

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – DEN
FACULDADE DE ENFERMAGEM – FAEN
CURSO DE ENFERMAGEM

ANDRIELLY KELLY LOCIO DA SILVA

**A CONTRIBUIÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
SAÚDE LABORAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

MOSSORÓ
2019

ANDRIELLY KELLY LOCIO DA SILVA

**A CONTRIBUIÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
SAÚDE LABORAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

Monografia apresentada à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN - como requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharela e Licenciada em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson.

MOSSORÓ
2019

Catálogo da Publicação na Fonte.
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

S586c Silva, Andrielly Kelly Locio da
A CONTRIBUIÇÃO DAS PRATICAS INTEGRATIVAS
E COMPLEMENTARES NA SAÚDE LABORAL DO
PROFISSIONAL DA SAÚDE. / Andrielly Kelly Locio da
Silva. - Mossoró, 2019.
39p.

Orientador(a): Profa. Dra. Isabel Cristina Amaral de
Sousa Rosso Nelson.

Monografia (Graduação em Enfermagem).
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

1. Práticas integrativas e complementares. 2. Saúde
do trabalhador. 3. Síndrome de Burnout. 4. Ambientes de
trabalho. I. Nelson, Isabel Cristina Amaral de Sousa
Rosso. II. Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte. III. Título.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL:	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	13
3 METODOLOGIA	13
3.1 TIPO DE ESTUDO:	13
4 REFERENCIAL TEÓRICO	13
4.1 O CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE DO TRABALHADOR	13
4.2 A CONTRIBUIÇÃO DAS PICS NA SAÚDE LABORAL DO PROFISSIONAL DA SAUDE	17
4.3 O PROFISSIONAL DE SAÚDE E A SÍNDROME DE BURNOUT	24
4.4 AMBIENTES DE TRABALHO SAUDÁVEIS	27
5 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36

ANDRIELLY KELLY LOCIO DA SILVA

**A CONTRIBUIÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES NA
SAÚDE LABORAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

Monografia apresentada à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN - como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharela e Licenciada em Enfermagem.

Aprovado em ___/___/_____.

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

Prof^a. Dra. Lucineire Lopes de Oliveira
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

Prof^a. Me. Amélia Carolina Lopes Fernandes
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

*Aos meus Pais, minha filha, minhas
sobrinhas e meu marido.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, pelo dom da vida, por todas as bênçãos, ganhos, perdas, cuidado, proteção e força principalmente durante todo este processo, tornando-se meu maior alicerce.

Aos meus pais, Lúcia e Adonias, por toda dedicação e esforço para que eu chegasse até este dia. Por me amarem incondicionalmente, me motivarem, todos os ensinamentos, por se fazerem presentes em todos os momentos da minha vida e nunca desistirem de mim.

Ao meu marido Israel Martins por todo companheirismo, por acreditar em mim, me apoiar, incentivar, me acolher e amar de forma tão sincera. E acima de tudo, por junto a Deus ser o responsável a me fazer sentir o maior amor do mundo, que se resume em ser Mãe da nossa filha Maria Liz.

À minha irmã Anielly por ter me tornado tia de três lindas meninas Alice, Giullya e Aysla, as quais amo e me presenteiam com o amor em sua maior pureza.

Aos meus Avós maternos, Maria e Antônio por cuidarem de mim com tanto amor e serem exemplos de força. E minha avó paterna, Maria (in memoria) que se foi antes que eu pudesse lembrar-se de como ela era, mas que sinto sua presença junto a mim sempre.

Aos meus familiares, que participaram comigo na busca da realização deste sonho. Em especial, aqueles “in memoria” que serão para sempre presentes em minha vida.

Agradeço a minha amiga Raquel pela amizade, por fazer e me acompanhar nas consultas de pré-natal (risos) e por todo apoio de sempre.

À banca examinadora participante desta pesquisa, em especial a minha querida orientadora Isabel Amaral, por toda paciência, dedicação e competência. Tornando assim possível a conclusão deste trabalho.

E por fim, todos que de alguma forma contribuíram, pois se hoje comemoro uma conquista, esta se deve também àqueles que estiveram ao meu lado em todos os momentos. Gratidão!

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.
Carl Jung

RESUMO

Os trabalhadores da saúde ocupam um espaço importante na sociedade, em várias dimensões como a biológica, psicológica, social e cultural, possibilitando assim a construção da atenção integral, por meio da articulação multiprofissional atendendo demandas individuais bem como as coletivas. No entanto, diante das inúmeras demandas e condições de trabalho acabam por constituírem um grupo vulnerável referente as medidas de proteção a sua própria saúde, acarretando com frequência o adoecimento desses profissionais. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio do Programa de Medicina Tradicional vem estimulando e integrando o uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como forma de promoção a saúde, prevenção de doenças e agravos e por muitas vezes tratamento complementar. Portanto, torna-se fundamental o conhecimento aprofundado a partir de resgates históricos, os principais acontecimentos que embasam a evolução na Saúde do Trabalhador e das PICS. Este estudo, por ser uma revisão bibliográfica, tem como objetivo identificar, as contribuições da utilização das Práticas Integrativas e Complementares na saúde do trabalhador da saúde. Foi realizado um levantamento bibliográfico do período de 1978 a 2018 nas bases de dados Literatura Latino-Americana de Ciências de Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDenf), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Documentos e Portarias do Ministério da Saúde. Foram utilizadas como palavras chaves as Práticas integrativas e complementares; Saúde do trabalhador; Síndrome de Burnout e Ambientes de trabalho. De acordo com a OMS, as doenças ocupacionais já são um dos maiores desafios enfrentados pela saúde do trabalhador e as PICS auxiliam na promoção e recuperação da saúde bem como na prevenção de doenças e agravos repercutindo não apenas na saúde do trabalhador mas também na do paciente diante de uma atenção profissional levando a um cuidado mais humanescente.

Palavras-chave: Práticas integrativas e complementares; Saúde do trabalhador; Síndrome de Burnout e Ambientes de trabalho.

ABSTRACT

Health workers occupy an important space in society, as they assist individuals and their communities. However, they end up being a vulnerable group due to work overload and lack of health protection measures, which results in the illness of these professionals. The World Health Organization (WHO), through the Traditional Medicine Program has been encouraging and integrating the use of Integrative and Complementary Practices (PICS), as a form of prevention and complementary treatment. Therefore, it is essential to know in more depth from historical rescues, the main events that underlie the evolution in Occupational Health and PICS. This study, as a literature review, aims to identify, based on scientific evidence, the contributions of the use of Integrative and Complementary Practices in the health of the health worker. A bibliographic survey was conducted from 1997 to 2018 in the databases Latin American Literature of Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDEnf), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Documents and Ordinances of the Ministry of Health. Health. The integrative and complementary practices were used as descriptors; Worker's health; Burnout Syndrome and Work Environments. According to WHO, occupational diseases are already one of the biggest challenges facing occupational health and PICS are proven, through scientific studies, to help prevent and recover health. What is believed in the need to invest in the educational process, especially through the development of research and qualification of professionals, generating health promotion and prevention measures.

