

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Karla Morais Seabra Vieira Lima

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A PROMOÇÃO DA
SAÚDE:
AVANÇOS E DESAFIOS DE UM SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Belo Horizonte – MG

2012

Karla Morais Seabra Vieira Lima

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A PROMOÇÃO DA
SAÚDE:
AVANÇOS E DESAFIOS DE UM SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito à obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Educação em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Kênia Lara Silva

Belo Horizonte – MG

2012

L732p Lima, Karla Morais Seabra Vieira.
Práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde
[manuscrito]: avanços e desafios de um serviço municipal de saúde. / Karla
Morais Seabra Vieira Lima. - - Belo Horizonte: 2012.
118f.: il.
Orientadora: Kênia Lara Silva.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Terapias Complementares. 2. Promoção da Saúde. 3.
Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 4. Saúde Pública. 5.
Dissertações Acadêmicas. I. Silva, Kênia Lara. II. Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 590



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO/ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836
Caixa Postal: 1556 - CEP: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

ATA DE NÚMERO 388 (TREZENTOS E OITENTA E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA KARLA MORAIS SEABRA VIEIRA LIMA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

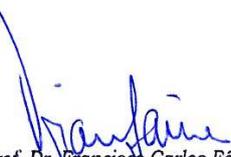
Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de dois mil e doze, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, RACIONALIDADES MÉDICAS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS DE UM SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE*", da aluna Karla Moraes Seabra Vieira Lima, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Kênia Lara Silva (orientadora), Charles Dalcanale Tesser e Cláudia Maria de Mattos Penna, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, os examinadores consideraram a necessidade de adequar o título para: "*PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS DE UM SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE*", sendo assim, a aluna *Karla Moraes Seabra Vieira Lima foi aprovada e apta a receber o título de mestra em enfermagem após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de dezembro de 2012.


Prof.^ª Dr.^ª Kênia Lara Silva
(orientadora)


Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser


Prof.^ª Dr.^ª Cláudia Maria de Mattos Penna


Grazielle Cristine Pereira
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação


Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 05/02/13

*A*GRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pela oportunidade da vida e por iluminar e direcionar os meus caminhos.

À minha família, sempre presente: meus Pais, Maria Cecília e Paulo, por me ensinarem valores repletos de sabedoria, pelo exemplo de persistência diante das dificuldades e por me incentivarem a alcançar os meus sonhos. Aos meus irmãos, Filipe e Igor, pelo carinho e companheirismo. Ao meu esposo, Paulo Renato, pela sua compreensão e apoio incondicional e, sobretudo, por respeitar minhas escolhas e me valorizar.

À Professora Kênia Lara Silva, pela confiança e dedicação extrema, por sua competência e disponibilidade em ensinar. Agradeço por propiciar meu aprimoramento e pelos valiosos momentos de construções do conhecimento.

Aos amigos do NUPEPE, pela parceria e discussões que contribuíram para este estudo, em especial: Tati, Andreza e as bolsistas.

À minha amiga Amanda, pelas conversas, solidariedade, incentivo e apoio desde o início desta caminhada.

À minha turma do mestrado, por compartilhar tantos aprendizados e momentos.

À Secretaria Municipal de Saúde e Serviço (cenário de estudo) por terem me acolhido e oportunizado minha aproximação com a realidade desse estudo.

E a todos que de alguma forma estiveram presentes nesta caminhada, agradeço o apoio e a torcida.

*O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo.
Requer uma ação transformadora sobre a realidade.
Demanda uma busca constante.
Implica em invenção e em reinvenção
(Paulo Freire).*

RESUMO

LIMA, K. M. S. V. *Práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde: avanços e desafios de um serviço municipal de saúde*. 2012. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

O estudo tomou como objeto as práticas integrativas e complementares e sua relação com o campo da promoção da saúde. Partiu-se do pressuposto que há uma limitação do potencial das práticas integrativas e complementares no campo da promoção da saúde, prevalecendo a busca por práticas para eliminar ou diminuir sintomas, sem romper com a lógica do adoecimento. O objetivo do estudo foi compreender os sentidos construídos nas práticas integrativas e complementares, a partir da identificação das concepções de profissionais e participantes sobre as práticas integrativas e complementares e da análise da organização dessas práticas em um serviço municipal de saúde. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, ancorado no referencial teórico-metodológico da dialética. O cenário de estudo foi um serviço municipal de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte/MG, especializado em práticas de promoção da saúde e que inclui, em sua oferta, práticas integrativas e complementares, tais como Acupuntura, Homeopatia, Dança Sênior, Oficina de Memória e Relaxamento. Participaram deste estudo seis profissionais que atuam no serviço e quatorze participantes das práticas estudadas. A coleta de dados deu-se por meio de observação, entrevistas e diário do participante das práticas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Os resultados indicam que os sentidos construídos nas práticas, dimensão particular do fenômeno de estudo, são determinados pela organização do serviço e pelos aspectos mais gerais da inserção das práticas no sistema de saúde. Nesse sentido, as práticas estudadas revelam a ampliação da oferta e do acesso a diferentes racionalidades ainda que apresentem, em algumas modalidades, a centralidade na consulta e no atendimento individual. As práticas estudadas representam uma importante estratégia no enfrentamento do adoecimento e sofrimento de diferentes patologias cronicodegenerativas ou incapacidades que acometem os indivíduos na sociedade. Evidencia-se que as práticas estudadas, inseridas em diferentes racionalidades médicas, são orientadas ora pelo paradigma biomédico, ora pelo vitalista. Isso se confirma na presença de elementos dos dois paradigmas que se entrelaçam na configuração das práticas, com sinais de manutenção do objeto de atuação sobre a doença que, por vezes, se alternam com a superação para um modelo que incorpora o equilíbrio e a harmonia vital como orientador da terapêutica. Evidencia-se o sincretismo de paradigmas orientando as práticas integrativas e complementares, determinada e determinante dos sentidos construídos na busca por elas. Na dimensão singular, esses sentidos foram revelados em cadeia, na qual a inserção nas práticas favorece a autonomia, o autocuidado e a responsabilização, o que, por sua vez, amplia as possibilidades dos sujeitos aprenderem a se tratar e a lidar com as condições de saúde ou com os problemas do cotidiano e, em última instância, buscar outras práticas de saúde para além das terapêuticas médicas. Contraditoriamente, os resultados indicam que as práticas integrativas e complementares não estão na primeira opção de procura nas modalidades de cuidado ou como opção substitutiva ao tratamento convencional, representando, pois, uma extensão da normatividade biomédica no que se refere ao sistema terapêutico de cura. O caráter complementar reduz o potencial das práticas estudadas em romper com a lógica medicalizante do paradigma biomédico. Conclui-se que as práticas integrativas e complementares representam um movimento de mudança nas práticas de saúde, com contribuição na perspectiva holística e do empoderamento individual. Contudo, persistem desafios para inscrevê-las no campo da promoção da saúde, indicando a necessidade de superar os elementos que a conformam como uma prática setorializada, essencialmente individualista e com poucos elementos que revelam a transformação sobre o social. Assim, a construção de um novo paradigma não depende exclusivamente das racionalidades médicas, mas, sobretudo, de uma mudança na concepção que desloca a centralidade da doença para o sujeito e sua vida cotidiana.

Palavras-chave: Terapias Complementares; Promoção da Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde, Saúde Pública

ABSTRACT

LIMA, K. M. S. V. Integrative and complementary practices and health promotion: progress and challenges of a municipal health service. 2012. 118f. Dissertation (Masters in Nursing) - Nursing School, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

The study focused on integrative and complementary practices and their relationship to the field of health promotion. We started from the assumption that there is a limitation of the potential of complementary and integrative practices in the field of health promotion practices prevailing the seeking for eliminating or reduce symptoms, without breaking with the logic of illness. The aim of the study was to understand the meanings constructed in complementary and integrative practices by identifying the concepts of professionals and participants on integrative practices and complementary analysis of the organization of such practices in a municipal service of health. It is a study of qualitative approach, grounded in theoretical methodological framework of the dialectic. The study setting was a municipal health service in the metropolitan region of Belo Horizonte / MG, specialized in health promotion practices which includes in its offer, complementary and integrative practices, such as acupuncture, homeopathy, senior dance, workshop memory and relaxation. The study included six professionals who work in the service and fourteen participants of the practices studied. Data collection was through observation, interviews and daily practices of the participant. The data were subjected to thematic content analysis. The results indicate that the meanings constructed in practice, particular dimension of the phenomenon of study are determined by the service organization and the broader aspects of the integration of practices in the health system. In this sense, the practices studied reveal the expansion of supply and access to different rationalities still having, in some embodiments, the centrality in consultation and individual attention. The practices studied represent an important strategy in coping with illness and suffering from different chronicdegenerative pathologies or disabilities that affect individuals in society. It is proven that the practices studied, inserted in different medical fields, are guided in one moment by the biomedical paradigm prays, in another moment by the vitalist. This is confirmed in the presence of elements of both paradigms that intertwine in shaping practices, with signs of maintaining the object of activity on the disease that sometimes alternate with the overrun to a model that incorporates balance and harmony as vital guiding therapy. This study highlights the sincretismoof paradigms guiding practices integrative and complementary, determined and decisive in search of meanings constructed by them. In the singular dimension, these directions were revealed in string, in which the insertion practices favors autonomy, self-care and accountability, which in turn expands the possibilities of the subjects learn to deal and cope with health conditions or with everyday problems and ultimately, seek other health practices beyond medical therapies. Paradoxically, the results suggest that complementary and integrative practices are not in the first search option in terms of care or as a replacement option to conventional treatment, representing therefore an extension of biomedical normativity regarding the therapeutic system of healing. The complementary nature reduces the potential of the practices studied in breaking with the prescriptive logic of biomedical paradigm. We conclude that the complementary and integrative practices represent a movement for change in health practices, with contributions in holistic and individual empowerment. However, challenges remain for inscribing them in the field of health promotion, indicating the need to overcome the elements that make up a practice as restricted, essentially individualistic and with few elements that reveal about social transformation. Thus the construction of a new paradigm does not depend solely on medical rationalities, but mainly from a change in design that displaces the centrality of the disease to the subject and its everyday life.

Key-words: Complementary Therapies; Health Promotion; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Public Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01	Medicalização social e promoção da saúde.....	20
FIGURA 02	Foto ilustrativa do diário do participante.....	37
FIGURA 03	Diário do Participante P1.....	57
FIGURA 04	Diário do Participante P2.....	58
FIGURA 05	Diário do Participante P4.....	60
FIGURA 06	Diário do Participante P14.....	69
QUADRO 01	Resumo comparativo das racionalidades médicas.....	22
QUADRO 02	Categorias e subcategorias empíricas do estudo.....	40
QUADRO 03	Práticas ofertadas no cenário de estudo, 2011-2012.....	43
QUADRO 04	Perfil dos profissionais entrevistados no Centro de especialidades de práticas integrativas e complementares, no período de 27/Dezembro/2011 a 08/Fevereiro/2012.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEM.	Feminino
FIG.	Figura
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MASC.	Masculino
MT	Medicina Tradicional
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NCCAM	National Center Of Complementary And Alternative Medicine
NUPEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
QUAD.	Quadro
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	11
2 APROXIMAÇÃO AO TEMA DE ESTUDO	16
2.1 Novos saberes e paradigmas na saúde	16
2.2 Medicalização social e o campo da saúde	19
2.3 Racionalidades médicas e Práticas integrativas e complementares.....	21
3 OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo geral.....	31
3.2 Objetivos específicos	31
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	32
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 Cenário de estudo.....	33
4.3 Sujeitos do estudo.....	33
4.4 O desenvolvimento da pesquisa.....	34
4.4.1 Técnicas e instrumentos do trabalho de campo	34
4.4.1.1 Observação	34
4.4.1.2 Entrevista com os profissionais e participantes das práticas	36
4.5 Análise dos dados.....	39
4.6 Aspectos éticos.....	40
5 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: relações entre o singular, o particular e o geral.....	42
5.1 Oferta, demanda e acesso: contradições na organização das práticas integrativas e complementares	43
5.2 A dimensão singular das práticas integrativas e complementares: quem atua e quem “consome” novas práticas em saúde.....	53

6 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A INSERÇÃO NAS RACIONALIDADES MÉDICAS: o sincretismo de paradigmas na promoção da saúde	72
6.1 Concepção de saúde nas práticas integrativas e complementares: de qual objeto e de quais objetivos estamos tratando?.....	72
6.2 Os sentidos construídos nas práticas integrativas e complementares.....	80
6.3 Práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde: contribuições e desafios	92
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	111
ANEXO.....	118

1 APRESENTAÇÃO

A promoção da saúde tem sido um tema muito rico dentro da formação e vivência do enfermeiro. Durante minha atuação profissional como enfermeira de Estratégia Saúde da Família e como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, tenho pesquisado o tema da promoção da saúde que constitui uma das linhas do Núcleo.

