑA, 2017).

Em relação aos estudos sobre terapia comunitária integrativa (TCI), Carvalho et al (2013) buscaram analisar as contribuições da TCI na vida cotidiana de usuários de um CAPS. Considerou-se as mudanças de comportamentos, as estratégias aprendidas e a importância que a TCI representa na vida desses usuários. Evidenciou-se que essa PIC possibilitou a construção

de estratégias de inclusão e reabilitação psicossocial à medida que os usuários participantes têm buscado reorganizar suas vidas cotidianas no âmbito do trabalho, do espaço familiar e das relações sociais.

Rocha et al (2013) analisaram relatos descritivos das TCI realizadas em 2008, em João Pessoa, na Paraíba, com o objetivo de identificar as situações de sofrimento emocional mais frequentemente relatadas e as estratégias de enfrentamento mais utilizadas para essas situações. Apontou-se que os principais problemas encontrados foram relacionados ao estresse, ao trabalho e às questões familiares. As principais estratégias referidas para esse enfrentamento foram o fortalecimento da espiritualidade, o diálogo e o desenvolvimento de atitudes de perdão. O estudo ainda apontou que a TCI é uma estratégia de cuidado em saúde mental por promover apoio emocional, estimular fortalecimento de vínculos e inclusão social das pessoas.

Em síntese, os estudos encontrados em relação às PICS institucionalizadas pelo SUS, evidenciaram aspectos positivos na melhora da qualidade de vida e bem-estar, redução de sintomas associados ao sofrimento psíquico e menores efeitos colaterais quando comparado com tratamento farmacológico convencional. A maioria dos estudos pontuaram a necessidade de se desenvolver mais pesquisas sobre a temática em questão, pois as pesquisas envolvendo PICS e saúde mental ainda são escassas na literatura.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NÃO INSTITUCIONALIZADAS PELO SUS

Paralelamente às práticas institucionalizadas pelo SUS, tem-se práticas e recursos da medicina não tradicional que também são usadas como estratégia de cuidado em saúde e são relatadas nos estudos científicos. Dentre essas práticas, verifica-se o benzimento que é definido como “ato de benzer com ou sem sinal da cruz, acompanhado de orações com fórmulas especiais, supersticiosas” (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2001, p. 434). É uma atividade terapêutica que pode envolver elementos como imposição de mãos, gestos em cruz, água, terços, plantas entre outros que busca a ajuda ao próximo por meio de imposição de mãos ou pensamento focado (MARTA et al, 2019). O estudo realizado por Marta et al (2019), em Mato Grosso do Sul-MT, com dez benzedeiros residentes em áreas cobertas pelos serviços de atenção básica evidenciou que os usuários buscam o benzimento como recurso para solucionar problemas biológicos, emocionais entre outros e apontou o não reconhecimento dessa prática pelas equipes de saúde.

Em relação às práticas da medicina tradicional de origem africana, Mello e Oliveira (2013) realizaram uma pesquisa etnográfica em um templo religioso afro-brasileiro, localizado no Rio de Janeiro, buscando compreender as relações da religiosidade com a saúde. Os autores evidenciaram que as práticas religiosas umbandistas realizadas no terreiro estudado são complementares às práticas médicas oficiais, por promover um espaço de acolhimento à pessoa em sofrimento, criação de uma rede de apoio social e ressignificação do processo saúde-doença aos sujeitos.

Em relação ao uso da Ayahuasca (AYA) - alucinógeno botânico tradicionalmente utilizado por grupos religiosos da região noroeste da Amazônia para fins rituais e medicinais - Osório et al (2015) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o efeito antidepressivo por meio da administração de uma dose de AYA. Seis voluntários com diagnóstico de transtorno depressivo maior recorrente participaram do estudo e utilizou-se escalas de avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery & Asberg (MADRS), além da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) para mensurar a ação antidepressiva. Evidenciou-se potente efeito antidepressivo e ansiolítico com o uso do AYA com início de ação mais precoce quando se compara aos antidepressivos disponíveis no mercado (OSÓRIO et al, 2015)

O trabalho de Fontes (2017) buscou avaliar o efeito antidepressivo da AYA em pessoas com depressão com efeitos resistentes ao tratamento farmacológico. Foi realizado um ensaio clínico duplo-cedo randomizado e placebo controlado com 35 pessoas apresentando depressão resistente ao tratamento. Observou-se efeitos antidepressivos significativos comparados ao placebo e as taxas de respostas (redução de 50% nos sintomas) - avaliadas pelos escores MADRS e HAM-D - foram elevadas para ambos os grupos, AYA e placebo, no dia um e dia dois. Já no dia sete, a taxa de resposta foi maior no grupo ayahuasca (64% AYA x 7% placebo). A taxa de remissão (ausência de sintomas depressivos) avaliada foi significativa no grupo AYA - 36% AYA x 7% placebo (FONTES, 2017).

Em relação ao uso de AYA, os estudos relatados apontam efeitos positivos no tratamento de transtornos ansiosos e depressivos, chamando a atenção para o rápido efeito do AYA em comparação aos tratamentos farmacológicos tradicionais.

Concebe-se que além da eficácia em nível biológico e farmacológico de substâncias encontradas na flora brasileira, os saberes e as práticas tradicionais são também produtores de saúde por proporcionar valorização e resgate cultural dos sujeitos, uma rede social de apoio e ressignificação do processo saúde-doença por proporcionar vivências centradas em aspectos

culturais, sociais, espirituais e biológicos, valorizando, portanto, a abordagem integral do sujeito.

O quadro abaixo sintetiza as principais evidências encontradas nos estudos analisados (Quadro 1).

QUADRO 1: Síntese das evidências sobre o uso das PICS em saúde mental.