Keywords: Integrative and complementary practices; Worker's health; Burnout Syndrome and Work Environments.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimula, desde o final da década de 70, a implantação da chamada Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa nos Sistemas de Saúde (OMS, 2002). Lançando bem mais tarde, a partir dos anos 2000, documentos e resoluções com orientações que visam incluir estruturação de uma política, qualidade e eficácia. Como também a ampliação do acesso vinculado ao uso racional.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) utilizam recursos terapêuticos com base em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir e auxiliar no tratamento de diversas doenças físicas e mentais, tais como depressão e hipertensão. Em alguns casos, também podem ser usadas como tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas (BRASIL, 2017). A OMS utiliza o termo Medicina Tradicional para se referir às práticas médicas originárias da cultura de cada país, como por exemplo, a medicina tradicional chinesa e a medicina indígena (OMS, 2002).

Para a OMS, nos países onde o sistema de saúde realiza ações com base na biomedicina, a Medicina Tradicional é classificada como Medicinas Tradicionais/Complementares e Alternativas (OMS, 2003). Ou seja, um conjunto diversificado de ações terapêuticas que difere da biomedicina ocidental, que incluem práticas manuais e espirituais, com ervas e minerais, sem uso de medicamentos (acupuntura, reiki, florais, quiropraxia) e atividades corporais (tai chi chuan, yoga) (BRASIL, 2010).

Sabe-se, desde muito tempo que trabalho é fundamental para a vida humana, no processo de condições necessárias a sobrevivência, e esse é por vezes realizado por alguém pelo qual denominamos trabalhador, este tem de estar satisfeito com o seu trabalho e fazê-lo de maneira que não seja prejudicial à própria saúde. (COSTA, C. A. 1995).

No Brasil, o sistema público de saúde vem atendendo os trabalhadores ao longo de toda sua existência. Porém, uma prática diferenciada do setor, que considere os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença, surgiu apenas no decorrer dos anos 80, passando a ser ação do Sistema Único de Saúde quando

a Constituição Brasileira de 1988, na seção que regula o Direito à Saúde, a incluiu no seu artigo 200 (BRASIL, 2002). A saúde do trabalhador visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. E sob esta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico (BRASIL, 2002).

Desta forma, torna-se relevante compreender que quando se fala de saúde em geral temos um conceito por vezes abrangente, que abarca questões como felicidade, ausência de doenças, estado de satisfação com a vida, enfim, muitas questões referentes ao status momentâneo dos seres humanos (OMS, 2003).

O interesse em discorrer sobre esta temática surgiu a partir do apreço em estudar sobre a saúde relacionada ao Trabalhador, assim como, o efeito das Práticas Integrativas e Complementares na saúde laboral. Tornando-se um tema atual, instigante e relevante, ao mesmo tempo em que é desafiador na consecução da integralidade dos cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS).

O desenvolvimento desta pesquisa trará como resultado contribuições de grande valia para a Universidade do Rio Grande do Norte (UERN), sobretudo para a Faculdade de Enfermagem (FAEN), uma vez que subsidiará discussões referentes ao tema em destaque, contribuindo com a elaboração de outros estudos científicos referentes à Saúde do Trabalhador da Saúde e as PICS.

Além disso, acredita-se que colaborará com o reconhecimento da realidade vivida pelos trabalhadores de saúde e no desenvolvimento das PICS no contexto atual, no que relaciona as potencialidades e dificuldades. Tendo em vista as dúvidas e anseios que venham ainda permear o meio profissional e a sociedade em relação a temática.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Descrever a importância das práticas integrativas e complementares na saúde laboral.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar na literatura a realização das PICS no âmbito laboral do profissional de saúde.
- Verificar quais as PICS mais utilizadas na saúde laboral.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO:

A Revisão Bibliográfica também é denominada de Revisão de literatura ou Referencial teórico. A Revisão Bibliográfica é parte de um projeto de pesquisa, que revela explicitamente o universo de contribuições científicas de autores sobre um tema específico. (SANTOS e CANDELORO, 2006, p. 43). Foram utilizadas as seguintes Base de Dados: Literatura Latino-Americana de Ciências de Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Documentos e Portarias do Ministério da Saúde. No período de Junho de 2018 a Outubro de 2019.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde é o resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso ao serviço de saúde entre outros (REVERBEL, 1996). E, assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Saúde e doença são conceitos aparentemente simples, mas, referem-se a fenômenos complexos multicausais que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. Sabendo que saúde não é ausência de doença.

Dessa forma, a doença não é um simples reflexo do processo patológico, mas são normas, valores e expectativas que se expressam em formas específicas de pensar e agir. Trabalhar é uma condição essencial do ser humano, não somente pela manutenção financeira, mas para muitos também pela dignificação da vida.

Para Marx, o trabalho seria a expressão da vida humana, por meio do qual é alterada a relação do homem com a natureza.

Através do trabalho o homem transforma a si mesmo. Mas quando existe a exploração do trabalhador, o mesmo não sente mais o prazer em trabalhar, submetendo-se a tal para garantir apenas a sua sobrevivência. A história da Saúde do Trabalhador tem seu início na antiguidade, quando se percebe, mesmo que de forma primitiva, que havia uma ligação entre o ato de trabalhar e o processo de adoecimento.

Em paralelo a medicina ocidental, surgida na Grécia com o trabalho do médico e filósofo grego Hipócrates (nascido a cerca de 460 a.C), também conhecido como o Pai da medicina, que já apontava o ambiente, a sazonalidade, o tipo de trabalho e a posição social como fatores determinantes na produção de doenças (BRASIL, 2014). Com o tempo, foram observadas relações entre tipo, locais e condições de trabalho na produção do adoecimento.

Com o surgimento da Idade Média, e a queda do Império Romano a produção se concentrou nas mãos dos artesãos e seus aprendizes, mas pouco se sabe sobre as condições de saúde. Algum tempo depois questões relacionadas à saúde do trabalhador começam a ser notadas, o médico suíço Paracelso, precursor da Medicina Integral ou Holística, descreve sobre as “doenças de mineiros” que faz referência a doenças pulmonares em mineiros da região da Boêmia e a intoxicação pelo mercúrio.

Em 1700, Bernardino Ramazzini, considerado o Pai da Medicina do Trabalho, descreveu, em seu livro titulado de “A doença dos Trabalhadores”, doenças que ocorriam em mais de cinquenta profissões. Dentre elas, estavam à doença dos mineiros, dos farmacêuticos, das parteiras e dos que trabalhavam em pé. Trazendo aspectos físicos e condições de trabalho que viam a prejudicar a saúde do trabalhador (BRASIL, 2016).

É relevante lembrar que, no campo da saúde, a Idade Média ficou marcada principalmente pelas epidemias (lepra, peste bubônica, varíola entre outras), que naturalmente atingiram os trabalhadores. Mas, as realizações sanitárias se limitavam em estabelecer quarentena, a criação de hospitais e o surgimento da assistência

social, a qual grande parte era proporcionada pela igreja, que muitas vezes associava a doença ao pecado (BRASIL, 2009). Entre meados dos Séculos XVIII e XIX, a chamada Revolução Industrial, que a partir das máquinas a vapor mecanizou os sistemas de produção, estabeleceu um novo modelo de trabalho que gerou profundas transformações e consequências.