O estudo “Inovação nas Práticas de Promoção da Saúde” (iniciou em 2009 e terminou em abril de 2012), desenvolvido pelos pesquisadores do NUPEPE, com o objetivo de analisar as práticas cotidianas de promoção da saúde em seis municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, permitiu identificar um investimento nas práticas de promoção da saúde. Em um dos municípios do cenário deste estudo, no qual fui responsável pela coleta de dados, pude observar várias práticas, entre as quais destaco as práticas integrativas e complementares. As práticas integrativas e complementares sobressaíram-se por revelar potencialidades para a promoção da saúde, bem como por apresentarem considerável crescimento no campo da saúde.

Nesse entendimento, o presente estudo integra o estudo descrito anteriormente e toma como objeto as práticas integrativas e complementares e o campo da promoção da saúde.

Para o National Center of Complementary and Alternative Medicine (NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE - NCCAM, 2007), as medicinas alternativas e complementares (MAC) são definidas como um grupo de diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde e práticas que não estão presentes na biomedicina. Estas podem ser organizadas em: sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica, e outras); intervenções mente-corpo (meditações, orações); terapias biológicas (baseados em produtos naturais não reconhecidos cientificamente); métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios); e terapias energéticas (Reiki, Liang Gong, dentre outras). A NCCAM estabelece uma distinção, afirmando que, quando as práticas são usadas juntamente com práticas da biomedicina, são definidas como

complementares; quando são usadas no lugar de uma prática biomédica, são consideradas alternativas; e, quando são usadas conjuntamente, com base em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, são chamadas integrativas.

A Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 2002) adota o termo Medicinas Alternativas e Complementares/Tradicionais para definir o conjunto de práticas e saberes que diferem da biomedicina. O termo Medicinas Tradicionais, de acordo com a OMS (2002), se referem às práticas originárias da cultura de cada país, como por exemplo, a medicina tradicional chinesa, a *ayurveda* hindu e a medicina indígena. Deste modo, as Medicinas Alternativas e Complementares/Tradicionais incluem práticas manuais e espirituais, com ervas, partes animais e minerais, sem uso de medicamentos quimicamente purificados (acupuntura, *reiki*, florais, quiropraxia), atividades corporais (*tai chi chuan*, *yoga*, *lian gong*).

Porém, no Brasil, desde a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo utilizado o termo Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para designar essas práticas, no qual contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos (BRASIL, 2006b). Logo, neste estudo, utilizaremos a denominação de Práticas Integrativas e Complementares definida na PNPIC.

Entendo que as PIC podem significar um importante investimento da saúde, contribuindo para um novo paradigma que incorpora outros aspectos para além do tratamento da doença e do adoecer e inaugura novas perspectivas com foco na saúde e em seus determinantes sociais. Assim, as práticas integrativas e complementares, ao construir novos sentidos, podem potencializar o campo da promoção da saúde. Conforme demonstra Luz (2007), no contexto das crescentes desigualdades sociais que surgem à crise da saúde na atualidade, com o aumento da violência, drogas, doenças cronicodegenerativas e mal-estar coletivo, caracterizado pelas dores, depressões, ansiedade, etc, é que as práticas de saúde podem representar um campo de transformações ao construir outros sentidos.

Ressalto que a expressão sentidos, conforme Spink e Medrado (2004), significa uma construção social, um empreendimento coletivo, por meio do qual os indivíduos, em suas relações sociais, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e os fenômenos. Retratam que a

visibilidade aos sentidos é possibilitada pela ruptura com o habitual, pelas maneiras através das quais os indivíduos produzem sentidos e se posicionam em relações sociais do cotidiano.

Convencionou-se denominar o “novo” paradigma, do qual as práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde são elementos constitutivos, de produção social da saúde. Como defendido na Reforma Sanitária, a promoção da saúde remete à proposição de que produzir saúde é permitir que os sujeitos e coletividades exerçam sua autonomia, de maneira que estejam aptos a assumir a responsabilidade sobre os limites e riscos impostos pela doença e pelo contexto social, econômico, político e cultural em que vivem (CAPONI, 2003).

Como parte do modelo de produção social, as práticas de promoção da saúde sustentam-se nos seguintes princípios, segundo a Organização Mundial de Saúde (1998): concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade.

Na concepção holística, enfatizam-se as iniciativas de promoção da saúde física, mental, social e espiritual (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1998) e pressupõe-se a compreensão ampliada de saúde assumida pela Organização (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A intersetorialidade é entendida como uma articulação de distintos setores para abordar o conceito amplo da saúde, a coresponsabilização pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de incentivar a formulação de programas e políticas que impliquem na melhoria da qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2006a).

Importa ressaltar que o empoderamento e a participação social são princípios essenciais para a promoção da saúde. Assim, a participação social envolve atores diretamente interessados, como os líderes de comunidade e organizações afins, formuladores de políticas e profissionais da saúde, na construção de prioridades, tomadas de decisões, implementação e avaliação das iniciativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

As ações multiestratégicas pressupõem o envolvimento de diversas disciplinas, por meio da associação de métodos e abordagens variados, contendo o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Enfim, a sustentabilidade incorpora iniciativas que

estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável (ZIGLIO *et al.*, 2000).

A promoção da saúde destaca-se como campo prioritário de investimentos, no qual amplia sua concepção de saúde e doença e propõe o trabalho intersetorial. Buss (2000) define a promoção da saúde como um campo de propostas, ideias e práticas, crescente na saúde pública, que parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução.

Nesse sentido, verificam-se várias práticas no campo da promoção da saúde como prática corporal/ atividade física, estímulo à cultura de paz e não à violência, alimentação saudável, promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006a).

No movimento de construção de um novo paradigma, verifica-se um crescimento das medicinas “alternativas” tanto em países do primeiro mundo, como nos ditos de terceiro mundo, entre os quais se situam os países da América Latina (LUZ, 2007). No Brasil, o avanço dessas práticas entre usuários, instituições governamentais ou não-governamentais constitui um fator de crescente visibilidade (ANDRADE; COSTA, 2010).

Essas práticas e esses métodos de atenção em saúde passaram a ser pesquisados e validados por órgãos governamentais, de tal modo que recentemente o próprio Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, aprovada em 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006b). Um dos objetivos para incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS seria a perspectiva de consolidar o campo da promoção da saúde.

Contudo, minha atuação em pesquisas relacionadas ao tema da promoção da saúde permite questionar se as práticas integrativas e complementares têm possibilitado responder ao novo paradigma que incorpora outros aspectos para além do foco na doença e no adoecer hegemônico nas práticas sanitárias. Tenho percebido que as práticas integrativas e complementares representam um conjunto a mais de práticas do modelo biomédico. Dessa forma, são empregadas, muitas vezes, com a finalidade de aliviar a dor ou tratar doenças (RHEINGANS, 2007; KUREBAYASHI, 2011) em especial na população adulta e idosa (ASTIN *et al.*, 1998;

WHO, 2003). Portanto, reduz-se seu sentido a tratar sintomas biológicos e psicossomáticos, diminuindo seu potencial para a produção social da saúde.

Diante desse problema, seguem alguns questionamentos:

* Quais os sentidos que têm orientado as Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde?

* Quais os princípios da promoção da saúde são revelados nas práticas integrativas e complementares? Eles indicam a superação do paradigma biomédico?

Os sentidos construídos nas práticas integrativas e complementares podem demonstrar sinais de um novo paradigma que tem como objeto central a saúde, em sua concepção ampliada, em especial com enfoque no holismo, sem, contudo, avançar para a produção social da saúde o que exigiria movimentos a favor da autonomia dos usuários, atuação intersetorial sobre os determinantes sociais da saúde e empoderamento comunitário. Assim, pressupõe-se que há uma limitação do potencial das práticas integrativas e complementares no campo da promoção da saúde, prevalecendo a oferta e a busca pelas práticas para eliminar ou diminuir sintomas, sem romper com a lógica do adoecimento.

2 APROXIMAÇÃO AO TEMA DE ESTUDO

2.1 Novos saberes e paradigmas na saúde

Ao compreender os sentidos das práticas integrativas e complementares no campo da promoção da saúde é necessário considerar a origem dos discursos sociais sobre a saúde, entendendo que essa formulação carrega uma determinação historicossocial (SILVA; SENA, 2010). A transformação nesses discursos remonta ao século XVI no qual se observam profundas mudanças decorrentes de descobertas científicas que imprimiram uma nova lógica à ciência. Com o Renascimento, inaugura-se um processo histórico de decifração, explicação e transformação da realidade com um caráter de dominação da natureza pelo homem conformando-se à racionalidade moderna (LUZ, 2004).

O novo modo de produção de verdades pressupõe a formulação de enunciados lógicos, de explicação do mundo e do ser humano a partir de certos traços característicos comuns. Entre essas características, na racionalidade científica moderna, citam-se a valorização do mecanicismo, o dualismo cartesiano, a mutabilidade das verdades obtidas por métodos perenes, ou seja, a priorização do método, da quantificação, do empirismo, do determinismo e da objetivação (LUZ, 2004).

A razão médica moderna não é alheia à ordem da racionalidade científica. Sob esse entendimento, os objetos da razão médica - as relações dos indivíduos e dos grupos sociais com seu corpo, seu sofrer, seu adoecer, sua morte e com o corpo, o sofrimento, o adoecimento e a morte dos outros - são relações sociais que passam a ser naturalizadas para a compreensão racional, da mesma forma que as representações simbólicoimaginárias que se acumulam sobre essas relações. Com isso, para Luz (2004, p.31):

a naturalização de seu objeto discursivo torna a medicina talvez a mais social das disciplinas modernas, no sentido que ela institui e normaliza estruturas de relações sociais, a partir de enunciados “naturais” típicos de seu campo de objetivações.

O auge da razão médica moderna influenciada pela racionalidade científica ocorre no final do século XVIII, em que houve uma ruptura de paradigma no interior

do saber e da prática médica. Com isso, a Medicina, segundo a conceituação de Foucault, deixa de ser classificatória para tornar-se anatomoclínica, denominada Medicina Científica Moderna. Nessa perspectiva, passa-se a pensar a doença como centrada no corpo humano, e a anatomia patológica, até então sem nenhuma função para uma medicina eminentemente erudita, insere-se na prática médica (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO Jr, 2006).

Da metade do século XVIII ao final da primeira metade do século XIX, tem-se um processo de transformação que consolida uma das vertentes da caracterização da doença não mais como fenômeno vital, mas como a expressão de lesões, incorporada na racionalidade da medicina ocidental ou biomedicina. Nessa racionalidade, a nova concepção de doença passa a ser a categoria central do saber e da prática médica. Parafraseando Luz, a medicina ocidental torna-se uma ciência da doença, deixando de ser uma ciência da “arte de curar”. Desse modo, a medicina ocidental (ou biomedicina) estará sempre referida às doenças. Assim, as doenças são objetos com existência autônoma, traduzidas pela ocorrência de lesões a partir de uma causa ou de causas múltiplas. O diagnóstico é dirigido à identificação de doenças, a partir das lesões; e a terapêutica é hierarquizada, segundo sua capacidade de atingir as causas últimas das doenças. Na medicina ocidental, a definição de saúde é assumida como ausência de doenças (CAMARGO Jr, 2003).

Mas, o conhecimento não é estático nem inquestionável. Ao mesmo tempo em que se observa o auge do pensamento da razão médica moderna, surgem questionamentos quanto a sua forma de explicação de verdades, abrindo margem para novos saberes e novos paradigmas na saúde.