PRÁTICAS OFERTADAS PELO SUS - Portaria nº. 849, de 27 de março 2017		
PRÁTICA	AUTOR	RESULTADOS
Acupuntura	Amorim et al (2018)	Menos efeitos colaterais que tratamento farmacológico no transtorno de ansiedade
Auriculoterapia	Ferreira (2016)	Estratégia de cuidado em quadros de insônia, ansiedade, transtornos do humor e abuso de substâncias
	De Paiva Silva et al (2014)	Redução do número de cigarros fumados em 61,9% dos participantes tabagistas
Movimentos Meditativos (Tai Chi, Qigong e Yoga)	Zou et al (2018)	Efeitos positivos nos quadros de transtorno depressivo maior.
Reiki	Freitag et al (2015)	Equilíbrio necessidades física, mental, emocional e espiritual. Escassos estudos em pessoas com sofrimento psíquico.
	Kurebayashi et al (2016)	Massagem e a massagem combinada ao reiki se mostraram efetivas na redução dos níveis de estresse e ansiedade.
Homeopatia	Dossett et al (2018)	Nos transtornos ansiosos ou depressivos apresentam maior chance de redução da medicação, menos comorbidades clínicas, insônia e história de tentativa de suicídio.
	Del Carmen Macías-Cortés (2015)	Grupo controle com depressão moderada a grave na peri e pós-menopausa foi mais eficaz que o placebo
Aromaterapia	Domingos e Braga (2014)	Redução sintomas ansioso, depressivos, agitação psicomotora e agressividade
	Sánchez-Vidanã (2017)	Eficácia para redução de sintomas depressivos
Musicoterapia	Barcelos et al (2018)	Promove bem-estar, efeitos positivos fisiológicos como redução da fadiga, maior concentração, frequência

		respiratória mais regular, além da promoção da autonomia do cuidado.
Arteterapia	Willrich et al (2018)	Reabilitação e reinserção, além da melhora qualidade de vida dos sujeitos entrevistados
	Morais et al (2014)	O uso de argila promoveu autoconhecimento, auto compreensão, estimulou a criatividade e proporcionou vivências menos sofridas de suas dificuldades, conflitos e sensações como medo e angústia, além de alívio de sintomas ansiosos dos usuários envolvidos.
Terapia Comunitária Integrativa	Carvalho et al (2013)	Inclusão e reabilitação psicossocial à medida que os usuários participantes têm buscado reorganizar suas vidas no âmbito do trabalho, espaço familiar e relações sociais
	Rocha et al (2013)	Promove apoio emocional, estimula fortalecimento de vínculos e inclusão social das pessoas
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NÃO INSTITUCIONALIZADAS PELO SUS		
PRÁTICA	AUTOR	RESULTADOS
Ayahuasca	Osorio et al (2015)	Ayahuasca (alucinógeno botânico) tem efeitos ansiolíticos e antidepressivos com ação mais precoce em pacientes com transtorno depressivo.
	Fontes (2017)	No dia sete a taxa de resposta - redução de 50% nos sintomas antidepressivos - foi de 64% ayahuasca x 7% placebo. A taxa de remissão - ausência de sintomas depressivos - foi significativa no grupo ayahuasca (36% ayahuasca x 7% placebo).
Benzimentos	Marta et al (2019)	Os usuários procuram as benzedeiros para solucionar problemas biológicos, emocionais, sociais e espirituais.
Práticas religiosas umbandistas	Mello e Oliveira (2013)	Práticas num terreiro de Umbanda possibilitou a resignificação do processo saúde-doença, criação de uma rede social de apoio e influência na aceitação pela comunidade das pessoas em sofrimento,

		possibilitando a esse acolhimento e bem-estar.
--	--	--

Fonte: elaborado pelas autoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em diferentes níveis de atenção à saúde, as PICS apresentam evidências relacionadas à promoção do autoconhecimento e cuidado, ressignificação de sensações e sentimentos relacionados ao sofrimento psíquico, além da reinserção social dos sujeitos, especialmente aqueles que sofrem mentalmente.

Nesse cenário, as PICS por meio de diferentes racionalidades médicas, terapêuticas não provenientes da medicina convencional, práticas meditativas, corporais, artesanais e voltadas para o desenvolvimento da expressividade, no contexto do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, possibilitam a reelaboração do lugar de sua doença promovendo além da terapêutica, melhora da qualidade de vida e promoção do autocuidado em saúde.

Nesse sentido, a presente revisão narrativa do tema evidenciou que as PICS apresentam evidências positivas como estratégia de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, estando alinhadas com o modelo de atenção psicossocial e podem ser uma proposta de redirecionamento de práticas de cuidado em saúde mental.

Considerando-se a APS como acesso inicial às pessoas em sofrimento psíquico, é importante pontuar a discussão e o fortalecimento dessas terapêuticas como recursos possíveis na oferta de cuidado em saúde mental no contexto da RAPS.

Nesta linha de raciocínio, sugere-se outros estudos que possam analisar possibilidades de cuidado em saúde mental tendo as PICS como eixo condutor, a exemplo deste trabalho que se trata do estado da arte dessas práticas institucionalizadas pelo SUS ou não, para que se possa ordenar o cuidado em saúde mental num município da região metropolitana de Salvador.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- AMORIM, Diogo et al. **Acupuncture and electroacupuncture for anxiety disorders: A systematic review of the clinical research**. *Complementary therapies in clinical practice*, v. 31, p. 31-37, 2018.
- BARCELOS, Vagner Marins et al. A musicoterapia em pacientes portadores de transtorno mental. **Rev. enferma. UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 1054-1059, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: Conferência Regional de reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF: Autor, 2005.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BONON, Michele Mazzocato et al. **Saúde mental: possibilidades de interação com as racionalidades médicas e as práticas integrativas e complementares em saúde**. 2013.
- CARVALHO, Mariana Albernaz Pinheiro de et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 29, n. 10, p. 2028-2038, out. 2013.
- CARVALHO, Jessica Liz da Silva et al. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 2017.
- DE PAIVA SILVA, Roberta et al. Contribuições da auriculoterapia na cessação do tabagismo: estudo piloto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 883-890, 2014.
- DEL CARMEN MACÍAS-CORTÉS, Emma et al. **Individualized homeopathic treatment and fluoxetine for moderate to severe depression in peri-and postmenopausal women**

(HOMDEP-MENOP study): a randomized, double-dummy, double-blind, placebo-controlled trial. *PLoS One*, v. 10, n. 3, p. e0118440, 2015.

DOMINGOS, Thiago Da Silva; BRAGA, Eliana Mara. **Significado da massagem com aromaterapia em saúde mental**. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 6, 2014.

DOMINGOS, Thiago Da Silva; BRAGA, Eliana Mara. Massagem com aromaterapia: efetividade sobre a ansiedade de usuários com transtornos de personalidade em internação psiquiátrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 3, p. 453-459, 2015.

DOSSETT, Michelle L.; YEH, Gloria Y. **Homeopathy use in the United States and implications for public health: a review**. *Homeopathy*, v. 107, n. 01, p. 003-009, 2018

ESCOBAR, José Arturo Costa. **Ayahuasca e saúde**: efeitos de uma bebida sacramental psicoativa na saúde mental de religiosos ayahuasqueiros. Recife. Universidade Federal de Pernambuco, 2012.