O trabalho artesanal foi substituído por processos industriais, com produção em maior escala. As fábricas, construídas em aglomerados urbanos, levava o trabalho a ambientes fechados. O que acarretou uma importante mudança da produção rural para a urbana, com o êxodo rural e o excesso das cidades, surge problemas de saneamento e de miséria, além das péssimas condições de trabalho. Essa mudança no modelo de produção gerou um novo perfil de adoecimento e morte, incluindo os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

As fábricas do início da Revolução Industrial tinham condições precárias, com péssima iluminação, abafadas e sujas. Os salários recebidos pelos trabalhadores eram muito baixos e chegava-se a empregar até mesmo o trabalho infantil. Os trabalhadores chegavam a trabalhar até 18 horas por dia e estavam sujeitos a castigos tanta na diminuição da remuneração como físicos, dos patrões. Não havia direitos trabalhistas, quando desempregados, ficavam sem nenhum tipo de auxílio e passavam por situações de precariedade. A preocupação com a produção, a ausência do trabalhador e perdas econômicas levou à intervenção dos governos nas fábricas.

A incorporação da figura dos médicos em fábricas, surge no início do século XIX, assim como as primeiras leis de saúde pública que marcadamente abordavam a questão da saúde dos trabalhadores. Em 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS, nº 8080, artigo 6º) é conferida a direção nacional do SUS, a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador (BRASIL, 2018). No século XX, o modelo de produção é expandindo com a chamada transnacionalização da economia, tornando necessário o estabelecimento de parâmetros comuns, como regulamentação e organização do processo de trabalho, que os países produtores de bens industrializados fossem uniformes.

No Brasil, a economia inicial era composta pelo extrativismo mineral, pela plantação monocultural de cana de açúcar em latifúndios, com mão de obra

indígena, substituída pela escravidão negra. O trabalhador era um meio de produção, destituído de valor. Após a abolição da escravatura, a imigração no início do século XX e pós-guerras mundiais, o Brasil inicia sua produção industrial. E com isso, os mesmos fenômenos de urbanização, saneamento, adoecimento e morte, impactam no país.

Iniciam-se no começo do século as reivindicações para benefícios previdenciários a trabalhadores acidentados no trabalho, porém apenas com o mandato de Getúlio Vargas, na ditadura do Estado Novo, surgiu a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. Nessa fase, também houve uma ampliação e consolidação dos movimentos sindicais no Brasil. A expansão econômica traduzida em consumo propiciou impacto nos trabalhadores que ocasionou altos índices de ocorrência de acidentes, que impactavam nos resultados da produção.

Assim, o governo impôs às empresas, a contratação de profissionais especializados (médicos do trabalho, auxiliares de enfermagem ou enfermeiros do trabalho, engenheiros e técnicos de segurança), criando com isso os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMTs - dimensionados de acordo com o grau de risco e o número de trabalhadores das empresas.

Em 1978, foi criada a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho que posteriormente se transformaria no Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho -DIESAT, que teria importante papel ao subsidiar os sindicatos na discussão de assuntos ligados à saúde e trabalho, tentando superar o assistencialismo, herança do Estado Novo.

A Saúde do Trabalhador, com uma visão ampliada supera a Medicina do Trabalho clássica e Saúde Ocupacional, com uma visão interdisciplinar e com produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção que valoriza e incentiva o protagonismo dos próprios trabalhadores, considerando-os como os principais sujeitos das questões que dizem respeito à sua saúde. Em São Paulo, em 1993, por meio do Projeto de Cooperação Técnica BrasilItália, foi construída uma rede de serviços referências em Saúde do Trabalhador abrangendo todo o estado.

Posteriormente, em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela Portaria Nº 1.679 de 19 de setembro de 2002. A RENAST integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os CERESTs. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), foram criados a partir da Portaria Ministerial 1.679/2002, juntamente com as áreas técnicas de Saúde do Trabalhador, nos âmbitos estaduais e municipais de saúde, têm o papel de prover uma "retaguarda" técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS.

Uma das atividades importantes é a notificação de acidente de trabalho e/ou doença ocupacional, mediante instrumentos do setor saúde: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM; Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH; Sistema de Informações de Agravos Notificáveis – SINAN e Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Esses dados consolidados demonstram as necessidades e perfis para tomada de decisões para a Saúde do Trabalhador.

Sendo assim, sabe-se que é essencial que haja Conselhos de Saúde e que sejam os mais representativos possível, tendo em sua composição as entidades/gestores ligados à política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Secretarias de Educação, Meio Ambiente, na Saúde, Vigilâncias, CERESTs e outras áreas que tenham a ver, movimento sindical, empregadores).

4.2 A CONTRIBUIÇÃO DAS PICS NA SAÚDE LABORAL DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

No Brasil, a Saúde do Trabalhador, entendida como campo de práticas apoiadas no modelo da Saúde Pública, se disseminou mais intensamente com o Movimento da Reforma Sanitária, desenvolvendo-se mais amplamente a partir da promulgação da nova Constituição do País em 1988, e a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS (LIMA, 2013). Antes da criação do SUS, o cuidado à saúde dos trabalhadores era predominantemente assistencial. No início do século XX, cerca de metade das fábricas registradas no Estado de São Paulo dispunha de serviços médicos voltados para atividades curativas, custeados parcialmente pelos trabalhadores.

Estudos mostram que em relação à saúde, o trabalho pode ser destrutivo, benéfico, ou ambos, podendo operar de modo distinto, de acordo com o momento histórico e com a organização dos trabalhadores, e que é um importante determinante no processo saúde e doença (SANTANA, 2008). E para compreender a relação entre trabalho e saúde, é necessário basear-se na vivência do sujeito. É ele que realiza o trabalho; é dele que se exige o empenho para fazer o trabalho; ele quem analisa as condições que tem para realizá-lo; ele que sofre o desgaste físico, mental e emocional e ele que, por fim, adocece, sofre acidentes e morre (CARDOSO, 2014).

A Saúde do Trabalhador compreende a produção de conhecimento, a utilização de tecnologias e práticas de saúde, seja no plano técnico ou político, visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças, sejam de origem ocupacional ou relacionada ao trabalho. No início do século XX apareceram estudos sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), uma articulação equilibrada de várias realizações, que se aproximam ao conceito das práticas integrativas e complementares (PICS), como saúde integrada ao bem estar físico, mental, social e espiritual (OLIVEIRA, 2011).

Antes da Reforma Sanitária no Brasil há mais de duas décadas, a saúde não era considerada um direito social. Na área da saúde destacava-se o serviço privado, privilegiando quem podia pagar pelos serviços de saúde além dos trabalhadores formais, que por serem segurados pela Previdência tinham direito à saúde pública. Surgindo assim o movimento da Reforma Sanitária que foi toda a trajetória percorrida por um movimento social advindo da luta de um conjunto de fatores sociais mobilizados em busca da mudança de um modelo até então, excludente. Diante disto, aproveitou-se o período de abertura política para fortalecer os princípios democráticos e construir um modelo de atenção à saúde mais amplo e sustentável.