Na segunda metade do século XIX, os discursos sociais da saúde representam formulações que agregam elementos a um movimento de contraposição do modelo biomédico de explicação do processo saúde-doença. Para alguns autores, nascem aí as premissas da promoção da saúde (SILVA; SENA, 2010) que ganharão força, a partir da segunda metade da década de 1960, como proposta alternativa para o enfrentamento dos problemas no setor saúde e se constituem em uma das vertentes da luta pela democracia e pela conquista de direitos sociais.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, no Canadá, formalizou a Carta de Ottawa, sendo um marco teórico no campo da Promoção da Saúde. Os principais objetivos da Carta de Otawa baseiam-se na

elaboração e na implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema saúde (BUSS, 2003).

A partir da Conferência de Ottawa, outros eventos internacionais discutiram as formulações teóricas, conceituais e políticas da Promoção da Saúde, tais como Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e México (2000), e outras duas de caráter sub-regional em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993). Cada uma delas vem desempenhando importante papel na manutenção da motivação e do interesse sobre o tema, ao mesmo tempo em que promove avanços significativos com a contínua ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas para o alcance dos objetivos traçados (BRASIL, 2002). Nos anos 2000, foram realizadas duas conferências internacionais: em Bangkok na Tailândia (2005) e em Nairóbi no Quênia (2012) (SILVA; AMADOR, 2012).

No Brasil, a legitimação e a institucionalização das abordagens de promoção da saúde na atenção à saúde ganharam força, principalmente, após a criação do Sistema Único de Saúde, a partir da década de 1990. A partir da descentralização administrativa e da participação popular, os estados e os municípios receberam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, originando a implantação das experiências pioneiras (BRASIL, 2006a).

O movimento da promoção da saúde expandiu-se com diversas experiências municipais, no SUS e nas discussões acadêmicas sobre o tema (BUSS, 2003; CARVALHO, 2005; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; LEFEVRE; LEFEVRE, 2004). No entanto, foi em 2006 que se implementou a Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil com o intuito de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos determinantes de saúde (BRASIL, 2006a).

A promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia para enfrentar os desafios de produção da saúde num cenário sociohistórico cada vez mais complexo e que exige reflexão e a qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Assim, as práticas de promoção da saúde visam romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento, fortalecendo as articulações intersetoriais e promovendo o cuidado integral (BRASIL, 2006a). Nesse sentido, contribuem para superar o processo de medicalização social.

2.2 Medicalização social e o campo da saúde

Autores da área da saúde, como Tesser e Barros (2010) e Poli Neto e Caponi (2010), vêm analisando o processo de medicalização das sociedades modernas e contemporâneas. Para Poli Neto e Caponi (2010), esse processo surge especialmente após a década de 1960 em que autores como Foucault, Illich, entre outros, dispararam um olhar sobre a corporação médica, com base nas teorias sobre a sociedade. Nesse campo, são exemplos a teoria biopolítica foucaultiana e a teoria da contraproduzibilidade da sociedade industrial de Ivan Illich.

Segundo Foucault, a medicalização da sociedade teve início no século XVIII, e evidencia o papel central desse tema na elaboração posterior dos conceitos de biopoder e biopolítica, articulados com a noção de população (FOUCAULT, 2002). Assim, Foucault ressalta que

desde o século XVIII, a medicina não cessou de se ocupar daquilo que não a concerne, quer dizer, daquilo que não se liga aos diferentes aspectos dos doentes e das doenças (FOUCAULT, 2001, p. 50)¹.

No Brasil, a medicalização está associada à socialização relativa da biomedicina para grandes contingentes populacionais modernizados, portadores de práticas e saberes autônomos (TESSER, 2006a). A medicalização, para Tesser (2006b, p.348), “é um processo de expansão progressiva do campo da biomedicina, por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos”. Este autor ainda discute que a medicalização social está relacionada ao que Illich chamou de iatrogenia cultural, uma forma difusa de iatrogenia da biomedicina: a perda do potencial cultural para manejo da maior parte das situações de dor, adoecimento e sofrimento. A proposta seria resgatar a autonomia das pessoas em saúde-doença.

A medicalização social decorre de transformações socioculturais, políticas e científicas relacionadas à incorporação de normas biomédicas na sociedade (FOUCAULT, 1979), e com isto é liderada pela biomedicina (TESSER; BARROS, 2008). Portanto, a medicalização traz uma visão mecanicista e biologista, na qual se enfatiza a concepção de saúde como ausência de doença, com foco individual e autoritário. Nessa perspectiva, compreendo que a medicalização social às vezes

¹ Original publicado em 1976.

torna-se inviável na promoção da saúde, tendo em vista que promover a saúde significa adotar uma concepção positiva de saúde, na qual o sujeito amplia sua autonomia e dá ênfase ao coletivo, com o olhar sob os determinantes sociais.

Como representado na FIG. 01, a medicalização social reforça o individual, a setorialidade, a saúde ainda é compreendida como ausência de doença, além de evidenciar o controle e o autoritarismo (TESSER, 2010).



FIGURA 01 – Medicalização social e promoção da saúde

Fonte: TESSER, 2010, p. 30.

Deste modo, percebe-se uma divergência entre a medicalização social e a promoção da saúde ao revelarem elementos que se contrapõem.

Na tentativa de superar a medicalização, há um empenho crescente em práticas não hegemônicas, entre as quais destaco as práticas integrativas e complementares. Contudo, esse campo ainda é desenvolvido com dificuldades para se constituir com potencial na elaboração de políticas públicas menos medicalizantes.

Essas práticas inovam na reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico. A singularidade do indivíduo abrange sua totalidade biopsíquica, bem como seu cuidado e tende a ser considerado o foco de medicina como a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica (LUZ, 2007). A autora também destaca a resituação da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica, onde busca meios terapêuticos simples, despojados tecnologicamente, com igual ou maior eficácia nas situações mais gerais e comuns de adoecimento. Assim, como propõe a construção de uma medicina que desenvolve a autonomia do sujeito e que tenha como categoria central a Saúde.

2.3 Práticas integrativas e complementares e as Racionalidades médicas

As práticas integrativas e complementares são um campo de saberes e cuidados que articulam métodos diagnósticos e terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, incluindo recursos como terapias nutricionais, disciplinas corporais, diversas modalidades de massoterapia, práticas xamânicas e estilos de vida associados ao naturalismo e à ecologia (ANDRADE; COSTA, 2010).

Os antropólogos foram pioneiros em estudar as formas de cuidado à saúde e às PIC. Metcalf; Berger; Negri Filho (2004), modificando esquema oriundo da antropologia médica norte-americana, dividiram o cuidado em saúde no Brasil em três setores: a medicina popular ou informal (cuidados de familiares, amigos, vizinhos, assistência mútua em igrejas ou grupos de autoajuda); o sistema oficial (biomedicina) e as PIC (Homeopatia, Acupuntura, especialistas populares e tradicionais).

As práticas integrativas e complementares podem fundamentar-se em diferentes racionalidades médicas. No Brasil, a pesquisadora Madel T. Luz desenvolve, junto a seu Grupo de Pesquisas Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde, desde da década de 1990, estudos com enfoques sociohistóricos, antropológicos e filosóficos, sobre as diferentes racionalidades no campo da saúde coletiva no Brasil, com destaque para as multiplicidades de saberes e práticas presentes na sociedade e instituições de saúde (LUZ, 2007; 2012a).

Para Luz (1996), uma racionalidade médica é concebida como um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose (diagnóstico), um sistema terapêutico (terapêutica) e uma doutrina médica (explicativa do que é doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todas embasadas em uma sexta dimensão implícita ou explícita: a cosmologia. Tais dimensões, presentes e estruturadas, caracterizam uma racionalidade médica e, logo, permite distinguir sistemas médicos complexos.

A autora desenvolve seus estudos distinguindo quatro racionalidades médicas que orientam as práticas em saúde no Brasil: Medicina Ocidental Contemporânea (ou Biomedicina), Medicina Homeopática, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Ayurvédica, conforme demonstrado no QUAD. 01.

QUADRO 01
Resumo comparativo das racionalidades médicas

Racionalidade médica	Cosmologia	Doutrina médica	Morfologia	Fisiologia ou dinâmica vital	Diagnóstico	Terapêutica
MEDICINA OCIDENTAL CONTEMPORÂNEA	Física Newtoniana (lássica) implícita	Teoria(s) da causalidade da doença e seu combate	Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos	Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas	Semiologia anamnese; exame físico e exames complementares	Medicamentos, cirurgia, prevenção
MEDICINA HOMEOPÁTICA	Cosmologia Ocidental Tradicional: (Alquímica) e Clássica (Newtoniana) Implícita	Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais	Organismo material (sistemas) força (ou energia) vital animadora	Fisiologia energética (implícita); Fisiologia dos sistemas; Fisiologia do medicamento e adoecimento	Semiologia anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individuais. Diagnóstico	Medicamento Higiene (física e mental)
MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	Cosmogonia Chinesa (geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teorias do “Yin-Yang” e das “cinco fases (ou elementos)” e seu equilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais	Teoria dos “canais” meridianos e dos pontos de acupuntura (“corpo sutil”). Teoria dos órgãos e das vísceras (“corpo orgânico”)	Fisiologia dos “sopros vitais”(Qi) Fisiologia dos órgãos; Dinâmica Yin-Yang no organismo e com o meio ambiente.	Semiologia anamneses do desequilíbrio Yin-Yang. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos	Higiene. Exercícios: artes, meditação, etc.). Dietética: fitoterapia, massagens, acupuntura e Moxabustão
MEDICINA AYURVÉICA	Cosmologia Indiana (Geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teoria dos cinco elementos e das constituições humorais (“Tridosha”) nos sujeitos individuais.	Teoria dos vários corpos (“denso” e “sutis”)Teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos	Fisiologia “energética” (circulação do Prana e das demais energias nos “corpos”). Equilíbrio do “Tridosha”.	Semiologia: anamnese do desequilíbrio do “Tridosha”. Sistema de observação “dos oito pontos”. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos.	Dietética: Técnicas de eliminação e purificação. Exercícios: Ioga, meditação, etc.). Massagens: Fitoterapia; medicamentos.

Fonte: LUZ, 2012, p.22-23.

Para além dos sistemas médicos complexos ou racionalidades médicas, importa ressaltar que, em especial no contexto contemporâneo, há uma multiplicidade de práticas em saúde que necessariamente não se fundamentam por uma racionalidade médica e outras práticas que, mesmo inscritas em sistemas terapêuticos tradicionais, tais como a medicina tradicional indígena ou o sistema de cura afro-americano, não são objeto de compreensão nesta dissertação. Luz (2007)

reconhece o pluralismo sincrético no campo, mas reforça que são as práticas das racionalidades médicas que tiveram grande crescimento, em termos de consumo, em nossa sociedade e são também elas que têm maior chance, por sua “tradutibilidade terapêutica”, em termos de medicina ocidental, de se legitimarem frente à ciência e às instituições de saúde.

Independente da inscrição em uma racionalidade médica descrita, as práticas em saúde orientam-se por diferentes paradigmas, o que lhes confere uma legitimidade na institucionalização social.

De modo geral, os paradigmas são modelos que orientam o movimento próprio das práticas de saúde (CARVALHO; LUZ, 2009). Para Kuhn (2011), paradigma é um conjunto de princípios, teorias, conceitos e metodologias que orientam toda a investigação e prática científica. Esse conjunto de elementos é compartilhado pelos membros de uma comunidade científica, no qual tem como objeto um problema a ser resolvido.

De acordo com este autor, a transição para um novo paradigma se dá pelo que o autor denominou de revolução científica, na qual há passagens das fases de normalidade para as de crises e, com isso, para novos modelos. As revoluções científicas iniciam porque algo do paradigma existente deixou de funcionar adequadamente na exploração de um aspecto daquela natureza. Assim, quando ocorrem mudanças de paradigmas, muda com eles o próprio mundo, pois esta mudança leva os indivíduos a visualizarem um mundo de uma maneira diferente (KUHN, 2011).

Neste entendimento, Luz (2005a) ressalta que no campo da saúde, o surgimento de novos paradigmas está relacionado a diversos eventos e acontecimentos socioeconômico, cultural e epidemiológico denominado como “crise da saúde e da medicina” no final do século e milênio. Verifica-se que os elementos ocasionados pelas crises motivam, mesmo que indiretamente, a busca por outras racionalidades médicas, orientadas por um outro paradigma.