FERNANDES, Amanda Dourado; LOURENÇO, Mariana Santos De Giorgio; MATSUKURA, Thelma Simões. **Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro/Mental health care practices in Primary Health Care: identifying researches in the brazilian context**. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 26, n. 4, 2018.

FERREIRA, Diego Diz et al. **Práticas integrativas e complementares (PICs) no cuidado em saúde mental: a experiência em unidades básicas de saúde em Florianópolis**. 2016.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1869-1878, 2015.

FONTES, Fernanda Palhano Xavier de. **Os efeitos antidepressivos da ayahuasca, suas bases neurais e relação com a experiência psicodélica**. 2017.

FREITAG, Vera Lucia; ANDRADE, Andressa de; BADKE, Marcio Rossato. **O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura**. *Enferm. glob.*, Murcia, v. 14, n. 38, p. 335-345, abr. 2015.

GRIMALDI-BENSOUDA, Lamiae et al. **Homeopathic medical practice for anxiety and depression in primary care: the EPI3 cohort study**. *BMC complementary and alternative medicine*, v. 16, n. 1, p. 125, 2016.

GODOY, Diego Azevedo. Musicoterapia, profissão e reconhecimento: uma questão de identidade, no contexto social brasileiro. **Revista Brasileira de Musicoterapia Ano XVI n, v. 16**, p. 6-25, 2014.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, M. de S.; FRANCO, FM de M. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, v. 1, 2001.

KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato et al. Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24**, p. 1-8, 2016.

LUZ, Madel T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 15, p. 145-176, 2005.

MARTA, Ilda Estefani Ribeiro et al. **Benzimentos e benzedeiros**: um estudo etnográfico sobre recursos terapêuticos tradicionais. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 1080-1089, 2019.

MELLO, Márcio Luiz; OLIVEIRA, Simone Santos. **Saúde, religião e cultura**: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 1024-1035, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 849, de 27 de março 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. 2017.

MORAIS, Aquiléia Helena de et al. **Significado da arteterapia com argila para os pacientes psiquiátricos num hospital de dia**. *Invest. educ. enferm, Medellín* , v. 32, n. 1, p. 128-138, Apr. 2014.

OSÓRIO, Flávia de L. et al. **Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report**. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 37, n. 1, p. 13-20, 2015.

RAVINDRAN, Arun V. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5. Complementary and alternative medicine treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, v. 61, n. 9, p. 576-587, 2016.

ROCHA, Ianine Alves da et al. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 34, n. 3**, p. 155-162, Sept. 2013

ROTHER, Edna Terezinha. **Revisão sistemática X revisão narrativa**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007 .

SALOMÉ, Geraldo Magela. **Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em Unidade Terapia Intensiva após aplicação do Reiki**. Saúde Coletiva, v. 6, n. 28, p. 54-58, 2009.

SÁNCHEZ-VIDAÑA, Dalinda Isabel et al. **The effectiveness of aromatherapy for depressive symptoms: A systematic review**. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, v. 2017, 2017.

SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; TESSER, Charles Dalcanale. **Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária**. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00150215, 2017.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. **Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas**. Saúde e Sociedade, v. 21, p. 336-350, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. 2013.

WILLRICH, Janaína Quinzen; PORTELA, Dariane Lima; CASARIN, Renata. Atividades de arteterapia na reabilitação de usuários da atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 7, n. 3**, 2018.

ZOU, Liye et al. **Effects of meditative movements on major depressive disorder: A systematic Review and meta-analysis of randomized controlled trials**. Journal of clinical medicine, v. 7, n. 8, p. 195, 2018.

APÊNDICE I – Artigo.

A construção de um modelo de cuidado em saúde mental com a abordagem em PICS na Atenção Primária

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) se configuram como um conjunto de práticas, produtos e saberes tradicionais que promovem cuidado em saúde (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; WHO, 2013). São baseadas em um modelo de cuidado humanizado, centrado no sujeito e promotor da autonomia do cuidado, além de atuarem e valorizarem a prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2015).

No Brasil, a inserção das PICS no SUS foi por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006) que legitimou a homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia como práticas de cuidado. Atualmente 29 práticas passaram a ser ofertadas no SUS que são: ayurveda, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais, além da homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A influência do crescimento e revalorização das PICS têm impactado os profissionais de saúde. Como exemplo, tem-se que 46% dos médicos na Suíça, incluindo os da APS, têm formação em práticas integrativas. No Canadá, 57% das terapias com ervas, 31% dos tratamentos quiropráticos e 24% dos tratamentos de acupuntura são realizados por médicos; na Inglaterra, 50% dos médicos generalistas do *National Health Service* (NHS) aplicam ou indicam alguma PICS; 32% dos médicos da França e 20% dos da Alemanha realizam PICS; na Holanda, 50% dos médicos generalistas prescrevem plantas medicinais, fazem terapias manuais e/ou acupuntura e 45% deles consideram os medicamentos homeopáticos eficazes (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Parte do uso dessas terapias ocorre por conta própria pelos sujeitos, previamente, após ou ao mesmo tempo em relação ao cuidado biomédico. Esse aumento científico e institucional foi também induzido pela procura maciça dessas práticas pelas populações, já que é de fácil

acesso e tem apresentado uma boa eficácia. Além disso, pode-se considerar também, uma melhor experiência e relacionamento terapeuta-usuário com as práticas integrativas e o estímulo à participação de ambos no processo de cuidado (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

As PICS apresentam-se como possibilidade de estratégia promotora de cuidado, valorização do sujeito, desenvolvimento do autocuidado e autonomia em pessoas em sofrimento psíquico que historicamente foram marginalizadas pela sociedade (BRASIL, 2015; TESSER; SOUSA, 2012).

O levantamento na literatura nacional e internacional sobre o uso das PICS em saúde mental vêm mostrando evidências favoráveis ao uso dessas terapias no cuidado de pessoas que sofrem mentalmente (BONON et al, 2013; RAVINDRAN et al, 2016).