As Práticas Integrativas Complementares (PICS) vista como uma nova prática na medicina alternativa, está presente desde a Conferência Mundial de Alma-Ata, em 1978, realizada na URSS, onde a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou que "Saúde para Todos" seria alcançada com a incorporação de práticas da medicina popular ou tradicional nos sistemas nacionais de saúde.

A legitimação e institucionalização das práticas complementares no Brasil teve início nos anos de 1980, principalmente, após a descentralização, participação popular e crescimento da autonomia municipal, promovidos pelo SUS. Em 1985 foi então, celebrado o primeiro ato de institucionalização da Homeopatia na rede pública de saúde e desta data até a publicação da PNPIC (BRASIL, 2006). Muitos atos foram registrados como as reivindicações que nortearam o movimento apresentadas, fundamentalmente, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. O paradigma cartesiano biomédico tem prevalecido na medicina moderna, o qual aparece em menor escala em outros sistemas médicos como o da medicina tradicional e complementar (ISCHKANIAN, 2012).

Formas simplificadas e não invasivas, consumo de medicamentos oriundos de produtos naturais e uma proposta ativa de promoção da saúde fazem parte desses sistemas terapêuticos e práticas de medicação e cuidado, desde a segunda metade da década de 1970 (LUZ, 1996). Com isso durante este período, além do sucesso da homeopatia abrir cada vez mais espaço a uma perspectiva naturista e uma posição anti tecnológica referente à saúde, defendiam as terapêuticas provenientes da natureza sem que isso significasse apenas uma rejeição da medicina especializada e tecnificada, antinatural, invasiva e iatrogênica, mas reafirmava a presença de uma força curativa advinda do meio natural.

No entanto, um marco nesse processo foi à produção do diagnóstico nacional da oferta de práticas complementares no SUS e a criação de grupos de trabalho multiinstitucionais, para tratar da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Medicina Antroposófica e Plantas Medicinais e Fitoterapia (BARROS, 2007). A Organização Mundial de Saúde (OMS), através do Programa de Medicina Tradicional vem estimulando há vários anos o uso das Práticas Integrativas e Complementares por seus países membros. Diante disto, as ações da OMS culminaram na elaboração de um documento normativo como forma de fortalecer políticas para o uso racional e integrado das terapias não ortodoxas nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como ao desenvolvimento de estudos para pesquisar a eficácia, segurança e qualidade das PIC em saúde.

Tanto a população em geral quanto a classe médica brasileira, costumam adotar as formas de tratamento médicos não convencionais segundo a denominação

“Medicina Alternativa”. Porém, esta não seria a denominação mais adequada, pois sugere a ideia de alternância e nem sempre as terapias convencionais são substituídas, mas, sim, complementares entre si (TEIXEIRA, 2004). Já o termo medicina complementar pode ser confundido com a nomenclatura de exames auxiliares ao diagnóstico médico, denominados “exames complementares”. Assim, alguns profissionais de saúde preferem o termo “Medicina Integrativa” (BARROS, 2006).

As medicinas tradicional e complementar, além de promoverem a redução dos custos, têm se mostrado eficazes e investido na promoção da saúde e na educação em saúde, contribuindo para evitar que a doença se instale e que suas consequências sejam muito graves (ISCHKANIAN, 2012). Assim sendo, vista como uma nova cultura e promoção da saúde, instigando um diálogo mais abrangente e integral, diferente do modelo atual biologicista, o qual é voltado para as especialidades e para a fragmentação do conhecimento, e é capaz de estimular a ruptura da ciência moderna pautada nos microrganismos e no meio como determinante das doenças.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) denominou o conjunto de práticas e saberes, de Medicinas Complementares e Alternativas/Medicinas Tradicionais (MAC/MT) aqui chamados de PICS. Tais práticas visam estimular o uso de métodos naturais de prevenção e recuperação, com ênfase no desenvolvimento do vínculo terapêutico, integração do ser humano com a natureza, visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado. Pode se dizer que, as Práticas Integrativas Complementares - PICS tem como princípio básico a abordagem de atenção integral à saúde dos indivíduos, pautada no cuidado humanescente. E reserva, na sua prática, um espaço de distinção à relação com o usuário, pois seu exercício estimula a autonomia, a observação de si mesmo e de suas relações com os ambientes físicos, político, cultural e social, possibilitando a elaboração de novas atitudes.

Por parte da sociedade brasileira, também houve uma crescente legitimação da abordagem terapêutica baseada no sistema holístico. Um reflexo desse processo foi o aumento da demanda pela efetiva incorporação das PIC SUS (FILHO, 2005). E Em virtude da crescente demanda da população brasileira, por meio das Conferências Nacionais de Saúde e das recomendações OMS aos Estados

membros para formulação de políticas visando a integração de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos (também chamados de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa MT/MCA ou Práticas Integrativas e Complementares) aos Sistemas Oficiais de Saúde, além da necessidade de normatização das experiências existentes no SUS.

Em maio de 2006, o Ministério da Saúde publicou na Portaria 971 as diretrizes e responsabilidades para implantação e implementação das ações e serviços relativos às PIC em âmbito nacional. Ou seja, aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Esta portaria incentiva as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a readequarem seus planos, programas, projetos e atividades, contemplando as áreas de homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social - crenoterapia, promovendo a institucionalização destas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para o RN, consideram-se Práticas Integrativas Complementares: Medicina Tradicional Chinesa; Acupuntura; Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo; Crenoterapia; Medicina Antroposófica; Práticas Corporais Transdisciplinares; Vivências Lúdicas Integrativas.

Em 28 de junho de 2011, no Rio Grande do Norte, é publicada a portaria GS/SESAP nº 274/11 que institui a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares - PEPIC/RN. Coerente com a missão institucional e no cumprimento das diretrizes da PEPIC/RN. Em 27 de março de 2017 são inseridas mais 13 novas Práticas Integrativas no elenco das PICS no SUS, através da Portaria GM/MS Nº 849/17. Esta política, portanto, atende às diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, do Plano Estadual de Saúde, do Plano de Diretor de Regionalização, do Plano Plurianual e da Programação Pactuada Integrada do SUS no RN.

Em 27 de março de 2017 são inseridas mais 13 novas Práticas Integrativas no elenco das PICS no SUS, através da Portaria GM/MS Nº 849/17. PORTARIA Nº 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018 Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas

Integrativas e Complementares – PNPIC. Sendo no total de 29 Práticas ofertadas pelo SUS. Alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e construção dessa política como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Eventos que marcaram a trajetória da evolução das Práticas integrativas no SUS.