Atualmente, dois paradigmas se destacam no campo da saúde: o vitalista e o biomecânico (CARVALHO; LUZ, 2009). Nesse sentido, as medicinas homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica comungam traços de um paradigma transcultural bioenergético ou vitalista – que se opõe ao outro – biomecânico ou biomédico – que orienta a medicina ocidental contemporânea (LUZ, 2012b). Os dois paradigmas distinguem-se quanto aos objetos e objetivos.

A concepção mecanicista, técnica e materialista da ciência moderna têm seus fundamentos na física clássica e na visão dualista corpo/mente do ser humano que se soma ao Iluminismo no século XVIII e ao Positivismo no século XIX, com a afirmação do conhecimento racional. O mecanicismo adota como objeto o corpo humano e suas disfunções (doenças) como objeto de atuação. É mecânico porque pressupõe que o corpo funciona como uma máquina, com partes que se articulam (NASCIMENTO, 2012). Quando uma parte “estraga”, deve-se restaurá-la, para reestabelecer o funcionamento normal. O mecanismo ganhou maior representação na dimensão terapêutica por meio do agente etiológico, onde a doença passa a ser combatida como agente agressor e eliminável. Com isso, a terapêutica utilizada é essencialmente a medicamentosa, com ação direta contra o agente agressor (CANGUILHEM, 1997; ALMEIDA, 1996).

Assim, sob influência desse paradigma, tenta-se desvendar o funcionamento orgânico do corpo como um objeto da mecânica a partir do qual originam-se

as representações e concepções de temas classicamente ligadas à cultura médica, tais como as de máquina ou autômato altamente organizado, no caso de corpo; de divisão dualista corpo-mente, no caso de indivíduo, e de separação homem-natureza, no caso de pessoa (LUZ, 2007, p. 49).

Esse paradigma também demarca a separação entre o campo científico e o campo religioso, num discurso positivo e objetivista sobre a saúde que nega a presença de um sujeito com ação intencional (MARTINS, 2012).

O paradigma bioenergético/vitalista, por sua vez, opera com a lógica da existência de uma energia vital, numa compreensão de corpo simbólico que articula o corpo com seus mecanismos internos (celular, metabólico, nervoso) e externos (climático, geocósmico, cronobiológico, psicoafetivo,...).

A Energia é o vórtice que reunifica a unidade sistêmica perdida pelo excesso de formalização e especialização disciplinar da Medicina Cartesiana e, também, com o efeito depredador do capital médico sobre os usos do corpo (MARTINS, 2012, p.328).

Esse paradigma também é descrito como vitalista porque orienta as doutrinas médicas que compreendem que há um princípio vital, distinto da alma pensante e das propriedades físico-químicas do corpo, que governa os fenômenos da vida (CZERESNIA, 2012). Surgiu no século XVII e difundiu-se no século XIX em oposição ao mecanicismo, ganhando ímpeto com o movimento contracultural dos anos 1960 e

1970 por meio das medicinas alternativas (LUZ, 2007). O vitalismo posicionou-se mediante termos extrafísicos como “princípio vital” e “alma pensante”, e, assim, propõe superar a dualidade do corpo-mente com uma nova forma de interpretar os fenômenos biológicos e mentais (CZERESNIA, 2012).

Nos últimos trinta anos, no mundo ocidental, a procura por outras práticas de saúde, incluindo neste caso as práticas terapêuticas, pode ser explicada pelas crises da saúde e da medicina. Essas crises caracterizam as lacunas dos sistemas coletivos de saúde e da terapêutica da biomedicina (ou medicina ocidental contemporânea), incapazes de atender à totalidade das demandas de saúde das populações (SOUZA; LUZ, 2009). Segundo esses autores, a crise da saúde evidencia o desenvolvimento do capitalismo na saúde das populações, que se reflete na deficiência dos sistemas de saúde, junto com a crise da medicina ao apontar as deficiências do sistema de saúde e do sistema terapêutico hegemônico. Assim, as práticas terapêuticas surgem como um resgate de valores e concepções holísticas no campo da saúde, compreendidas como tentativas de solucionar seus problemas intrínsecos.

Para que, de fato, as práticas terapêuticas ou PIC, com suas racionalidades específicas, se configurem em um novo paradigma médico, é necessária uma mudança cultural na saúde que inclua, segundo Luz (2007): 1) a reposição do sujeito doente como centro do paradigma biomédico, onde a singularidade do sujeito deve ser considerada como objeto e objetivo central dessas práticas; 2) a re-situação da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica; 3) a busca de meios terapêuticos tecnologicamente menos caros, ou melhor, as práticas terapêuticas adotando formas mais simples para sua diagnose e terapêutica, dispensando os exames sofisticados e privilegiando outras formas de intervenção, tais como hábitos e estilos de vida, incentivando a socialização dos indivíduos e sua participação no processo de cuidado; 4) o aumento da autonomia dos indivíduos inseridos nessas práticas, onde a centralidade da saúde tem consequência importante em relação ao objetivo e ao objeto central dessas medicinas; 5) a afirmação de uma medicina que tenha como categoria central a Saúde e não a Doença em seu paradigma de conhecimento e de prática terapêutica.

Com esse entendimento, passou-se à compreensão das práticas integrativas e complementares e de outras práticas alternativas não hegemônicas no modelo biomédico, mas identificadas no campo de estudo.

Nesse cenário, a busca por novas práticas terapêuticas, tais como as práticas integrativas e complementares, pode ser compreendida como tentativa de solucionar ou diminuir as deficiências na dimensão terapêutica da biomedicina. Desse modo, Luz (2007) afirma que um novo paradigma médico pode surgir justamente onde a racionalidade da medicina ocidental se distanciou de sua dimensão terapêutica, ou seja, da arte de curar sujeitos.

Para a conformação do campo teórico do estudo optou-se por trabalhar com a categoria Práticas Integrativas e Complementares como um dos elementos que conforma diferentes racionalidades médicas. Essa opção assenta-se nas discussões de Luz (2012c) para quem

a racionalidade médica é um operador conceitual que permite analisar ou comparar sistemas médicos complexos em perspectiva teórica, analítico-descritiva ou empírica(...). Contudo, não é uma categoria adequada ao estudo de práticas de cura, populares ou não, ou de terapias ditas alternativas, enquanto são vistas principalmente ou se reduzem a práticas terapêuticas (LUZ, 2012c, p. 219).

Nesse caso, o mais adequado é estudar as práticas e sua representação social (LUZ, 2012c), mesmo porque sistemas médicos complexos tradicionais, que têm sua racionalidade específica, podem ser “decompostos” em alguns de seus elementos diagnósticos ou, sobretudo, terapêuticos, e serem utilizados de acordo com um certo “bom senso” classificatório das demandas de cuidados e de tratamento de doenças (LUZ, 2007).

Assim, pode parecer contraditório, mas provavelmente habitual, encontrarmos o uso de determinadas práticas terapêuticas que não demonstram explicitamente relação direta com o sistema diagnóstico que lhes seria correspondente no quadro explicativo das racionalidades médicas. Ou, ainda, práticas terapêuticas que não têm estruturadas uma morfologia ou uma doutrina médica.

Ainda assim, estudar essas práticas é relevante e pode responder ao questionamento de como podem inovar, ou tornar-se “novo modelo” que contribua, seja na diagnose, seja na terapêutica, para uma medicina em constante transformação (LUZ, 2007).

Importa destacar que essas práticas – inscritas ou não em determinadas racionalidades - encontram um lugar de destaque no sistema de cura na maioria dos países pobres, tal como na África. Nos países ricos, proliferam estudos que mostram

grande procura por essas práticas e, cada vez mais, os profissionais de saúde indicam práticas complementares e também procuram aprendê-las para ampliar suas habilidades curadoras (TESSER, 2009; OMS, 2002; BARROS, 2000 e 2002b).

Os motivos da procura nos países pobres seria sua adequação cultural, fácil acesso e eficácia relativa, associados ao pequeno acesso à biomedicina, escassa e cara nesses lugares (LUZ, 2012b). Nos países ricos, a demanda é crescente e é associada às insatisfações com a biomedicina e contribui para instituir uma nova cultura na saúde (TESSER, 2009).

Nesse entendimento, no Brasil, em 03 de maio de 2006, aprovou-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia de valorização e oferecimento de saberes nos serviços públicos de saúde.

A PNPIC envolve abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros aspectos compartilhados nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado, o que as aproxima da promoção da saúde. A PNPIC considera, em seu escopo, as práticas da Medicina Tradicional Chinesa (em especial a Acupuntura), a Medicina Homeopatia, as Plantas Medicinais (Fitoterapia), Termalismo Social (Crenoterapia) e Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional tem como objetivos: incorporar e implementar as PIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos, da promoção e recuperação da saúde; expandir a resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; promover a racionalização das ações de saúde e estimular alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; instigar ações referentes ao controle e à participação social; promover o envolvimento dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006b).

Tesser (2009) aponta quatro eixos temáticos que demarcam propostas, ações e perspectivas das práticas e permitem um mapeamento dos aspectos que se

aproximam ou se afastam do ideário da promoção da saúde: 1º) o foco; 2º) o setor de instalação; 3º) a concepção de saúde e de cuidado; 4º) enfoque pedagógico.

Em relação ao primeiro eixo, as PIC afiliadas ou não a racionalidades médicas destinam-se ao cuidado com a saúde dos indivíduos, com o foco no polo individual. Várias racionalidades médicas insistem em que o cuidado com a saúde é um meio para o objetivo final de realização do ser humano. Sob a perspectiva da promoção da saúde, esse aspecto também é observado na defesa de um processo de transformação e realização pessoal como trajetória individual, mesmo que seja para religar e re-harmonizar a pessoa com o mundo e com os outros, sendo esse o objetivo das práticas inseridas nas racionalidades médicas tradicionais da Índia e da China. Contudo, as racionalidades oferecem práticas, valores e técnicas de promoção de saúde que também podem desenvolver coletivamente, em pequenos grupos, a solidariedade, a troca entre os participantes e o *empowerment* comunitário. Entre essas práticas, as meditações, as massagens e automassagens, os exercícios psicofísicos ou energéticos, voltados para o indivíduo, têm repercussões positivas na sociabilidade, na construção de redes de apoio social, na discussão da participação social e política. É no polo individual e grupal, numa perspectiva relacional microssocial, que as práticas complementares se centram (TESSER, 2009).

Essa abordagem parece se distanciar do enfoque coletivo e comunitário defendido nas propostas contemporâneas de promoção da saúde que tem como objetivo possibilitar que indivíduos e comunidades tenham um maior controle sobre os determinantes sociais.

De acordo com a Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde, criada em 2006, os determinantes sociais da saúde incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, compreendendo também as redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam diretamente nos estilos de vida dos indivíduos e coletivos (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE - CNDSS, 2006).

Nesse contexto, discute-se a promoção da saúde para introduzir mudanças no conjunto das políticas públicas econômicas e sociais e agregar valores, mobilizando vontades e ações políticas que permitam a redistribuição do poder na

saúde e em outros setores dos governos para viabilizar as mudanças necessárias (BRASIL, 2006c).

O segundo eixo proposto por Tesser (2009) assinala que as PIC geralmente permanecem no âmbito do setor saúde, embora essas práticas possam estar inseridas em outras áreas como no setor cultura ou esportes. Também nesse aspecto, apontam-se divergências com as propostas de promoção da saúde que têm a intersetorialidade como premissa fundamental. A intersetorialidade, de acordo com a PNPS, é compreendida como uma articulação das possibilidades dos diferentes setores de pensar a saúde, de coresponsabilizar-se pela garantia do direito à saúde, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006a) e, com isso, permite uma melhoria na qualidade de vida dos indivíduos e coletivos.

É com essas perspectivas que Silva (2009) aponta que as práticas de promoção da saúde requerem uma articulação entre os elementos determinantes da saúde, com o compartilhamento de ações e responsabilidades entre os governos e os mais distintos setores da sociedade, tanto públicos quanto privados, além da indispensável participação comunitária.

Em relação ao terceiro eixo, algumas racionalidades médicas vitalistas estruturam-se e atuam em termos de uma concepção positiva de saúde. Logo, proporcionam técnicas, saberes e ações especificamente promotoras da saúde e agregam os cuidados terapêuticos, estimulando potenciais de cura e fortalecendo a saúde. Como exemplo, cita-se o uso de noções como a de “princípio vital” utilizado na medicina homeopática e sopro ou energia vital (*chi*, dos chineses; *prana*, dos indianos), que interligam a pessoa interna e externamente, e de técnicas a elas relacionadas (LUZ, 1996). Essas racionalidades integram noção positiva de saúde com promoção e cuidado terapêutico (TESSER, 2009). Esse aspecto está essencialmente relacionado à concepção holística, princípio da promoção da saúde e, portanto, estabelece um ponto de convergência entre os dois referenciais.