Em diferentes níveis de atenção à saúde, as PICS apresentam evidências relacionadas à promoção do autoconhecimento e cuidado, ressignificação de sensações e sentimentos relacionados ao sofrimento psíquico, além da reinserção social dos sujeitos. A revisão narrativa realizada por Muricy e Cortes (2020) evidenciou benefícios nas seguintes práticas (Quadro 01 e 02):

QUADRO 01: Principais evidências das PICS institucionalizadas pelo SUS

PICS INSTITUCIONALIZADAS PELO SUS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Acupuntura; Auriculoterapia; Tai Chi, Qigong e Yoga; Reiki; Homeopatia; Aromaterapia; Musicoterapia; Arteterapia; Terapia Integrativa Comunitária	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora da qualidade de vida e bem-estar; - Redução de sintomas associados ao sofrimento psíquico; - Menores efeitos colaterais quando comparado com tratamento farmacológico convencional.

Elaborado pelas autoras.

Quadro 02: Principais evidências das PICS não Institucionalizadas pelo SUS

PICS NÃO INSTITUCIONALIZADAS PELO SUS	PRINCIPAIS RESULTADOS

Ayahuasca (alucinógeno botânico) Benzimentos Práticas religiosas umbandistas	<ul style="list-style-type: none"> - Efeitos ansiolíticos e antidepressivos de substâncias encontradas na flora brasileira; - Valorização e resgate cultural dos sujeitos; - Rede social de apoio; - Ressignificação do processo saúde-doença por proporcionar vivências centradas em aspectos culturais, sociais, espirituais e biológicos.
--	--

Elaborado pelas autoras.

As PICS apresentam evidências positivas como estratégia de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e são alinhadas com o modelo de atenção psicossocial, podendo constituírem-se em uma proposta de redirecionamento de práticas de cuidado em saúde mental. Diante do exposto e considerando que o sujeito em sofrimento psíquico precisa ser compreendido em sua integralidade, as PICS podem se configurar como o eixo estruturante do cuidado em saúde mental nos serviços primários. Nesse contexto, o presente trabalho é um recorte do produto da dissertação de mestrado que teve como objetivo ordenar o cuidado em saúde mental na perspectiva das PICS nos serviços primários em saúde e como produto a “Cartilha de recomendação aos serviços primários para implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PICS” construída após entrevistas com os usuários, agentes comunitários de saúde e demais profissionais dos serviços primários (médicos, enfermeiros, odontólogos e profissionais do NASF), campo de prática de uma residência médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade em um município da região metropolitana de Salvador.

METODOLOGIA

O presente trabalho teve como percurso metodológico a PCA. Elaborada por docentes do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, a PCA é uma proposta de pesquisa que busca a produção científica a partir dos problemas que o pesquisador identifica na prática profissional. Nesse contexto, o pesquisador proporciona produção e construção de um novo conhecimento e a inovação das práticas assistenciais (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

A elaboração da “Cartilha de recomendação aos serviços primários para implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PICS” surgiu pela inquietação de uma médica de família e comunidade ao observar a dificuldade dos profissionais em acolher e possibilitar ferramentas geradoras de cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico. O

trabalho cotidiano na atenção primária à saúde evidenciou que as abordagens nos serviços básicos ainda são medicalizantes e não privilegiam a saúde integral dos sujeitos.

O desenvolvimento do estudo foi no município de Camaçari-Ba nas seis USF da região de saúde, 04 e 05, que ofertam PICS e que são cenário campo de prática do Programa de Residências Integradas (Médica e Multiprofissional) de Saúde da Família e Comunidade da FESF-SUS/Fiocruz.

Os participantes selecionados para o estudo foram: representantes dos trabalhadores e usuários do município de Camaçari-Ba. Foram selecionados: 01 representante de ACS e dos 01 dos usuários de cada unidade; 01 representante preceptor do NASF e 01 representante preceptor da residência médica e multiprofissional em saúde da família da FESF-SUS/Fiocruz de cada USF selecionada para o estudo, totalizando 07 representantes da preceptoria.

Os critérios de seleção para os trabalhadores e ACS foram, preferencialmente, aqueles que tinham inserção em PICS. Em relação ao usuário, foi identificado aquele que apresenta algum sofrimento psíquico e que acessou por demanda espontânea ou programada as PICS nas unidades selecionadas para estudo.

Em relação à coleta de dados, o contexto de pandemia decretado em março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS; OPAS, 2020) modificou a rotina e o cotidiano da população. Nesse contexto, medidas de distanciamento e isolamento social foram recomendadas (CAMAÇARI, 2020), implicando também no processo de trabalho dos serviços primários. Diante desse cenário, os dados do presente trabalho foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas de forma presencial, respeitando as recomendações do Ministério da Saúde, e por meio de plataformas online Google Meet, utilizou-se também as ferramentas do WhatsApp e e-mail.

Após a realização das entrevistas, os dados foram analisados pela pesquisadora por meio da técnica de análise temática. Posteriormente a categorização e análise dos dados, foi estruturado recomendações aos serviços primários na perspectiva dos participantes da pesquisa para a ordenação do cuidado em saúde mental, considerando a abordagem das PICS. As recomendações foram baseadas nas principais categorias temáticas encontradas nas entrevistas realizadas.

Após análise e categorização das entrevistas, realizou-se um grupo convergente com a participação de quatro preceptoras, médicas e uma odontóloga da residência médica e

multiprofissional. Convidou-se todos os entrevistados via Whatsapp e e-mail, entretanto, devido às questões de conectividade e disponibilidade, só compareceram quatro profissionais, dos serviços palcos deste estudo.

O encontro ocorreu por meio de uma plataforma online, google meet, e teve duração média de duas horas. O desenvolvimento do grupo foi em quatro etapas. A primeira e segunda etapa ocorreram com a apresentação do trabalho e objetivo do grupo convergente assistencial, seguido da apresentação dos participantes e compartilhamento das experiências prévias individuais com PICS no cuidado em saúde mental.

Esse momento teve o intuito de alcançar uma coesão do grupo e um diálogo mais participativo por meio da identificação entre os participantes pelas experiências em comum relacionadas ao objetivo do encontro (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). O terceiro momento buscou o compartilhamento das experiências, e a construção coletiva da cartilha de recomendação aos serviços primários para implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PICS. Para a construção dessa cartilha, apresentou-se uma síntese dos resultados encontrados aos participantes, sendo esses discutidos coletivamente. Após consideração e validação desses dados, definiu-se a estrutura e o conteúdo da cartilha, no intuito de garantir a construção coletiva do material. O último momento do grupo convergente ocorreu com a validação da síntese do trabalho construído e avaliação do espaço. Pactuamos que após a estruturação e formatação do produto, a cartilha de recomendação seria enviada por e-mail ou Whatsapp, e as participantes iriam avaliar e validar (ou não) a cartilha, podendo também sugerir mudanças.