ANO	DESCRIÇÃO
1985	Celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemanniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde;
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada também um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil;
1988	Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) de nº 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;
1995	Instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não Convencionais, por meio da Portaria nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde;
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a "incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares";
1999	Inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999);
2000	11ª Conferência Nacional de Saúde que recomenda "incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia";
2001	1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;
2003	Constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC ou apenas MNPC) no SUS (atual PNPIC);
2003	Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;
2003	Relatório final da 12ª CNS que delibera pela efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual Práticas Integrativas e Complementares);

2004	2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde à MNPIC (atual Práticas Integrativas e Complementares) que foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa;
2005	Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas;
2007	Relatório Final da 13ª CNS que reforça a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS;
2011	Seminário para discutir proposta de Política Estadual de Práticas Integrativas Complementares no SUS do RN;
2011	88ª Reunião do Conselho Estadual de Saúde do RN onde foi apresentada a Proposta Estadual da Política Estadual de Práticas Integrativas Complementares no SUS do RN- PEPIC/RN;
2011	Parecer do Conselho Estadual de Saúde do RN de aprovação da Política Estadual de Práticas Integrativas Complementares no SUS do RN- PEPIC/RN, com atendimento das ressalvas.

Fonte: BRASIL, 2017.

Com isso, a inserção das PICS ao SUS busca contribuir no o aumento da resolubilidade do Sistema Estadual e Nacional de Saúde e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia e segurança no uso. Assim como, promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras que venham a contribuir ao desenvolvimento das diferentes instâncias Nacionais e Estaduais como a efetivação das políticas de saúde.

A OMS, no ano de 2001 apresenta um Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde no qual contem uma lista de doenças relacionadas ao trabalho, viabilizando as patologias e as suas possíveis associações a agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional. Em capítulo referente aos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho, é possível observar diversos aspectos psicossociais ocupacionais. Entre as patologias relacionadas e apresentadas estão o alcoolismo crônico, o estado de estresse pós-traumático, a neurastenia, a neurose profissional, o transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos e a síndrome de Burnout ou síndrome do esgotamento profissional na qual já retratada anteriormente.

Segundo, Salles 2008, a procura das PIC, se dá porque as pessoas procuram alternativas que aliviem as suas dores, que sejam mais baratas e com menos efeitos

colaterais, pela promoção da saúde e prevenção da doença, por ser benéfica também para o emocional e espiritual, e como ênfase pelo fato da efetividade da medicina convencional ser indeterminada ou porque os recursos tradicionais esgotaram para determinada condição patológica. Como outro fator determinante tem-se que é a procura pelo olhar holístico, que a medicina tradicional já não tem mais, uma vez que se tornou fragmentada pelas especializações. Isso pode ser constatado pela crescente busca por profissionais com formação em terapias complementares.

A literatura ainda acrescenta que a Acupuntura, Homeopatia, a Fitoterapia, Chás medicinais, Massoterapia, Yoga, Shantala e o Reiki são as PICS mais aceitas e utilizadas tanto na promoção e prevenção da saúde do trabalhador, quanto em relação à atenção à saúde da comunidade. Sendo sua aplicação influenciada pelo baixo custo, pelo fato de se acreditar que são inexistentes os efeitos colaterais, satisfação e crença da população (MENDES, 2019; TESSER, 2009; AFONSO et al, 2016; BRASIL, 2012).

Nosso corpo se equipara ao universo, constituído por partes dinamicamente independentes e inter-relacionadas; Assim sendo, com relação às doenças, a unidade não pode ser entendida pelo exame isolado das partes. O todo é maior que a soma das partes, com características e qualidades, maiores que se somadas individualmente (TROVÓ, 2008).

Bem-estar, segundo Trovó et al 2008, é o objetivo da medicina holística, proporcionar ao homem um estado de integração entre os elementos do corpo, da mente e do espírito. Dessa forma, as PIC são “técnicas que visam à assistência de saúde ao indivíduo, seja na prevenção e/ou no tratamento, considerando como um todo (corpo, mente e espírito) e não como um conjunto de órgãos ou partes isoladas.” Observamos assim, um ponto em comum entre os princípios de qualidade de vida no trabalho e os das Práticas integrativas e complementares.

4.3 O PROFISSIONAL DE SAÚDE E A SÍNDROME DE BURNOUT

Os trabalhadores da saúde ocupam uma posição chave na sociedade, pois assistem os indivíduos e suas comunidades. No entanto, eles mesmos constituem um grupo vulnerável, pois as manifestações de insatisfação e de adoecimento

convivem com as carências de medidas de proteção à saúde. Os dados sobre as condições de saúde e trabalho desse grupo indicam o aumento da frequência das doenças e dos acidentes ocupacionais, ambos evitáveis com a adoção de medidas preventivas (SMITH; LEGGAT; ARAKI, 2007; WHO, 2006).

Existem evidências de que as diferenças em saúde estão relacionadas aos fatores sociais que configuram as condições de vida das populações (ONU, 2005; MARMOT, 2005). As condições de trabalho incluem dois polos: O primeiro, são as condições de emprego: que dizem respeito à natureza da relação entre o empregador (ou a empresa) e o empregado; o segundo, as condições de trabalho propriamente ditas: que designam as pressões e os constrangimentos presentes no ambiente físico e organizacional em que as tarefas são desenvolvidas.

A força de trabalho encontra-se distribuída desigualmente. Os trabalhadores muitas vezes estão sujeitos a longas jornadas, a menos acesso à informação sobre a exposição aos riscos ambientais, ao desamparo diante dos afastamentos por adoecimento, a falta de recursos e a má remuneração, entre outras situações. O que acaba ocasionando uma maior sobrecarga dos profissionais aos quais desenvolve diversos problemas de saúde, como o estresse e o esgotamento físico e mental.

Com isso, conhecer o estresse dos profissionais da saúde nos permite uma melhor compreensão de suas causas, o que contribui para elucidar questões cotidianas relacionadas à saúde mental e frequentemente enfrentadas por esses profissionais. Sendo uma dessas questões a Síndrome de Burnout, que é um estado físico, emocional e mental de exaustão extrema, resultado do acúmulo excessivo em situações de trabalho que são emocionalmente exigentes e/ou estressantes, que demandam muita competitividade ou responsabilidade, especialmente nas áreas de educação e saúde (BRASIL, 2015).

Ainda não se tem um conceito definitivo sobre esta síndrome, existe um consenso em considerar que aparece no indivíduo como uma resposta ao estresse laboral. A Síndrome de Burnout surgiu em meados da década de 70, nos Estados Unidos. Sendo definida como esgotamento profissional, uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crônica no trabalho (LIMA, 2007). Alguns estudos publicados demonstram que Burnout é uma síndrome que tem atingido trabalhadores em diversas profissões.

É considerado um problema que afeta principalmente os trabalhadores encarregados de cuidar de outros, como profissionais da área da Saúde, que é uma profissão que possui intenso e frequente contato direto com as pessoas. O quadro clínico é variado e pode incluir sintomas psicossomáticos, psicológicos e comportamentais entre os profissionais, e produzir consequências negativas nos níveis individual, profissional, familiar e social.