O quarto eixo discutido por Tesser (2009) se refere ao potencial pedagógico, no qual inclui um aspecto de autoconhecimento e crescimento pessoal. A pedagogia nas PIC é centrada na sua própria experiência e na experiência das pessoas, por vezes com estilos comunicativos e valores convergentes com o ideário da promoção da saúde. Os praticantes filiados a racionalidades médicas vitalistas e tradicionais, e mesmos outros executores de práticas complementares, vivem em si mesmos

experiências que os possibilitam desenvolver um razoável grau de sabedoria prática, ética e solidariedade, que deixam seu proceder suficientemente "empoderador", dialógico e promotor de saúde.

A partir dessas colocações, pode-se afirmar que as práticas integrativas e complementares apresentam elementos que podem confluir com os princípios da promoção da saúde e, como tal, revelam-se desmedicalizantes. Contudo, há outros aspectos que demarcam a orientação e operacionalização das PIC no cotidiano dos serviços do SUS que merecem o olhar e a interpretação no sentido de apontar os avanços e os desafios na construção dos saberes que fundamentam novos paradigmas na saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender os sentidos construídos nas práticas integrativas e complementares e sua relação com o campo da promoção da saúde.

3.2 Objetivos específicos

* Identificar as concepções de profissionais e participantes sobre as práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde;

* Analisar a organização das práticas integrativas e complementares em um serviço municipal de saúde e sua relação com os princípios da promoção da saúde.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Para delinear um percurso metodológico coerente com o objeto de estudo, optei pela abordagem qualitativa ancorada no referencial teórico-metodológico da dialética.

A pesquisa qualitativa permite melhor compreensão da realidade subjetiva e análise das relações, crenças, percepções, opiniões e sentidos das práticas integrativas e complementares; isso porque o método qualitativo:

aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p. 57).

O referencial teórico-metodológico da dialética como estratégia de conhecimento da realidade revela a apreensão e a compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade (MINAYO, 2010).

A dialética contempla três princípios: a *especificidade histórica*, a *totalidade* e a *união de contrários*. Goldmann (1980) aponta que tudo o que ultrapassa o indivíduo para atingir a vida social constitui acontecimento histórico, explicando, assim, a especificidade histórica. A *totalidade* pode ser entendida como o princípio que conduz a investigação e a análise dos fatos, no qual se deve

apreender os fenômenos em sua auto-relação e hetero-relação, em suas relações com a multiplicidade de seus próprios ângulos e de seus aspectos intercondicionados, em seu movimento e desenvolvimento, em sua multiplicidade e condicionamentos recíprocos por outros fenômenos ou grupos de fenômenos (JOJA, 1964, p.53).

O terceiro princípio da dialética é a *união dos contrários*, presente na totalidade e nas partes dela em vários movimentos de entrelaçamento e de conflitos (MINAYO, 2010).

Desse modo, a dialética permitirá compreender as contradições presentes no cotidiano dos sujeitos envolvidos nas práticas integrativas e complementares e, como tal, será revelador dos sentidos dessas práticas para os sujeitos do estudo.

4.2 Cenário do estudo

O cenário de estudo foi um serviço municipal de saúde, especializado em práticas de promoção da saúde e que inclui práticas integrativas e complementares. Localiza-se em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Esse município conta com uma população estimada em 81.162 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010).

Em 2000, foi criado um programa de atendimento à saúde, inicialmente por uma pedagoga e terapeuta holística, para atender as pessoas usuárias de benzodiazepínicos, identificadas nos Serviços de saúde do município. Com a finalidade de expandir as práticas para a população como um todo, em 2008, o programa foi municipalizado e inaugurado como Centro especializado em promoção da saúde.

O Centro é considerado um serviço inovador de promoção da saúde que inclui práticas integrativas e complementares, com atendimento exclusivamente à clientela do Sistema Único de Saúde, com funcionamento diurno, de sete horas e trinta minutos às dezessete horas, com intervalo do horário de almoço de uma hora. Oferece práticas como Acupuntura, Homeopatia, Relaxamento, Oficina de Memória e Dança Sênior.

A escolha desse cenário deu-se após ter atuado no campo como pesquisadora no estudo de “Inovação nas Práticas de Promoção da Saúde” e por compreender que as práticas desenvolvidas no Centro especializado apresentam crescimento no campo da saúde. Além disso, essas práticas foram reveladas com potencial para a promoção da saúde e estão inseridas no SUS, permitindo então responder aos questionamentos da pesquisa.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram seis profissionais que atuam no Centro especializado: três médicos, uma terapeuta holística, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira.

Foram sujeitos também quatorze participantes das práticas estudadas, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, com tempo variável de participação nas atividades. O critério de idade foi estabelecido levando-se em consideração que

a maioria dos participantes das práticas são maiores de 18 anos. Esses sujeitos foram identificados durante o período de observação das práticas pela pesquisadora ou até mesmo por indicação dos profissionais. Após a identificação desses informantes-chave, foi realizado o convite para participarem da pesquisa.

A coleta de dados com os sujeitos do estudo deu-se somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 O desenvolvimento da pesquisa

4.4.1 Técnicas e instrumentos do trabalho de campo

Para melhor apreensão da realidade, optei pelo uso das seguintes técnicas de coleta de dados: observação e entrevista com roteiro semiestruturado. Como instrumento de registro da pesquisadora foi utilizado o diário de campo; e, como instrumento de registro dos sujeitos participantes das práticas foi utilizado o diário do participante.

Gomes *et al.* (2005) assinalam que a multiplicidade de técnicas e sua triangulação permitem ampliar as possibilidades de aproximação e captação do fenômeno.

A coleta de dados deste estudo foi estruturada em dois momentos:

- Primeiro momento: utilização de observação e entrevista com os profissionais do Serviço para compreender a dinâmica do Serviço e identificar os sujeitos para o segundo momento do estudo;
- Segundo momento: entrega dos diários aos participantes das práticas e entrevista com esses sujeitos quando da devolução dos diários ao pesquisador.

4.4.1.1. Observação

A primeira aproximação ao campo de estudo ocorreu por meio de observação, no qual propus aproximar-me do fenômeno estudado. Segundo Minayo (2010), a observação é um instrumento essencial para a coleta de dados na pesquisa qualitativa. Essa técnica de coleta de dados permite uma aproximação com o fenômeno pesquisado, pois possibilita ao pesquisador participar da vida diária dos

sujeitos pesquisados para apreender os significados que os sujeitos atribuem à realidade que os cerca e a suas próprias ações (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Os principais objetivos dessa técnica de coleta de dados no estudo foram conhecer a dinâmica cotidiana das práticas, a interação entre profissionais e participantes, a identificação de informantes-chave e possibilitar uma aproximação com os sujeitos do estudo. Nesse sentido, Horta (2011) menciona que a técnica de observação permite uma integração com os sujeitos e a construção de uma relação de confiança no início do trabalho de campo.

A observação foi orientada pelas seguintes questões:

- Como ocorrem as práticas?
- Como se dá a relação entre profissionais e participantes das práticas?
- Como é a atuação do profissional nas práticas?
- Como é a atuação dos participantes nas práticas?

A observação foi o instrumento inicial da coleta de dados e o direcionador para os passos seguintes na coleta de dados. Essa técnica perpassou por todo o período em que a pesquisadora esteve presente no campo. Iniciou-se em 28 de novembro de 2011 e finalizou em 23 de outubro de 2012, totalizando sessenta e cinco dias de observação. Nesse período, houve férias dos profissionais e, com isso, as práticas foram paralisadas. No período de dezembro de 2011, na semana do recesso de Natal e Ano Novo, e primeira quinzena de Janeiro de 2012, também não havia todas as práticas em funcionamento devido à solicitação dos participantes. Assim, de novembro de 2011 a Maio de 2012, a pesquisadora teve uma imersão constante no cenário de estudo para as aproximações iniciais e cumprimento dos objetivos dessa fase do estudo. A partir do momento em que a pesquisadora havia identificado todos os informantes-chave e conseguido responder as questões relacionadas à observação, a ida ao campo tornou-se mais pontual, comparecendo, principalmente, nos horários em que os sujeitos participantes das práticas estivessem presentes. As situações observadas tiveram duração de uma hora até oito horas. A variação no tempo se explica pelos horários e dinâmicas das práticas.

A participação ativa da pesquisadora fortaleceu o vínculo com os sujeitos do estudo, bem como permitiu estabelecer uma relação de confiança. Com isso, a pesquisadora observou que, à medida que se aproximava dos participantes e interagiu nas práticas, tornavam-se cada vez mais evidente os informantes-chave.

Para o registro das informações da observação, foi utilizado o diário de campo do pesquisador, no qual foi possível organizar e registrar as percepções e experiências do pesquisador desde o início da coleta de dados até o encerramento. Logo após o término de cada observação, a pesquisadora realizava as descrições detalhadas das situações observadas. Minayo (2010) considera que esses registros compõem o quadro das representações sociais, ou seja, as categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, questionando-a e justificando-a.

Conforme mencionado, no decorrer das observações também foram identificados os informantes-chave para participarem do segundo momento do estudo. Foram, então, inseridos participantes das práticas que se “destacaram” pelo envolvimento ou pela desmotivação na realização das atividades. Houve, também, a indicação de informantes-chave pelos profissionais.

4.4.1.2 Entrevista com os profissionais e participantes das práticas

Concomitantemente à observação, a pesquisadora utilizou a técnica de entrevista com roteiro semiestruturado. Foram elaborados dois roteiros diferentes, um para os profissionais que atuam no cenário do estudo (Apêndice A) e outro para os participantes das práticas (Apêndice B).

A entrevista com roteiro semiestruturado é uma técnica apropriada para estabelecer ou descobrir que existem pontos de vista sobre fatos além daqueles do entrevistador, conforme propõem Bauer e Gaskell (2007).

Primeiramente, foi feito contato com os profissionais que atuam como terapeutas das práticas para participarem do estudo. Após o aceite dos profissionais, foi realizado o agendamento das entrevistas individuais. As entrevistas com os profissionais foram norteadas por questões sobre a prática que desenvolvem no Serviço, a intersectorialidade, a relação das PIC com a promoção da saúde e a repercussão da prática na vida dos participantes. Os entrevistados foram receptivos e ressaltaram a importância de ampliar os estudos sobre as PIC. O tempo das entrevistas com os profissionais variou de dezoito minutos a trinta e quatro minutos, totalizando duas horas, cinquenta minutos e setenta e dois segundos de gravação.

Paralelamente às entrevistas com os profissionais, houve a identificação dos informantes-chave para contemplar o segundo momento do estudo. Ao identificar os

informantes-chave, iniciou-se o convite a dois sujeitos participantes das práticas para o teste do diário do participante. Posteriormente, foram convidados mais quinze participantes inseridos nas práticas. No total de dezessete convidados, três se recusaram a participar do estudo, pois relataram timidez e problemas particulares em família. Dessa maneira, o segundo momento do estudo contou com a participação de quatorze sujeitos que foram convidados e aceitaram participar do estudo elaborando o diário e respondendo à entrevista com roteiro semiestruturado.

O diário do participante consistiu de um caderno pautado e paginado, entregue aos participantes das práticas, identificados quando da observação no cenário ou por indicação dos profissionais (FIG. 02).

O diário contém, na primeira página, as seguintes indagações “Como se sentia antes de participar das práticas no Serviço?” e “Como se sente agora, após participar das práticas no Serviço?”. Solicitou-se que o participante refletisse e expressasse no diário, da maneira como desejasse, fosse por escrito, ou por desenhos ou colagem de figuras, suas respostas às indagações.