Após retorno por meios eletrônicos de todas as participantes do grupo, finalizou-se a “Cartilha de recomendação aos serviços primários para implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PICS”.

O projeto de pesquisa respeitou os princípios de autonomia e dignidade dos participantes previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que apresenta diretrizes e normas regulamentadoras para realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi respeitado também os princípios da Resolução nº 510/2016 que define as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. O projeto de dissertação de mestrado foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, número do Parecer: 4.303.708.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conteúdo da Cartilha reflete as experiências acumuladas nos serviços estudados utilizando as PICS no cuidado em saúde mental e destacam-se os seguintes pontos abordados no material: (1) Por que implementar nos serviços primários? (2) Quais atores devemos envolver? (3) Sugestão de implementação nos serviços primários (4) Como minimizar as barreiras de acesso encontradas nos serviços? (5) Modelo de cuidado em saúde mental com abordagem das PICS nos serviços primários. A construção da Cartilha teve como objetivo auxiliar os serviços primários na implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PICS a partir das experiências dos participantes do estudo.

1. POR QUE IMPLEMENTAR NOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS?

As experiências vivenciadas pelos serviços primários estudados evidenciaram os seguintes benefícios ao utilizar as PICS no cuidado em saúde mental:

- Fortalecimento do vínculo usuário-profissional;
- Benefício terapêutico individual e coletivo;
- Compreensão ampliada do processo saúde-doença;
- Desenvolvimento de autonomia do autocuidado dos usuários.
- Baixo custo para se implementar nos serviços e para se ter um benefício terapêutico

Os profissionais e usuários destacaram o maior acúmulo de experiências relacionadas a auriculoterapia, entretanto, outras práticas também evidenciaram os benefícios terapêuticos relatados como o reiki, *ThetaHealing*, lian gong, fitoterapia, meditação, terapia com dança e música, práticas da racionalidade chinesa e ayurveda e saberes e/ou práticas tradicionais.

Os participantes da pesquisa evidenciaram o benefício terapêutico nas condições relacionadas a sintomas ansiosos, psicóticos, depressivos e distúrbios do sono. Além dos fatores biológicos, questões referentes ao lidar com a vida, como fatores sociais e subjetivos foram encontradas nas experiências dos serviços. Destacam-se a melhora da qualidade de vida e das relações interpessoais/familiares, maior facilidade em lidar com conflitos familiares e promoção do autoconhecimento e autocuidado.

As experiências relatadas orientam que o uso das PICS tem benefício de forma exclusiva ou complementar no cuidado em saúde mental. Destacaram também experiências acumuladas no uso para o cuidado continuado e para o atendimento em crise (ex.: crise de ansiedade, luto recente, pensamentos suicidas).

2. QUAIS ATORES DEVEM ENVOLVER?

Todos os atores da USF/UBS podem estar envolvidos, ou seja, equipe mínima, NASF, ACS, funcionários administrativos e, inclusive, a própria comunidade. Deve-se envolver o maior número de profissionais para a garantia do cuidado continuado, especialmente em unidades que são campo de prática de residências médica e/ou multiprofissional. Destaca-se a importância do papel dos ACS como incentivadores e divulgadores desse processo de inserção das PICS na comunidade.

3. SUGESTÃO DE IMPLEMENTAÇÃO NOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS

Para a implementação nos serviços, sugere-se que o primeiro passo seja a realização de um matriciamento com um intuito de proporcionar uma sensibilização do cuidado da saúde mental por meio das PICS. Esse matriciamento pode ser nos espaços de educação permanente nas unidades ou nos turnos pedagógicos e nos atendimentos compartilhados, no contexto de unidade campo de prática de residências médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade. Juntamente a sensibilização e contextualização das PICS, sugere-se o mapeamento dessas práticas no território – trabalhadores e usuários – ficando atento para práticas tradicionais e os saberes populares como benzimento, práticas da cultura indígena e africana que contemplam as PICS e são ofertas de cuidado aos sujeitos.

Após sensibilização e mapeamento no território, o espaço do colegiado gestor foi sugerido para se discutir como implementar nos serviços, considerando a realidade local e as ofertas da unidade. Deve-se pensar em como inserir as PICS em cada oferta da unidade e buscar exemplificar e contextualizar com a realidade local.

O terceiro passo é levar a proposta para reunião de unidade e discutir com toda a equipe. A devolutiva para a comunidade é de extrema importância para a inserção da PICS no cuidado em saúde mental. Considerando o contexto pandêmico, sugere-se um diálogo inicial com os líderes comunitários e, posteriormente, considerando as recomendações e cuidados para se evitar contaminação do COVID-19, reuniões com a comunidade para se discutir sobre a inserção da PICS no cuidado em saúde mental e para incentivar a participação da própria comunidade. Sugere-se que esse espaço seja de troca de saberes, cuidados e práticas entre a comunidade e os trabalhadores.

A inserção das PICS deve ser uma rotina dos serviços, garantido no cardápio de ofertas da unidade e não restrito a somente um grupo, ficando atento à flexibilização da agenda, considerando o dinamismo de uma unidade de saúde da família/unidade básica de saúde. Sugere-se um diálogo com gestores municipais para proporcionar o matriciamento dos

profissionais, possibilitando assim uma garantia dessas práticas nos serviços. A oferta nas consultas individuais e coletivas, acolhimento e por meio das tecnologias de informação e comunicação (TIC) devem ser uma rotina. Os profissionais devem ser orientados a como realizar o registro de produtividade no E-sus.

4. COMO MINIMIZAR AS BARREIRAS DE ACESSO ENCONTRADAS NOS SERVIÇOS?

O estabelecimento de um fluxo adequado, em que o atendimento em grupo não seja a única opção nos serviços, e uma maior oferta na agenda de trabalho, configura-se como uma estratégia para minimizar as barreiras de acesso.

A garantia de outros espaços na agenda – oferta consulta individual, nos espaços de acolhimento, atividades coletivas e TIC – irá minimizar a barreira de acesso gerada pelos grupos fechados. A ampliação da oferta e o envolvimento de todos os profissionais da unidade também irão minimizar o efeito do modelo de cuidado biomédico e do estigma sofrido pelos usuários de saúde mental. O matriciamento, além da sensibilização e de proporcionar o conhecimento dessas práticas, possibilitará um maior número de profissionais envolvidos e que possam oferecer as PICS, facilitando o acesso.