Os profissionais de saúde trabalham defrontando-se diariamente com situações de sofrimento, dor e perda. Realizar investigações diagnósticas, apresentar o prognóstico, decidir e acompanhar o tratamento e todas as suas mudanças juntamente com a incerteza de cura e a possibilidade de morte, são atividades que colocam o profissional diante de situações de forte carga emocional.

A sobrecarga laboral pode contribuir para o profissional desenvolver despersonalização e torna-o mais suscetível a problemas de saúde. Que podem manifestar-se de imediato ou permanecer silenciosos até gerar processos patológicos importantes no indivíduo. Cada pessoa reage de forma singular ao estresse crônico e pode apresentar uma gama de reações psicossomáticas que afeta vários aspectos de sua vida. Considerando estes fatores, os trabalhadores da saúde devem-se atentar com sua saúde mental e emocional mais que os profissionais de outras áreas (KOVALESKI; BRESSAN, 2012).

A Síndrome do Esgotamento Profissional (SEP), ou, como é mais conhecida, a Síndrome de Burnout é considerada por Harrison (1999) como um tipo de estresse de caráter persistente vinculado a situações de trabalho, resultante da constante e repetitiva pressão emocional associada com intenso envolvimento com pessoas por longos períodos de tempo. Muito embora seja reconhecida como uma psicopatologia de cunho ocupacional, sendo inclusa no Anexo II do artigo 2º do Decreto 6.957/1999, regido pela Previdência Social, seu diagnóstico é pouco utilizado (LORENZ, 2010).

A SEP é na maior parte das vezes entendida como um modelo teórico tridimensional, alicerçado na perspectiva psicossocial. De acordo com esse modelo, a SEP envolve três dimensões: a exaustão emocional (EE), a despersonalização (DS) e a falta de realização profissional (RP) (DALMOLIN, 2014). A EE se apresenta

como uma manifestação direta do estresse individual, sendo exteriorizadas sensações de estar além dos limites, com deterioração dos recursos físicos do indivíduo. Já a DS está ligada à conjuntura interpessoal da síndrome, em que atitudes negativas e de cinismo são direcionadas às pessoas destinatárias do trabalho. A despersonalização se caracteriza como uma perda de compaixão para com os outros. Por fim, a RP se relaciona a avaliações negativas do indivíduo quanto ao seu desempenho no trabalho e seu futuro naquela profissão (MALASH, 2012; DALMOLIN, 2014).

Os profissionais de enfermagem e da saúde em geral requerem conhecimento técnico científico voltado para o cuidado humano e holístico, além dos profissionais necessitarem de várias habilidades: cognitivas, interpessoais e psicomotoras aliadas ao fundamento teórico. Sendo assim, hoje, a enfermagem, por exemplo, é considerado um componente vital e indispensável do serviço de assistência médica (FRANÇA; FERRARI, 2012). A Síndrome de Burnout afeta enfermeiros e profissionais de saúde de todo o mundo, em diversos conjuntos de trabalho, levando-os a desenvolver sentimentos de frieza, frustração, e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos doentes. Havendo assim, necessidades de desenvolver programas de prevenção e tratamento (TEIXEIRA, 2007).

Apesar das leis trabalhistas já considerarem a Síndrome do Esgotamento Profissional como 5º doença que mais afeta os trabalhadores, não é fácil assumir a condição de portador. Existe o desconforto na hora de pedir auxílio, por medo da exposição e a incompreensão por parte de outros. Por isso muitos casos acabam passando despercebidos, ou melhor, são ignorados o que dificulta a compreensão e o tratamento dos que sofrem com a síndrome partindo daí para quadros graves de quase nenhuma recuperação da condição psicossocial.

4.4 AMBIENTES DE TRABALHO SAUDÁVEIS

O trabalho, no decorrer da história, foi ocupando a maior parte do tempo do ser humano. O que de início era para suprir suas necessidades básicas, passa a ser, o ponto central da vida do homem. O homem, desta forma passa maior parte de sua vida em seus locais de trabalho, dedicando sua força, energia e esforços para

as organizações. Ou seja, disponibilizando maior parte do seu tempo ao trabalho do que propriamente com suas famílias e amigos.

O cotidiano do trabalhador pode ser bem estressante e por isso, a importância de se investir cada vez mais no ambiente de trabalho, já que é nele onde a maioria dos trabalhadores passam grande parte do seu tempo. Um ambiente de trabalho saudável é de extrema importância. Muitos estudos indicam que funcionários felizes e saudáveis são mais criativos, produtivos, e proativos. Para criar um ambiente de trabalho saudável, é preciso considerar as vias ou as áreas de influência, bem como os processos mais eficazes pelos quais os empregadores e os trabalhadores possam empreender ações.

De acordo com uma pesquisa realizada e divulgada pela OMS em 2010, existem quatro áreas-chave junto à ética e valor, que podem ser modificadas ou influenciadas por meio das iniciativas voltadas a ambientes de trabalho saudáveis, que são elas: ambiente físico de trabalho; ambiente psicossocial de trabalho; recursos para a saúde pessoal e o envolvimento da empresa na comunidade. Estes fatores quando não estão adequados a necessidades básicas do trabalhador em seu serviço, podem afetar a segurança, e a saúde física, bem como sua saúde mental e seu bem-estar. Avaliar aspectos ligados à organização do trabalho e seu impacto sobre a saúde do trabalhador mostra-se, assim, fundamental na construção de práticas de cuidado mais humanizadas no campo da saúde pública.

Segundo Mello (2008), diversos fatores, tais como baixos salários e ausência de planos de carreira, jornadas extensas e grande volume de trabalho, necessidade de mais de um emprego, entre outros aspectos, têm se mostrado como empecilhos aos avanços na direção da humanização. Para alcançá-la, afirma o próprio MS, é necessário cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis e, por isso mesmo, capazes de promover a humanização do serviço (BRASIL, 2001). Com o passar dos anos e diante os altos índices de adoecimento do trabalhador que cominou no escasso numero de mão de obra qualificada, as organizações mesmo com o avanço tecnológico, passam a perceber a importância do ser humano no trabalho.

Assim surge, a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) que diz respeito às condições de vida dentro do ambiente corporativo. Ela corresponde ao grau de satisfação das necessidades pessoais que o trabalhador consegue obter enquanto exerce sua função. A qualidade de vida no trabalho é um dos indicadores da saúde organizacional. Chiavenato (1999) relata que o termo qualidade de vida no trabalho foi utilizado por Louis Davis na década de 1970 e para este estudioso o conceito refere-se à preocupação com o bem-estar dos trabalhadores no desempenho de suas tarefas.

Sendo assim, a alteração das condições de trabalho consideradas inadequadas e a promoção da saúde do trabalhador, modificação e enfrentamento de demandas ligadas ao trabalho são aspectos essenciais. Que se traduzirá em uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e em melhores condições de trabalho para os profissionais, na medida em que sejam reduzidos os estressores do ambiente de trabalho das equipes de saúde de forma que gera uma maior qualidade de vida no trabalho, o que significa uma organização mais humanizada e um maior nível de satisfação da equipe. Ou seja, a qualidade de vida no trabalho está diretamente associada ao nível de rendimento, saúde, bem-estar e eficiência do funcionário.