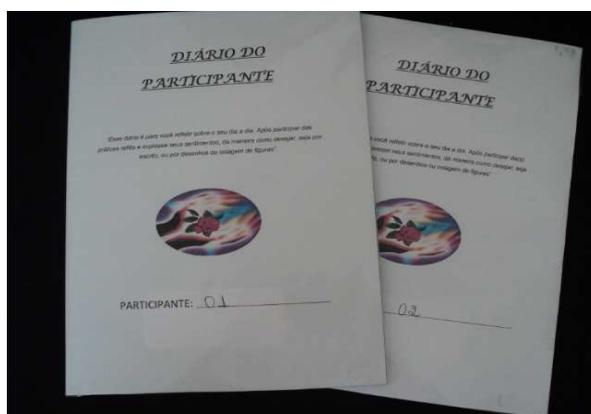


FIGURA 02: Foto ilustrativa do diário do participante
Fonte: Arquivo fotográfico da pesquisa.

Os diários permaneceram com os participantes por um período mínimo de um mês e máximo de quatro meses. O tempo de permanência do diário a princípio seria no mínimo quatro semanas. Mas, no decorrer da pesquisa, percebeu-se que o tempo de permanência dependia da evolução de cada participante em relatar e refletir sobre sua vivência no dia a dia das práticas. Por exemplo, na participação da prática de Acupuntura, o participante precisava permanecer com o diário até o final das doze sessões para refletir sobre seu sentimento no dia a dia da prática. Desse modo, a pesquisadora manteve o contato com todos os participantes,

semanalmente, antes ou após a participação deles nas práticas, em local de preferência dos participantes – em sua maioria no próprio centro especializado - para esclarecimentos e orientações sobre o diário. Ocorreram alguns desencontros com os participantes que faltavam às atividades das práticas. Houve somente uma situação em que a pesquisadora foi até ao domicílio de uma participante que fraturou o pé direito e estaria de repouso por um período mínimo de trinta dias. Logo, precisou interromper sua participação na prática. A pesquisadora realizou o contato por telefone e agendou a visita domiciliar para entrevista e devolução do diário.

O acompanhamento semanal do diário do participante permitiu à pesquisadora reconhecer o momento de estender a permanência do diário, em algumas vezes, ou agendar a devolução do diário e esclarecer possíveis dúvidas.

No momento da entrega do diário para a pesquisadora, os participantes respondiam a uma entrevista individual com roteiro semiestruturado, com questões relacionadas à sua participação na prática, acesso, motivo da procura pela prática e as possíveis mudanças após inserção na prática. Quando havia figuras ou desenhos elaborados pelo participante no diário, a pesquisadora perguntava, no momento da entrevista, o que significavam aquelas imagens. O tempo das entrevistas com os participantes das práticas variou de oito minutos a vinte e nove minutos, totalizando três horas, sete minutos e dezenove segundos de gravação.

Importa ressaltar que o diário foi capaz de oportunizar, aos participantes das práticas, a expressão de seus sentimentos e a reflexão de forma criativa e espontânea sobre o seu dia a dia nas práticas. A entrevista permitiu identificar as concepções dos participantes em relação às práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde. Assim, um instrumento complementou o outro para que se atingissem os objetivos propostos no estudo.

O término das entrevistas e do diário do participante ocorreu quando se percebeu que as informações obtidas na coleta de dados atingiram a homogeneidade em relação ao objeto e aos objetivos do estudo. Para isso, as primeiras entrevistas foram transcritas logo após sua realização. Assim, todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para subsidiar a fase de análise dos dados.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram tratados numa análise temática que permitiu parear categorias analíticas e categorias empíricas. As categorias analíticas do estudo, previamente definidas, foram: Organização das práticas integrativas e complementares e Promoção da saúde. Os dados empíricos foram analisados buscando revelar o conteúdo manifesto nos discursos, correlacionando-o ao referencial teórico que sustentou a descrição das categorias analíticas.

A análise de conteúdo seguiu as três fases proposta por Bardin (2009):

1-Pré-Análise: tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Inicia-se com uma leitura "flutuante" dos documentos a analisar, com a organização dos dados e transcrição das entrevistas fielmente e na íntegra. Nessa fase, na medida em que foram realizadas as entrevistas, estas foram transcritas na íntegra, com o auxílio do programa InqScribe®, gerando um banco de dados de entrevistas, armazenadas em dois arquivos, um para os profissionais e outro para os participantes das práticas.

Também foram realizadas a leitura e a limpeza do material, excluindo expressões repetidas, identificação dos participantes e do cenário.

2-Exploração do material: consistiu na aplicação sistemática das decisões tomadas. Nessa fase, realizaram-se as codificações das entrevistas da seguinte forma:

- Aos Profissionais atribuiu-se uma classificação alfa numérica composta pela letra "E", seguida de identificação numérica de 1 a 6, referente à ordem em que foram entrevistados. Para exemplificar, na apresentação dos resultados, o código "E1" significa dados da entrevista do primeiro profissional.
- A codificação dos participantes seguiu a ordem em que foram convidados a participar do estudo, identificados pela letra "P" seguidas da codificação numérica. De acordo com essa norma, o primeiro

participante recebeu a codificação “P1” e subsequentemente, até o último participante entrevistado (P14).

Posteriormente, fizeram-se leituras exaustivas do material empírico e identificação das ideias centrais, nos discursos e nos relatos das observações que, agrupadas, revelaram categorias empíricas. Essas categorias permitiram responder aos questionamentos iniciais da pesquisa e foram sistematizadas em conformidade com as categorias analíticas.

A partir da análise dos dados empíricos, emergiram duas categorias empíricas e suas subcategorias, que foram discutidas a partir da categoria analítica definida a priori, conforme descrito no QUAD. 02:

QUADRO 02
Categorias e subcategorias empíricas do estudo

CATEGORIAS ANALÍTICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS	Sub-categorias
Práticas integrativas e complementares: concepção e organização	Práticas integrativas e complementares: relações entre o singular, o particular e o geral	<ul style="list-style-type: none"> - Oferta, demanda e acesso: contradições na organização das práticas integrativas e complementares - A dimensão singular das práticas integrativas e complementares: quem atua e quem “consome” novas práticas em saúde
Promoção da saúde: princípios operacionalização que contribui para a mudança de paradigma	As práticas integrativas e complementares e a inserção que nas racionalidades médicas: o sincretismo de paradigmas na promoção da saúde?	<ul style="list-style-type: none"> - Conceção de saúde nas práticas integrativas e complementares: de qual objeto e de quais objetivos estamos tratando? - Os sentidos das práticas integrativas e complementares - Práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde: contribuições e desafios

Fonte: Dados da pesquisa, 2011 a 2012.

3-Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa última fase da análise, os resultados foram submetidos a inferências e interpretações à luz do referencial teórico que orientou o estudo.

4.6 Aspectos éticos

Durante a realização do estudo, respeitaram-se os preceitos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o que exigiu sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer nº 0481.0.203.000-11 (Anexo I) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município cenário. Os dados somente foram coletados após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa.

A abordagem aos sujeitos da pesquisa obedeceu aos preceitos éticos, com entrega da Carta de Apresentação do Projeto de Pesquisa aos Gestores da Secretaria Municipal de Saúde do município cenário e à Gerente do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares (Apêndice C e E), o Termo de Autorização da Pesquisa (Apêndice D) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes do estudo contendo: título do projeto, objetivo, metodologia, garantia de anonimato e caráter voluntário da participação (Apêndice F).

5 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: relações entre o singular, o particular e o geral

Na primeira parte dos resultados, apresento as vivências oportunizadas no cenário do estudo que permitiram estabelecer as relações entre a dimensão singular do fenômeno – os sentidos construídos nas PIC –, o particular – organização do Serviço municipal, cenário do estudo, para oferecer as PIC –, com os aspectos mais gerais da definição política e estrutural dessa modalidade de atenção no sistema de saúde.

Importa destacar que as três dimensões estão entrelaçadas na conformação da realidade empírica e que sua divisão na apresentação dos achados é apenas estratégia didática.

O primeiro contato no cenário de estudo foi com a Gerente do Serviço que me apresentou aos profissionais do campo. A partir daí, a pesquisadora passou a vivenciar o dia a dia do Serviço, participando de algumas práticas, conversando com os participantes que aguardavam na sala de espera e também participando de eventos do Centro especializado.

Durante o período de coleta, a pesquisadora foi convidada a participar das práticas todos os dias, junto dos participantes. Nas práticas de atendimentos individuais, os profissionais pediam a permissão aos participantes para que a pesquisadora pudesse acompanhar o atendimento. Essa participação ativa da pesquisadora no campo fortaleceu o vínculo com os sujeitos do estudo, bem como permitiu estabelecer uma relação de confiança. Com isso, a pesquisadora observou que, à medida que se aproximava dos participantes das práticas, tornavam-se cada vez mais evidentes os informantes-chave.

A inserção e a vivência no campo permitiram a aproximação e a interação entre a pesquisadora e os sujeitos. A permanência da pesquisadora no cotidiano do Serviço possibilitou enriquecer a coleta de dados devido às observações e conversas estabelecidas no cenário.

5.1 Oferta, demanda e acesso: contradições na organização das práticas integrativas e complementares

A partir dos dados empíricos oriundos das observações e entrevistas, foi possível mapear as práticas ofertadas no cenário de estudo, conforme está demonstrado no QUAD. 03.

QUADRO 03
Práticas ofertadas no cenário de estudo, 2011-2012.

Prática	Capacidade de atendimento/mês	Dias de atendimento na semana
Acupuntura	116	3ª feira (8h às 17h)
Homeopatia	168	2ª, 3ª e 5ª feira (13h às 17h); 4ª feira (8h às 17h)
Relaxamento	150	2ª, 3ª, 4ª, 5ª feira (8h30min às 9h30min); 6ª feira (14h às 15h)
Dança Sênior	60	2ª feira (15h às 16h) 5ª feira (13h30min às 14h30min; 16h às 15h)
Oficina de Memória	40	2ª (14h às 15h); 3ª (15h às 16h); 4ª (15h30min às 16h30min), 5ª (15h às 16h)
TOTAL	534	..

Fonte: Dados da pesquisa, 2011 a 2012.

Ao vivenciar o dia a dia no Serviço, foram várias as reflexões estabelecidas. A primeira delas refere-se à própria denominação de Práticas integrativas e complementares. Nas conversas com a Gerente do Serviço cenário, foi pontuado o local como um Centro especializado de PIC e promoção da saúde. Contudo, segundo a classificação adotada na PNPIC – aspecto estrutural- não se faz referência nesse campo as práticas de Oficina de Memória e Dança Sênior que ocorrem no cenário do estudo. Entretanto, essas práticas poderiam ser designadas como recursos terapêuticos conforme Cassiano *et al.* (2009) e Oliveira e Michalichen (2009), o que corrobora com a definição de PIC na PNPIC. De acordo com a PNPIC, as PIC são definidas como um campo que contempla tanto sistemas médicos complexos, quanto os recursos terapêuticos. Os recursos terapêuticos são compreendidos como os instrumentos utilizados nos diversos sistemas médicos complexos (BRASIL, 2006b).

No estudo de Cassiano *et al.* (2009), evidenciou-se que, além de a Dança Sênior ser uma prática de atividade física, produz tanto benefícios físicos e cognitivos quanto emocionais e sociais. Visualizou-se que o uso da Dança Sênior como recurso no atendimento terapêutico ocupacional a idosos hígidos proporcionou

autonomia, autoconhecimento e ressignificação do cotidiano. Do mesmo modo, Oliveira e Michalichen (2009) utilizaram, em seu estudo, a Oficina de Memória como recurso terapêutico com abordagem dos cinco sentidos (visão, tato, olfato, audição e paladar) e proporcionou conteúdo elucidado a seus participantes. Como resultado, encontrou que a Oficina contribuiu para a autonomia dos participantes, favoreceu a vivência da corporeidade, melhor conhecimento de si mesmos no meio em que cada um está inserido e possibilitou o resgate das memórias que fazem parte do acervo reunido ao longo do exercício dos papéis sociais de cada sujeito.

Assim, mesmo reconhecendo que nem todas as práticas terapêuticas desenvolvidas no cenário do estudo estão explícitas na PNPIC, para fins de uniformização no estudo, utilizo, na descrição e análise dos resultados, a denominação PIC.

As práticas terapêuticas são denominadas por Luz (2007) como práticas diversas da medicina científica, geralmente adversas à medicina biomédica. Segundo a autora, as práticas terapêuticas estão desempenhando importante papel na reconfiguração do “mercado de cura”, preenchendo a lacuna social deixada pela terapêutica biomédica.