A divulgação por meio das TICs (grupos de WhatsApp, e-mail, Instagram e Facebook), sala de espera e pelo ACS são importantes para fortalecer a inserção das PICS nos serviços primários.

O uso das TICs possibilita a ampliação do acesso e pode ser utilizada para oferta de cuidado em saúde mental (ex.: meditação guiada, uso da fitoterapia)

5. MODELO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL COM ABORDAGEM DAS PICS NOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS

O modelo de cuidado em saúde mental utilizando a abordagem das PICS nas diversas ofertas de uma USF/UBS construído é representado pela figura abaixo:

Figura 01: Modelo de cuidado em saúde mental utilizando a abordagem das PICS



Elaborado pelas autoras.

Os cuidados prestados às pessoas que sofrem devem proporcionar mudanças que possam qualificar as condições e modos de vida, com intuito de produzir saúde (BRASIL, 2013a), tendo como característica uma rede de cuidado com base comunitária, multiprofissional e resolutiva (PITTA, GULJOR, 2019). Os serviços de saúde devem desenvolver diferentes tecnologias de cuidado voltados para as singularidades dos sujeitos e alinhados com os determinantes sociais de saúde (AMARANTE, NUNES, 2018; SAMPAIO, BISPO JÚNIOR, 2021). Na APS, as intervenções em saúde mental são construídas no cotidiano por meio do encontro entre usuários e profissionais e reflete as ações próprias do processo de trabalho das equipes e as singularidades do território (BRASIL, 2013a). No contexto das USF campo de prática de uma residência médica e multiprofissional em saúde da família, os profissionais e usuários sugeriram que o cuidado ofertado para as pessoas em sofrimento psíquico com abordagem em PICS deve ter como base as estratégias que promovam cuidado integral aos sujeitos do território como ações e grupos coletivos (a exemplo da abordagem com auriculoterapia, meditação, lian gong), e a valorização dos cuidados e saberes tradicionais (plantas medicinais do território, benzimento, práticas da cultura africana e indígena). Considerando a oferta singular sugerida, o plano terapêutico individual pode incluir grupos e atividades coletivas com as abordagens listadas, atividades individuais (a exemplo da auriculoterapia, reiki, *ThetaHealing*) e/ou visitas domiciliares com a oferta das PICS.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode significar uma estratégia que singulariza a oferta de cuidado levando em conta as necessidades, desejos, crenças e contexto social do indivíduo, e tem como objetivo a construção horizontal de um plano terapêutico ao sujeito ou

ao coletivo a que se destina. O PTS busca o desenvolvimento da autonomia, maior inserção social, a articulação e o acionamento da rede apoio da pessoa, tendo como base os objetivos e as metas que se pretende intervir. O PTS deve ser priorizado para os casos mais complexos no contexto da atenção básica, ofertando intervenções nas diferentes dimensões que podem estar afetadas (biológica, psicológica e social) e deve ter o sujeito como o centro do cuidado (BRASIL, 2013a). Considerando a oferta singular sugerida, o plano terapêutico individual pode incluir grupos e atividades coletivas com as abordagens citadas, atividades individuais (a exemplo da auriculoterapia, reiki, *ThetaHealing*) e/ou visitas domiciliares com a oferta das PICS, buscando ações singulares e voltadas para as necessidades dos sujeitos.

O acolhimento nos serviços de saúde deve estar presente em todas as relações de cuidado e deve significar uma atitude que garante reconhecer e atender as necessidades dos sujeitos, ficando-se atento às singulares, o modo de se relacionar e estar na vida dessas pessoas (BRASIL, 2010b, 2013b). A pessoa que acolhe deve proporcionar estratégias que contribuam para produção de saúde e novos sentidos do modo de viver, com a busca da resolução da demanda trazida pelo usuário, sem protocolos rígidos e sem um profissional específico para acolher as pessoas que sofrem mentalmente (ANTONACCI, 2015; DO AMARAL GIORDANI, 2019). Nesse contexto, a oferta de PICS pelos profissionais das USF/UBS ao acolher um usuário em sofrimento psíquico pode significar mais uma tecnologia produtora de saúde, devendo ser transversal nas ofertas desses serviços e uma postura ética dos profissionais. Nesse sentido, o uso das PICS no contexto do acolhimento é convergente com o eixo ético das boas práticas em saúde mental comunitária segundo Thornicroft e Tansella (2010) e tende a consolidar a atenção psicossocial na APS.

O modelo de cuidado em saúde mental utilizando a abordagem das PICS sugerido pode proporcionar novos sentidos do modo de viver, produzindo saúde e ampliando a oferta de cuidado na APS. Conclui-se que o modelo de cuidado construído considera as singularidades dos sujeitos e são alinhadas com as características e necessidades dos territórios, convergindo, portanto, com a ética da atenção psicossocial e da integralidade do cuidado, podendo-se sugerir a adoção desse modelo em outros espaços de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências relatadas e vivenciadas pelos profissionais e usuários demonstraram que a oferta de PICS nas USF/UBS pode facilitar o acesso, considerando as singularidades e os desejos dos sujeitos e tem efeito terapêutico, sendo, portanto, uma estratégia potente no contexto da atenção primária para o cuidado em saúde mental. O modelo de cuidado em saúde mental com abordagem em PICS sugerido possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e pode proporcionar serviços mais flexíveis, acessíveis e específicos para as necessidades dos usuários em sofrimento psíquico.

Nessa perspectiva, a legitimação das PICS como oferta de cuidado em saúde mental de forma institucional nos serviços primários e não como oferta facultativa possibilitará a garantia de um cuidado integral, além da ampliação e pluralização do cuidado em saúde mental no contexto da atenção básica, sendo possível ser adotado por outros espaços e instituições de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
2. ANTONACCI, Milena Hohmann. Avaliação de boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
3. BONON, Michele Mazzocato. Saúde mental: possibilidades de interação com as racionalidades médicas e as práticas integrativas e complementares em saúde. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2013. 145 p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 44 p.
5. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental. 2013a.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 28. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 56 p.
7. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2015.
8. CAMAÇARI. DECRETO Nº 7315/2020 DE 20 DE MARÇO DE 2020. Declara situação de emergência no Município de Camaçari/Ba, estabelece medidas

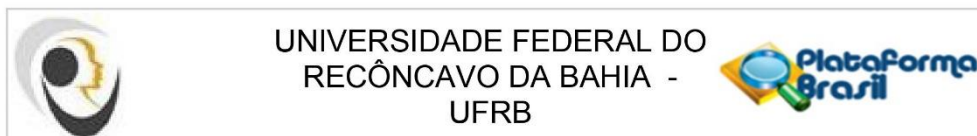
complementares de prevenção e enfrentamento à pandemia decorrente do COVID-19 e dá outras providências. Ano XVII Nº 1377, p 02 de 03, 2020.