4.5 O PERCURSO DAS PICS NO BRASIL

Segundo Fontanella 2010, devido a crescente crise socioeconômica e da saúde, desde a década de 60 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e seus países membros decidiram utilizar os recursos da medicina tradicional e popular. Sendo esta uma das decisões tomadas na Conferência de Alma Ata em 1978, que enfatiza a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. É um direito humano fundamental a obtenção do mais alto nível possível de saúde, sendo esta a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Frente à falta de cobertura da saúde, tais práticas já eram usadas nas diferentes culturas respeitando suas peculiaridades (BRASIL, 1978).

Em termos globais, a década de 1970 com Movimento Sanitário, registra uma relativa decadência do ciclo de prosperidade econômica e social que se iniciou no pós-guerra. Tal ciclo repercutiu na expansão do chamado estado de bem-estar

social, que instituiu padrões sociais jamais conquistados. No Ocidente capitalista, desfazia-se progressivamente um relativo consenso acerca dos papéis desempenhados pelo Estado como ente produtivo, promotor do desenvolvimento e da solidariedade social e provedor direto de serviços considerados básicos, como a previdência social, a saúde, a educação e a assistência social (FIORI, 1997).

Entretanto, em relação à saúde, os diagnósticos realizados em escala continental, sobretudo acerca do patrocínio da Organização Pan-americana da Saúde (Opas), apontavam para um quadro sanitário preocupante que associava a baixa cobertura assistencial e a disseminação de doenças marcadas pela pobreza, como as verminoses e aquelas de veiculação hídrica (PAIVA, 2014). Dentro deste contexto de retorno ao estado democrático, a nova carta constitucional, promulgada em 1988, transformou a saúde em direito individual e deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, alterando profundamente a organização da saúde pública no país.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi considerado um marco para a oferta das PICS no sistema de saúde brasileiro, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, foi deliberado no relatório final da referida conferência a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida.

Em virtude da relevância do tema, a OMS instituiu no final da década de 70 o “Programa de Medicina Tradicional” que entre outras, tem formulado resoluções no sentido de considerar o valor potencial da medicina tradicional em seu conjunto, para a expansão dos serviços de saúde regionais, assim como fornecer informações e orientações técnicas a fim de propiciar as práticas de Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) de forma segura e eficaz (RODRIGUES, 2011).

Estas práticas estão cada vez mais popularizadas e valorizadas pelos países e são incentivadas não somente pelos profissionais que atuam na rede básica de saúde dos países em desenvolvimento, mas também naqueles onde a medicina convencional é predominante no sistema de saúde local (OMS, 2002).

No período anterior a Conferência de 1988, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, sendo assim considerado um foco na saúde com qualidade de vida (BRASIL, 2017).

Conforme a Constituição, a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Assim foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, intensificam debates já existentes acerca do conceito. Nesse contexto, entende-se que saúde não se limita apenas a ausência de doença, considerando, sobretudo, como qualidade de vida, decorrente de outras políticas públicas que promovam a redução de desigualdades regionais e promovam desenvolvimentos econômico e social (BRASIL, 2017).

A legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 80, principalmente, após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.

Dessa maneira, o SUS, em conjunto com as demais políticas, deve atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios.

A rede que compõem o SUS é ampla e abrange tanto ações, como serviços de saúde. Ela engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. O SUS é composto por três princípios básicos sendo eles: a Universalização onde a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito; a Equidade com o objetivo de diminuir desigualdades e a Integralidade, este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.

Com a evolução do processo tecnológico, focado em produtos, a prestação de cuidado tornou-se, em alguns contextos, pontual, linear e fragmentada, considerando o ser humano como partes dissociáveis de um todo. Em decorrência dessa compreensão do ser humano, em partes dissociadas, o conhecimento foi agrupado por disciplinas e, por conseguinte, as práticas profissionais seguiram o mesmo caminho. Assim, passou-se a perceber e, portanto, tratar/cuidar de forma isolada, fragmentada e por vezes descontextualizada (MORIN, 2010).

Essa colocação torna-se evidente com o número expressivo de hiperespecializações. Mesmo quando o cuidado não ocorre por este meio, há dificuldade de perceber sua integralidade, uma vez que essa remete às multidimensões do ser humano, que comporta o cuidado bio-psicossocial e espiritual (FRACOLI, 2011). Observa-se então que, a prática clínica permite deduzir que o cuidado bio-psicossocial, se não alcançado, é pelo menos reconhecido pelos profissionais. Já o espiritual, embora já evidenciado na literatura, não é uma realidade frequentemente identificada, na prática dos profissionais (CALDEIRAI, 2011).

O cuidado integral possui múltiplos elementos que podem servir como base para se pensar, planejar e executar cotidianamente o ensino. Quando se fala em cuidado integral, não se desconsidera o aporte tecnológico na forma de produto, haja vista sua utilização e importância nos cenários de saúde. Ele é uma das formas utilizadas para cuidar, entretanto, precisa estar associado à sensibilidade, ao respeito, ao querer conhecer as reais necessidades daquele que está sendo

cuidado, na busca de englobar as dimensões que constituem a integralidade do seu ser, ou seja, a busca pela humanização do cuidado profissional (CASTRO, 2011).

O processo rumo ao cuidado integral exige sensibilidade dos profissionais, além de um despertar, um desorganizar, um deslocar de pensamento; exige que se ultrapassasse a questão do assistencialismo. E todo esse processo é justamente o que compõe e oferecem as PICS.

A construção da PNPIC iniciou-se a partir do atendimento das diretrizes e recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde e às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir de então, em reunião no dia 24 de setembro de 2003, o grupo gestor responsável pela ordenação dos trabalhos e formulação da Política Nacional definiu, entre outras coisas, pela criação de quatro subgrupos de trabalho respeitando as diversas áreas, em virtude das especificidades de cada uma delas. Como estratégia de elaboração da Política, o grupo gestor elaborou um plano de ação a ser adotado pelos subgrupos para, posteriormente, ser consolidado em documento técnico único relativo à Política Nacional.

Em fevereiro de 2006, o documento final da política, com as respectivas alterações, foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e consolidou-se, assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada na forma das Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Trazendo orientações para estruturar as práticas nos serviços da Atenção Básica, como incentivo à inserção da Política em todos os níveis de atenção, com ênfase na Atenção Básica (BRASIL, 2006).

O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Envolve abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006). Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens

abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

Entre as praticas ofertadas pela criação da PNPIC está a Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, a Homeopatia, as Plantas Medicinais e Fitoterapia, e o Termalismo Social/Crenoterapia. Já são em média 12 anos desde a aprovação da portaria do Ministério da Saúde n.971/2006, que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006).

Contudo, é possível notar um grande avanço quanto à institucionalização das PICS ao SUS, mesmo que ainda não completamente satisfatória, ao longo dos anos tornou-se possível à integração de novas praticas, como também avanços em estudos/pesquisas e maior abrangência nos serviços, através de portarias estaduais e municipais e suas atualizações. Sendo essas as Portarias que respaldam de forma legal as PICS e sua utilização, assim como incluem novas práticas dentro do SUS.