A forma de organização e oferta das PIC demonstra a existência de um modelo que, por um lado, reproduzem a lógica hegemônica da centralidade na consulta ou atendimento individual, mas que convive, no mesmo espaço, com outras modalidades de práticas mais grupais ou coletivas. Sobre esse aspecto, nota-se que as práticas de Homeopatia e Acupuntura acontecem em forma de consultas individuais e a Oficina de Memória, Dança Sênior e o Relaxamento são práticas coletivas, realizadas em grupos.

Na prática de Homeopatia, são realizadas consultas individuais de trinta minutos até uma hora, onde decorre um processo de escuta do profissional sobre a queixa principal do indivíduo, além de abordar questões da infância, família, relacionamentos, medo, mágoa, sono, frio e calor, etc... como aspectos a serem investigados na diagnose dessa racionalidade. Posteriormente, o homeopata, no processo de atendimento, busca uma terapêutica, a base de medicamento homeopático, geralmente consultando Manual eletrônico, programa de computador. Dessa forma, o homeopata coloca os sintomas e o programa já identifica os medicamentos homeopáticos (Diário de campo, 01/12/2012).

[...]então, a gente pega esses sintomas, aí tem lá, graças a Deus, agora tem os programas de computador que facilita, aí joga lá, procura, dá uma filtrada nos remédios, estuda os remédios, aí a gente vê se encaixa na Homeopatia, como é o tratamento pelo semelhante. A gente busca o remédio que mais se parece com o indivíduo, o que é o remédio se parecer com o indivíduo? É o remédio que, quando a gente dá pra uma pessoa sã, teoricamente se é que isso existe, que é uma pessoa livre de doenças, ela apresenta os mesmos sintomas que aquela pessoa está apresentando (E5-Médico homeopata).

A terapêutica homeopática é determinada por uma relação de semelhança entre as características ativas das substâncias medicamentosas, oriundas do mineral, vegetal e animal, e as singularidades do indivíduo capturadas na diagnose (CAMPELLO; LUZ, 2012).

A forma de agendamento da primeira consulta de Homeopatia deve ser realizada pessoalmente no Serviço ou por meio de encaminhamento de um profissional de saúde de outros Serviços localizados no município. A organização da oferta dessa prática no Serviço estudado estabelece, quase sempre, os retornos a cada dois meses e os participantes podem permanecer na prática por período indeterminado, não tendo sido identificados, durante o trabalho de campo, processos de alta terapêutica. Dessa forma, há uma dependência permanente do saber profissional para manter a harmonia ou o equilíbrio restabelecido.

Na Acupuntura, ocorre inicialmente uma consulta individual, onde se realiza a anamnese e a identificação da queixa do indivíduo, como parte do processo de diagnose da racionalidade médica que orienta essa prática. Ocorrem também orientações das sessões de agulhamento, procedimento terapêutico exclusivo da racionalidade tradicional chinesa no cenário do estudo. Na sequência, são realizadas semanalmente as sessões de agulhamento, totalizando um ciclo de doze sessões (Diário de campo, 29/11/2011; 06/12/2012). O atendimento nessa prática é semanal, num tempo médio de vinte minutos, decorrente exclusivamente do agulhamento que perdura por um período mais ou menos de três meses para completar as doze sessões.

[...]acaba que eu agulho o paciente, deixo ele quietinho, vou pra outra sala, agulho outro, deixo quietinho pra depois voltar nele de novo[...] (E3-Médica acupunturista).

Tal número de sessões foi estabelecido pelo instrutor da prática, embasado em estudos que demonstram que, depois de oito a dez sessões, o participante

apresentará resultados. Também menciona que é necessário estabelecer regras para conseguir atender as pessoas que aguardam pela prática na fila de espera.

Assim, parece haver na prática uma definição organizativa sustentada numa racionalidade que se contrapõe aos aspectos singulares do estabelecimento de vínculos, processualidade e continuidade do cuidado, necessários para a construção de uma nova cultura na saúde.

A Oficina de Memória e a Dança Sênior são práticas realizadas em grupos fechados cujos encontros ocorrem semanalmente, com a duração de sessenta minutos. Como a dinâmica dessas duas práticas se constitui em grupos fechados, o indivíduo só pode se inserir no início do ciclo da prática.

A Oficina de Memória é estruturada em dez encontros, de forma que, do primeiro ao terceiro encontro, são abordadas questões informativas sobre a memória e indicações para estimular a memória no cotidiano. A partir do quarto encontro, são realizadas atividades práticas, tais como: jogo dos sete erros; sequência numérica com número faltoso; leitura de palavras pela instrutora, seguida de anotações pelos participantes (Diário de campo, 29/11/2011; 01/12/2012). Assim, os participantes permanecem na prática até completarem os dez encontros e o número de participantes limita-se a dez indivíduos por grupo.

Na Dança Sênior, são desenvolvidas, nos grupos, aspectos da musicalidade e do ritmo, além da memorização de coreografias. Nessa prática, os grupos mudam anualmente e são inseridos até vinte participantes por grupo. A única restrição para se inserir nas práticas de Oficina de Memória e Dança Sênior é que o participante não apresente déficit cognitivo.

A prática de Relaxamento é constituída por diferentes momentos: inicia-se com uma roda de conversa, onde são discutidos temas relacionados à experiência de vida, relacionamento, informações sobre saúde e, geralmente, também são incluídos temas evocados pelos participantes (Diário de campo, 02/12/2011; 15/03/2012). Posteriormente, dá-se continuidade com a técnica de relaxamento, o que acontece sempre acompanhado de uma música tranquila e relaxante. Frequentemente associam-se, nas atividades, exercícios de automassagem e danças para complementar a prática. Observo que a fé, independente da religião, é presente na dinâmica dessa prática, seja nos momentos em que o grupo faz orações, ou em músicas cantadas pelos participantes e/ ou nos agradecimentos no final da prática (Diário de campo, 29/03/2012). Alguns autores, tais como Valença e

Fonseca (2006), Spadacio e Barros (2008, 2009), Rodrigues Neto, Faria e Figueiredo (2009) têm evidenciado o uso de dispositivos religiosos como prática terapêutica de cuidado e cura. Todos os participantes, no estudo de Spadacio e Barros (2009), relataram experiências com as práticas alternativas e complementares, na medida em que elas operam com uma lógica que inclui a espiritualidade, ou com as práticas tradicionais, que reconhecem e reforçam o uso das práticas religiosas enquanto reordenadoras do mundo e produtoras de sentidos.

O Relaxamento é realizado semanalmente, com duração média de sessenta minutos e o número de participantes no grupo se limita a trinta indivíduos. Nessa prática, observa-se uma flexibilidade quanto à participação dos indivíduos, tendo em vista que, a qualquer momento, podem se inserir novos participantes, desde que haja disponibilidade de vagas até o limite de trinta.

Um aspecto da dimensão particular do fenômeno estudado refere-se ao acesso às PIC. Os dados empíricos evidenciam que o acesso ocorre por encaminhamento de outros profissionais da área da saúde ou por procura espontânea, sendo na Acupuntura, a “entrada” na prática determinada exclusivamente por encaminhamento médico:

Fui encaminhado pelo ortopedista por causa de uma dor antiga na coluna (Diário de campo, 06/12/2011).

O fato de essa prática ter a regulação do acesso realizada em função do encaminhamento médico pode explicar sua utilização centrada nos sintomas biológicos, aspecto que será discutido como tema deste estudo.

Nas demais práticas ofertadas no serviço (Homeopatia, Relaxamento, Oficina de Memória e Dança Sênior) a inserção se dá pelas duas vias de acesso – demanda espontânea ou encaminhamento profissional -, sem, contudo, se tornar uma imposição o encaminhamento médico, tal como na Acupuntura.

Para se inscrever nas práticas de grupos, o indivíduo deixa seus dados no Serviço para serem chamados em caso de desistência /abertura de vagas ou caso se forme um novo grupo (Diário de campo, 12/12/2011; 10/05/2012).

Tais aspectos da organização do Serviço municipal cenário do estudo podem representar avanços no movimento cultural que inclui as PIC para além de uma forma de tratar o adoecimento. Nesse sentido, elas podem ser buscadas “espontaneamente” pela população, como um direito de cidadania.

Contudo, ainda que essa perspectiva possa avançar, os achados também permitem afirmar que há, no cenário do estudo, um descompasso na relação entre a oferta das práticas e as demandas da população, com acesso restrito e determinado pela disponibilidade dos profissionais médicos.

Evidencia-se a alta demanda pelas práticas nos relatos dos participantes e profissionais:

[...]você vê que aqui eu sou a única para o município inteiro... Então, assim, existe uma demanda quase sempre, a fila de um ou dois anos de espera. Demanda reprimida grande[...] (E3- Médica acupunturista).

Meu encaminhamento para Acupuntura está aqui desde 2010 e fui chamado somente agora (Conversa com um participante do serviço, Diário de Campo, 13/03/2012).

Com isto, identificou-se que existe uma alta procura pelas PIC, principalmente Homeopatia e Acupuntura. Esse achado pode sinalizar um avanço na superação da biomedicina ao indicar que há mudanças na representação cultural e simbólica das práticas de saúde que admitem novas formas de tratamento que não as tradicionais medidas medicamentosas e cirúrgicas típicas da racionalidade médica ocidental contemporânea. Os dois homeopatas se associam à acupunturista e revelam o desafio de atender toda a demanda. Frente a isso, foi necessário estabelecer critérios de acesso às práticas (no caso da Acupuntura acesso somente por encaminhamento médico e doze sessões para cada indivíduo). Nesse entendimento, pode-se inferir que, ao exigir o encaminhamento médico, necessariamente, os indivíduos irão apresentar algum sintoma ou patologia de base que justifique tal conduta. Desse modo, regula-se o acesso da população à prática de Acupuntura na lógica de centralidade na decisão do profissional médico. Ainda, diminui-se o potencial da valorização cultural dessas práticas que passam a ter significado como “alternativas” ou complementares ao modo tradicional de atenção à saúde.

Essa afirmação pode também ser evidenciada na “dependência” com relação ao medicamento que se expressa também nas PIC, em especial na Homeopatia, contrariando a lógica da promoção da saúde no enfrentamento da medicalização social:

Igual eu te falei, que eu tomo FAO, eu brinco até com o homeopata, que eu falo assim: olha, o FAO para mim tem que ser uso contínuo, ai ele ri até e fala: É só você mesmo para tomar FAO contínuo. Ele me deixa muito bem,

não é droga, ele não me droga, ele me deixa assim naquele estado equilibrado, eu sou eu mesma. Então, ele me deixa de um jeito que eu não ultrapasso limite nenhum, estou sempre na linha reta, sabe? É como se fosse um pêndulo, o pêndulo balança, mas com o FAO eu sou um pêndulo numa posição só, eu consigo ficar equilibrada. Não me droga, não é tipo assim, ah eu fico extasiada, não. Eu sou eu mesma, consigo fazer as coisas com certeza com o maior controle (Entrevista P8).

Ao acompanhar as consultas de Homeopatia, observo que todos os participantes desta prática saem do consultório com uma receita do medicamento homeopático. Após a consulta, o médico homeopata solicita que o participante aguarde um pouco na sala de espera até que possa estudar o medicamento adequado para aquele indivíduo (Diário de campo, 30/11/2011; 01/12/2012).

Ao se tomar um medicamento, o que se quer é que o mesmo interfira sobre os sintomas ou sinais da doença (símbolo da fragilidade humana), na esperança, mesmo que, aparentemente respaldada nos pressupostos técnico-científicos, de se estar atuando sobre eles e, na medida do possível, dominando-os. Isso se entende em uma sociedade em que, para quaisquer problemas, busca-se um medicamento sustentado pela ciência (BARROS, 2002a).

Outro fator evidenciado nos achados dos dados, que contribui para apreendermos o sentido medicalizante das PIC, refere-se ao valor econômico que essas práticas adquirem na sociedade contemporânea, constituindo-se alvo de disputa no complexo medicoindustrial.

Gadelha (2006) destaca que os interesses na área da saúde movem-se pela lógica econômica do lucro e não para o atendimento das necessidades de saúde. Nesse aspecto, percebe-se como o mercado farmacêutico, industrial ou natural, define a medicalização da sociedade.