9. DO AMARAL GIORDANI, Jessye Melgarejo et al. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. Revista de APS. 2019.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 849, de 27 de março 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. 2017.
11. MURICY, A. L.; CORTES, H. M. . Práticas integrativas e complementares como boas práticas em saúde mental. In: Paula Hayasi Pinho; Helena Moraes Cortes; Dóris Firmino Rabelo; Ana Lúcia Moreno Amor. (Org.). (Org.). Saúde da família em terras baianas. 1ed.Cruz das Almas: EDUFRB, 2020, v. 1, p. 161-180
12. OMS, OPAS. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. 2020. Disponível em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812>
13. PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades, n. 246, p. 6-14, 2019.
14. RAVINDRAN, Arun V. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5. Complementary and alternative medicine treatments. The Canadian Journal of Psychiatry, v. 61, n. 9, p. 576-587, 2016.
15. SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. Trab. educ. saúde, p. e00313145-e00313145, 2021.
16. TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. Saúde e Sociedade, v. 21, p. 336-350, 2012.
17. TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde em Debate, v. 42, p. 174-188, 2018.
18. THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária. Editora Manole, 2010.
19. TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lúgia; SILVA, D. M. G. V. Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre. Editora Moriá. 2014.
20. TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de

enfermagem. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 26, n. 4, 2017.

21. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. 2013.

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: A EXPERIÊNCIA DA ABORDAGEM DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO ORDENADORA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR-BA

Pesquisador: Andrezza Lima Muricy

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 34856620.1.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

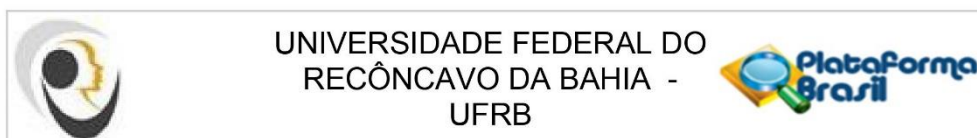
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.303.708

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora, “O modelo de atenção psicossocial, defendido pela reforma psiquiátrica, luta pela qualificação do cuidado com o intuito de promover a reinserção social, o desenvolvimento de autonomia e a consolidação do cuidado integral às pessoas que sofrem mentalmente. Neste contexto, destacam-se práticas terapêuticas não convencionais - as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) - que possibilitam o cuidado integral em saúde mental e podem se configurar como boas práticas em saúde mental no território. Considerando a necessidade de se consolidar o discurso e a prática de uma atenção psicossocial centrada nas necessidades do sujeito em sofrimento psíquico, o projeto de dissertação de mestrado tem como objetivo ordenar o cuidado em saúde mental na perspectiva das PICS nos serviços primários em saúde. O presente trabalho utilizará o referencial teórico de Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária concebido por Thornicroft e Tansella (2010) e a proposta metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Diante do cenário de pandemia COVID-19, os dados do presente trabalho serão obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas de forma online via Skype, preferencialmente, caso não for possível, poderão ser utilizadas outras plataformas digitais como WhatsApp vídeo, Hangout, ZOOM com usuários e trabalhadores selecionados para o estudo. Posteriormente a categorização e análise dos dados, será elaborado uma carta de recomendações

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.303.708

aos serviços primários na perspectiva dos participantes da pesquisa para a ordenação do cuidado em saúde mental, considerando a abordagem das PICS. Após a conclusão do trabalho, espera-se ordenação do processo de trabalho nos serviços primários participantes do estudo no município de Camaçari-Ba."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Ordenar o cuidado em saúde mental considerando a abordagem das práticas integrativas e complementares em saúde nos serviços primários em um município da região metropolitana de Salvador-Ba."

Objetivo Secundário:

"Analisar as experiências das PICS como estratégia de cuidado pelos usuários de saúde mental. Identificar as barreiras de acesso enfrentadas pelo usuário de saúde mental ao buscar as PICS. Identificar as facilidades, pactos e fluxos estruturados pelos serviços que facilitem o acesso e possibilitem um cuidado integral. Construir uma carta de recomendação aos serviços primários considerando a abordagem das PICS no cuidado em saúde mental, tendo a perspectiva dos usuários e trabalhadores como base dessa construção no município de Camaçari-Ba."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Os riscos do estudo poderão ser decorrentes de sentimentos e sensações que recordem momentos pouco agradáveis como a não possibilidade de participar de alguma atividade grupal considerando o contexto pandêmico pelo COVID-19. O participante terá liberdade de não se expressar ou interromper a entrevista a qualquer momento, em caso de desconforto ou quando solicitar. Não haverá qualquer tipo de malefício para os que não participarão. Para preservar a identidade dos participantes, as informações coletadas e as citações utilizadas serão referenciadas com siglas ou números aleatórios.

Benefícios:

As informações coletadas serão utilizadas na dissertação de Mestrado e serão subsídio para a reformulação da assistência aos usuários em sofrimento psíquico que utilizam ou não as PICS no contexto da APS. Evidenciando-se as potencialidades das PICS, espera-se a ordenação do processo de trabalho nos serviços primários por meio das experiências e reflexões dos usuários e

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710	CEP: 44.380-000
Bairro: Centro	
UF: BA	Município: CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850	Fax: (75)3621-9767
	E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.303.708

trabalhadores, além da ampliação do acesso e consolidação do cuidado integral as pessoas em sofrimento psíquico.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, exequível e tem uma proposta metodológica de acordo com os objetivos da mesma. Poderá contribuir para melhor conhecimento das potencialidades das PICS e a ordenação do processo de trabalho nos serviços primários de saúde. Por consequência, pode trazer melhorias nos cuidados das pessoas em sofrimento psíquico, justificando-se sua realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos de apresentação obrigatória ao presente projeto constam nos arquivos enviados para apreciação, conforme exigido pela Resolução 466/2012.