Quadro 2 – Postarias que constituíram as Praticas Integrativas no SUS em ordem decrescente.

ANO	PORTARIAS
2006	Portaria GM Nº 971, de 03 de maio de 2006; Portaria GM Nº 1.600, de 17 de julho de 2006; Portaria SAS Nº 853, de 17 de novembro de 2006;
2008	Portaria SAS Nº154 de 18 de março de 2008; Portaria Interministerial Nº 2.960, de 09 de dezembro de 2008;
2009	Portaria NR Nº 07/DGP, de 27 de janeiro de 2009; Portaria - SAS Nº 84, de 25 de março de 2009; Portaria DNPM, nº 374 de 1º de outubro de 2009;
2010	Portaria DGP nº 48, de 25 de fevereiro de 2010; Portaria GM Nº 886, de 20 de abril de 2010;
2011	Portaria DNPM, nº 127 de 25 de março de 2011; Portaria SAS nº 470 de 19 de agosto de 2011;
2012	Portaria Nº 533, de 28 de Março de 2012;
2017	Portaria Nº 145, de 11 de janeiro de 2017; Portaria nº 849, de 27 de março de 2017; Portaria nº 633, de 28 de março de 2017;
2018	Portaria nº 702, de 21 de março de 2018;

Fonte: BRASIL, 2018.

5 CONCLUSÃO

De acordo com a OMS, os maiores desafios para a saúde do trabalhador atualmente e no futuro são os problemas de saúde ocupacional ligados com as novas tecnologias, sobrecarga, stress, envelhecimento da população trabalhadora, problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos) entre outros. Diante disso, a saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são aspectos valiosos.

O que vem ocasionando um aumento na procura das PICS. Essas sendo vistas como alternativas mais acessíveis e com menos efeitos colaterais, por ser benéfica também para o emocional, espiritual e físico. E pelo fato da medicina convencional ter sua eficácia indeterminada ou por não se ter mais opções nos recursos tradicionais para determinada condição patológica.

Com isso, torna-se importante compreender a importâncias das PICS na saúde do trabalhador, assim como, quais as mais utilizadas ou aceitas no processo de promoção, prevenção e tratamento da saúde, como por exemplo, a homeopatia, a acupuntura e a shantala, o que vem a contribuir positivamente, de forma motivadora e com equilíbrio, diretamente na qualidade de vida desses indivíduos e da sociedade como um todo.

Desta forma, este estudo possibilitou identificar e descrever as condições de trabalho e de saúde dos Trabalhadores da Saúde, como também a partir dos dados coletados, ficou evidente a importância das Práticas Integrativas e Complementares na promoção e cuidado a saúde desses indivíduos.

Contudo, a execução das PICS ainda encontra desafios principalmente relacionados à Saúde do trabalhador. O que acarreta na necessidade de fortalecer essas práticas, investindo na educação continuada dos profissionais envolvidos no processo, através de pesquisas, cursos e palestras visando, tratar e reduzir o surgimento de doenças ocupacionais, gerando medidas de promoção e prevenção da saúde. Outro passo importante é a orientação dos trabalhadores, para que conheçam seus direitos e possam buscar por uma melhora na qualidade de vida e saúde.

REFERÊNCIAS

AFONSO, F.M. et al. Saúde do trabalhador na AP 3.2: o olhar das práticas integrativas e complementares através do Reiki. **Academus Revista Científica da Saúde**. Rio de Janeiro, 2016.

BARROS J. et al. Complementary and alternative medicine in Brazil: one concept, different meanings. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2006;

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017 Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

BRASIL. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca de dados: Práticas Integrativas Complementares**. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS das Práticas Integrativas: Yoga**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde **Declaração de Alma Ata**. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Departamento de Atenção Básica. – Brasília- DF. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: Direito de Todos e Todas e Dever do Estado. **4º Conferencia Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História, documentos e fatos sobre a saúde do trabalhador**. Secretária de Saúde. Curitiba, 2018.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **“As doenças dos trabalhadores” de Bernardino Ramazzini. Tradução de Raimundo Estrêla. 4. ed.** FUNDACENTRO. São Paulo, 2016.

CALDEIRA S. et al. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Revista Enf Ref.** 2011;

CASTRO M. et al. Cuidado integral: concepções e práticas de docentes de enfermagem. **Revista Bras Enferm.** 2011;

CARDOSO M.C.A. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. Tempo Social, **Revista de sociologia da USP**, 2014.

CHIAVENATO I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

DALMOLIN G.L, et al. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, 2014.

FRANCO et al. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos: Cepesc/UERJ, **Revista Abrasco**. Rio de Janeiro, 2005.

FILHO M. Sociólogos estudam procura por medicina alternativa. **Jornal da UNICAMP**, Campinas, 2004.

FRACOLLI L. et al. The concept and practice of comprehensiveness in Primary Health Care: nurses' perception. **Revista Esc Enfermagem da USP**. São Paulo, 2011.

FIORI L. et al. Ajustes e milagres latino-americanos: os Moedeiros Falsos. **Rev. Vozes**. Petrópolis, 1997.

ISCHKANIAN et al. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Revista. bras. crescimento desenvolv. hum.** São Paulo, 2012.

LORENZ VR et al. Burnout and stress among nurses in a university tertiary hospital. **Revista Latino Am Enfermagem.** 2010.

MASLACH C. et al. Making a significant difference with burnout interventions: researcher and practitioner collaboration. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** São Paulo, 2012.

MELLO, I. M. Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. **Rev da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, 2008.

MENDES D. S. et al. Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. **Journal Health NPEPS.** Mato Grosso, 2019.

MORIN E. A. Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: **Revista Bertrand Brasil;** 2010.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia da OMS sobre medicina tradicional.** Organização Mundial de Saúde: Genebra, 2002.

PAIVA, C et al. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Revista História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, Rio de Janeiro, 2014.

RANGEL, S. A et al. Cuidado integral: significados para docentes e discentes de enfermagem. **Revista Rene.** Rio Grande do Sul, 2017.

RODRIGUES, L. W et al. Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2006/2010.** Brasília, 2011.

REVERBEL C. M. F. Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade. **Revista Ciência e Profissão.** Brasília, 1996.

SANTANA, M. et al. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. **Secretaria de Vigilância em Saúde/MS,** 2008.

SANTOS, V. D. et al, R. J. **Trabalhos Acadêmicos:** Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas. Porto Alegre/RS: AGE Ltda, 2006.

SALLES, L. et al. Iridologia: Revisão Sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, set. 2008. Vol.42, n.3.

TEIXEIRA A. L. et al. O Ensino de Práticas Não-Convencionais em Saúde nas Faculdades de Medicina: Panorama Mundial e Perspectivas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 2004; n 28, p 51-60.

TESSER C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009.

TROVÓ M. et al. Terapias Alternativas/Complementares a Visão do Graduando de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, mar. 2008. Vol. 36 n 1.

SANTOS F. et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Revista Saúde Pública**. Recife, 2011.