- a)Carta de anuência da Fundação Estatal Saúde da Família FESF-SUS Programas Integrados de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS, assinada por chefe/coordenador do serviço Grace Rosa;
- b)Carta de anuência da Diretoria de Planejamento Avaliação e Monitoramento do SUS da Secretaria de Saúde do Município de Camaçari/BA assinada e carimbada pela Diretora do Departamento de Planejamento, Avaliação e Monitoramento do SUS Tamy Siraisi Fonseca;
- c)Cronograma atualizado com coleta de dados a partir de outubro de 2020;
- d)Ofício resposta com esclarecimentos às dúvidas do CEP;
- e)Folha de Rosto assinada pelo Reitor da UFRB Fábio Josué Souza dos Santos;
- f)Orçamento;
- g)Projeto completo;
- h)TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado para execução.

Diante do atendimento das pendências, o projeto encontra-se aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/2012.

A senhora deverá enviar a este CEP relatórios parciais caso pertinente e um relatório final após a conclusão da pesquisa.

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.303.708

Bom trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa. O CEP/UFRB deseja sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e aguardará o recebimento do referido relatório no prazo pertinente.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1529982.pdf	09/09/2020 13:18:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_modificado2.docx	09/09/2020 12:50:18	Andrezza Lima Muricy	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	09/09/2020 12:50:08	Andrezza Lima Muricy	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado.docx	09/09/2020 12:49:51	Andrezza Lima Muricy	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto2.pdf	09/09/2020 12:48:41	Andrezza Lima Muricy	Aceito
Outros	Oficio_resposta.docx	09/08/2020 17:42:48	Andrezza Lima Muricy	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	14/06/2020 16:42:41	Andrezza Lima Muricy	Aceito
Outros	Anuencia_municipio.pdf	12/06/2020 14:46:00	Andrezza Lima Muricy	Aceito
Declaração de concordância	Anuencia_fesf.pdf	12/06/2020 14:44:06	Andrezza Lima Muricy	Aceito

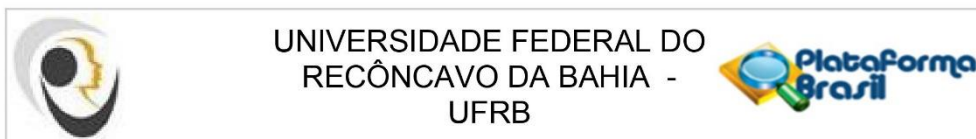
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
 Bairro: Centro CEP: 44.380-000
 UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS
 Telefone: (75)3621-6850 Fax: (75)3621-9767 E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.303.708

CRUZ DAS ALMAS, 28 de Setembro de 2020

Assinado por:
Carolina Yamamoto Santos Martins
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br

ANEXO B – Carta de anuência para realização de pesquisa.

CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

À Fundação Estatal Saúde da Família FESF-SUS
Programas Integrados de Residência em Medicina de Família e Comunidade e
Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada “Boas práticas em saúde mental comunitária: a experiência da abordagem das práticas integrativas e complementares como ordenadora do cuidado em saúde mental em um município da região metropolitana de Salvador-ba” a ser realizada com profissionais e usuários das unidades de saúde da família da região de saúde, 04 e 05.

O trabalho será desenvolvido por Andrezza Lima Muricy, discente do mestrado profissional PROFSAÚDE, sob orientação da Profa. Dra. Helena Moraes Cortes. O trabalho tem como objetivo ordenar o cuidado em saúde mental considerando a abordagem das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos serviços primários para promover mudanças no contexto da prática assistencial. A pesquisa utilizará a proposta metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e a estratégia de coleta de dados será por entrevistas remotas. Considerando o contexto de pandemia pelo novo coronavírus, COVID-19, serão realizadas entrevistas semiestruturadas de forma online (Skype, Whatsapp vídeo, Google Meet, ZOOM entre outros recursos digitais) com os Preceptores do Programa de Residência Médica e Multiprofissional – sendo 06 da equipe mínima e 01 do NASF, além de ACS e Usuários, das USF da região de saúde 04 e 05.

Ao mesmo tempo, solicitamos a autorização para que os nomes dos serviços e do programa possam constar no relatório final, bem como em publicações futuras, sob a forma de artigo científico. Asseguramos que os dados coletados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo e mantidos em sigilo absoluto, conforme determina o item III.2 “i” da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho deste Programas Integrados de Residência, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

(X) Concordo com a solicitação () Não concordo com a solicitação
Salvador-Ba, __08__ / __06__ / 2020



Chefe/Coordenador (a) do Serviço

Profa. Dra. Helena Moraes Cortes
(75) 992373153
helena@ufrb.edu.br / helenamoraescortes@gmail.com

Contato da discente:

ANEXO C – Carta de anuência.**CARTA DE ANUÊNCIA**

A diretoria de Planejamento Avaliação e Monitoramento do SUS da Secretaria de Saúde do município de Camaçari-BA declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulada: “Boas práticas em saúde mental comunitária: a experiência da abordagem das práticas integrativas e complementares como ordenadora do cuidado em saúde mental em um município da região metropolitana de Salvador-ba” a ser realizada com profissionais das unidades de saúde da família da região de saúde, 04 e 05, e representantes dos usuários.

O trabalho será desenvolvido por Andrezza Lima Muricy, discente do mestrado profissional PROFSAÚDE, sob orientação da Profa. Dra. Helena Moraes Cortes. O trabalho tem como objetivo ordenar o cuidado em saúde mental considerando a abordagem das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos serviços primários para promover mudanças no contexto da prática assistencial. A pesquisa utilizará a proposta metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e a estratégia de coleta de dados será por entrevistas remotas. Considerando o contexto de pandemia pelo novo coronavírus, COVID-19, serão realizadas entrevistas semiestruturadas online (Skype, preferencialmente, ou porWhatsapp vídeo, googlemeet, ZOOM entre outros recursos digitais) com os Preceptores do Programa de Residência Médica e Multiprofissional – sendo 06 da equipe mínima e 01 do NASF, além de ACS e Usuários das USF da região de saúde 04 e 05.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição Proponente, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento. Fica autorizada a divulgação dos nomes dos serviços de saúde em relatórios e publicações futuras.





Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nas Unidades de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em pesquisa.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e equipe de saúde das unidades onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma

Camaçari, 16 de julho de 2020.



Tamy Siraisi Fonseca

Diretora do Departamento de Planejamento,
Avaliação e Monitoramento do SUS

PREFEITURA DE CAMAÇARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Tamy Siraisi Fonseca
Diretora do Dptº de Planejamento,
Monitoramento e Avaliação do SUS