Nota-se que as farmácias homeopáticas no cenário de estudo ainda não são visualizadas com expressividade no mercado financeiro, talvez pelo fato de estarmos tratando de um Serviço público municipal. Os profissionais revelam que não existe farmácia homeopática no município, pois há apenas dois homeopatas no Serviço de saúde do SUS, o que dificulta - em outras palavras, não gera demanda - para a implantação de farmácia homeopática na lógica da obtenção de lucro.

Eu sempre fui cético porque acho impossível ter uma farmácia homeopática por um lugar que só tem dois homeopatas. Tem número de medicamentos que é necessário fabricar. Agora, todos os locais que a Homeopatia é implantada no SUS, a questão medicação é um problema, por ser uma questão específica da Homeopatia (E6-Médico homeopata).

O “desinteresse” por implementação de farmácias homeopáticas no SUS pode revelar o baixo investimento na integralidade necessária para uma nova racionalidade no campo da saúde, que exige além da diagnose, o acesso ao conjunto de dispositivos das práticas terapêuticas incluindo-se aí o acesso ao medicamento:

[...]a gente brinca que a Homeopatia não dá dinheiro para ninguém, não dá dinheiro para o médico, para a farmácia, não dá dinheiro para laboratório, ... não tem procedimento....Então, a gente vai contra o financeiro total[...] (E5-Médico homeopata).

Nagai e Queiroz (2011) relatam que a implantação das PIC na rede pública de Campinas, a princípio, demonstrou uma insatisfação do município com o surgimento dessas práticas, principalmente da Homeopatia, devido ao repasse financeiro por parte do Ministério da Saúde ser por procedimento médico. Observou-se que a clínica homeopática não rendia um repasse financeiro adequado para o município, pois essa prática exigia um tempo maior de contato médico-paciente e, com isso, o número de atendimentos médicos era reduzido. Nesse contexto, não se levava em conta o fato de a clínica de Homeopatia prover um custo operacional menor que a clínica de alopatia.

No entanto, Conrad (2007) permanece cético quanto à possibilidade de tais práticas contribuírem, efetivamente, para o processo de desmedicalização. Para Mendonça e Camargo Jr (2012), analogamente, as PIC não estariam além do alcance dos inevitáveis conflitos de interesse entre aspectos econômicos e de atenção à saúde.

Entende-se que a busca pelas práticas se dá por meio da percepção do indivíduo sobre o que está sendo ofertado pelo Serviço. Com isso, a demanda, em sua maior parte, constitui-se a partir da oferta, ou seja, os indivíduos demandam somente as práticas que sabem que poderão ser obtidas no Serviço. Logo, a demanda do indivíduo é socialmente construída e está relacionada ao perfil do Serviço e à forma como se processa o cuidado (FRANCO; MERHY, 2005).

Nessa compreensão, pode-se inferir que o acesso ao Centro especializado, e, por conseguinte às PIC, ainda não é universal, uma vez que o Serviço tem uma baixa oferta de práticas, número reduzido de profissionais e pouca capilaridade, dada sua característica de ser um Serviço com práticas centralizadas. Nagai e Queiroz (2011) também evidenciaram que a assistência oferecida pelos profissionais

das PIC ainda se apresenta insuficiente em relação à alta demanda, o que exigiria, para sua ampliação, um planejamento operacional.

Importa ressaltar que o Centro especializado, cenário do estudo, pretende ampliar a oferta das PIC, incluindo outras atividades, tais como Liang-Gong, Yoga, Tai-Chi-Chuan, Shiatsut e Tui-Ná. A Gerente do Serviço ainda mencionou a possibilidade de implantar hortas comunitárias com plantas medicinais no Serviço, ainda em pequena escala devido ao espaço ser pequeno para o cultivo das plantas. Com isto, revela que a Secretaria Municipal de Saúde está em processo de implantação da prática de Fitoterapia no município em parceria com uma Organização Não-Governamental (ONG).

Os achados contribuem para a discussão sobre a ampliação da oferta das PIC no cenário nacional como um aspecto estrutural do fenômeno e corrobora com outros estudos que demonstram o uso de tais práticas em serviços públicos de saúde. Exemplifica-se o estudo de Silva *et al.* (2012), realizado em Minas Gerais, nos municípios de Contagem e Belo Horizonte, no qual identificaram, nos Serviços públicos, as PIC, tais como Liang Gong, Reiki, Tai Chi Chuan, Acupuntura, Meditação, Homeopatia, Relaxamento e grupos de Unibiótica, como experiências bem-sucedidas de promoção da saúde. Nagai e Queiroz (2011) também evidenciaram na rede básica de saúde, no município de Campinas, um ambulatório especializado de Homeopatia e a oferta de práticas nas Unidades Básicas de Saúde, tais como: ginástica postural, ginástica harmônica, caminhadas e o Lian Gong. Além dessas práticas terapêuticas, os autores identificaram ainda a oferta de Fitoterapia como a que mais se expandiu na rede de Serviços de saúde de Campinas. Nagai e Queiroz (2011) revelam ainda a perspectiva de ampliação, nos Serviços, de outras práticas terapêuticas, tais como a loga e o Toque terapêutico.

Cintra e Figueiredo (2010) mencionam que nos Serviços públicos de saúde do município de São Paulo, a Acupuntura foi apontada como uma prática que permite um trânsito interdisciplinar integrando a percepção do indivíduo sobre si mesmo e seu contexto, possibilitando mudanças nas causas primárias das doenças. Assim, o contato com a Acupuntura praticada nos Serviços de saúde mostrou-se passível de contribuir para o desenvolvimento de ações de Promoção de Saúde. Cita-se também Pinto-Barrero e Ruiz-Diaz (2012) que destacam o avanço da integração das PIC nos Serviços de saúde da Colômbia.

Vale ressaltar que, no início da observação em campo, havia uma das práticas do Serviço, Dança Sênior, sendo realizada de forma descentralizada nos cenários do Programa de Agente Comunitário de Saúde do município, porém, com a proposta de ampliação de outras práticas como a Oficina de Memória e Relaxamento para as Unidades locais de Saúde. No decorrer do trabalho de campo, presenciou-se a descentralização culminando com a oferta das três práticas em seis unidades locais, dentre estas Equipe Saúde da Família (ESF) e PACS. O município-cenário conta atualmente com doze ESF e quatro PACS. Segundo a Gerente, as práticas de Acupuntura e Homeopatia continuariam centralizadas.

Após a implementação da PNPIC, Simoni, Benevides e Barros (2008) demonstram que setenta e dois por cento das PIC ofertadas no país estavam inseridas na Atenção Básica em Saúde, com intensa inserção na Estratégia Saúde da Família. Quatorze por cento das PIC eram ofertadas no âmbito da média complexidade (Serviços especializados, policlínicas, etc...). Com relação ao tipo de prática adotada, o estudo mostrou que, dos 4.051 municípios que participaram do estudo, apenas 285 (sete por cento) afirmaram possuir algum tipo de assistência em Homeopatia; as ações relativas à Medicina Tradicional Chinesa foram identificadas em 184 municípios, correspondendo a quatro e meio por cento do total de participantes (incluindo práticas como Tai Chi Chuan e Liang Gong). Destacou-se da Medicina Tradicional Chinesa, o uso isolado da Acupuntura, identificado em 203 municípios (cinco por cento) e a fitoterapia em 350 (nove por cento), constituindo-se a modalidade de PIC mais frequente, entre os municípios participantes. Os autores concluíram que a PNPIC estimulou muitos municípios a ampliarem a oferta de PIC, tornando iniciativas voluntárias e/ou tímidas em realidade institucionalizada nos Serviços de saúde dos municípios brasileiros por meio de Atos ou Leis municipais. Também parece ter orientado sua inserção junto à Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a ESF almejou constituir-se em um eixo estruturante no cuidado no SUS, reorganizando as práticas de modo coerente com a longitudinalidade e coordenação do cuidado. Entretanto, a realidade das práticas na ESF tende a reproduzir o paradigma biomédico hegemônico. Por outro lado, as PIC tendem a centrar as relações de cuidado no indivíduo, incentivando e facilitando o autocuidado (TESSER; SOUZA, 2012). Nesse sentido, a incorporação das PIC na ESF alinha-se à ampliação do cuidado,

reconhecendo o pluralismo terapêutico, no qual se convive com diferentes sistemas e práticas de cura, crenças e terapêuticas (ANDRADE; COSTA, 2010), o que pode contribuir para re-significar uma nova abordagem de cuidado nessa modalidade de atenção à saúde.

Nesse aspecto, vale destacar que, ao descentralizar as PIC para as Unidades de Saúde, amplia-se a oferta e possibilita-se a capilaridade, tornando as práticas mais acessíveis aos indivíduos. A capilaridade é analisada como fator que contribui para um resultado positivo em promoção da saúde, por permitir que o acesso dos indivíduos às práticas se expanda de tal modo que possa garantir o direito à universalidade (SILVA; SENA, 2012). Assim, ao proporcionar a capilaridade, aumentam-se as formas de mobilização, participação, interação, acesso à informação e ramificações dos movimentos sociais (BARROS, 2008). Desse modo, a Estratégia Saúde da Família constitui-se uma estratégia para expansão das PIC, além de um vigoroso estímulo para a sensibilização e a capacitação de seus integrantes em práticas integrativas e complementares (AZEVEDO; PELICIONI, 2011).

5.2 A dimensão singular das práticas integrativas e complementares: quem atua e quem “consome” novas práticas em saúde

Para compreender os aspectos mais objetivos da dimensão singular do fenômeno de estudo, a vivência no campo e os achados das entrevistas direcionam para uma abordagem sobre o perfil dos atores sociais envolvidos nas práticas, quais sejam os profissionais e os participantes.

Primeiramente, apresento o perfil dos profissionais que atuam no cenário. Os profissionais caracterizam-se pelas diferentes profissões e tempo de inserção no Serviço, conforme QUAD. 04. Todos os profissionais entrevistados têm curso superior completo. Dentre estes, cinco entrevistados apresentam formação em alguma especialidade das práticas integrativas e complementares, sendo dois em Homeopatia, dois em Acupuntura e uma Terapeuta Holística e Comunitária. A carga horária dos profissionais é diversificada; eles não têm dedicação exclusiva no Serviço, com exceção da Gerente. Todos os profissionais tem vínculo empregatício, entretanto, três são servidores públicos, dois contratados e um cargo comissionado.

QUADRO 04
Perfil dos profissionais entrevistados no Centro de especialidades de práticas integrativas e complementares, no período de 27/Dezembro/2011 a 08/Fevereiro/2012.

Profissional	Sexo	Formação	Data inserção no serviço	Carga horária/semana
E1	Fem.	Terapeuta Ocupacional	Fev./2011	20 horas
E2	Fem.	Pedagoga e Terapeuta Holística e Comunitária	Jan./2008	10 horas
E3	Fem.	Médica (Clínica) e Acupunturista	Mar./2011	10 horas
E4	Fem.	Enfermeira, Especialização em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental; Especialização em Acupuntura e curso de extensão em Massagem	Jun./2011	40 horas
E5	Masc.	Médico Cirurgião Torácico, Médico Saúde da Família e Homeopata	Jan./2008	16 horas
E6	Masc.	Médico (Clínico) e Homeopata	Jan./2008	10 horas

Fonte: Dados da pesquisa, 2011 a 2012.

Segundo Luz (2007), as PIC vêm funcionando como um modelo atraente de relação terapeuta/paciente para um setor dos médicos ocidentais, aqueles comprometidos com a questão da arte de curar. Além disso, outros profissionais estão se inserindo nesse “mercado de cura”, a partir do movimento de contracultura dos anos 1970.

Nos anos 1980, foi evidenciado um mercado pouco explorado e com grande demanda potencial em termos de clientela privada, o que contribuiu para que a formação em diferentes PIC funcionasse como um polo atrativo. Além disso, a cultura do “cuidado de si” que marcou as últimas décadas, fazendo com que os indivíduos, sobretudo os de classe média, buscassem cuidados terapêuticos como um bem de consumo prioritário, foi um dos elementos sociais de base para a criação de um grande mercado de cura “alternativa”, com expressiva oferta de novos terapeutas não-médicos (LUZ, 2007).

Os médicos com vocação terapêutica encontraram nas PIC, principalmente na Homeopatia e na Acupuntura, uma saída para o exercício dessa vocação. Da

mesma forma, diversos profissionais com formação de nível superior como enfermeiro, pedagogo e médico buscam cursos de formação em PIC. Conforme Luz (2007) também se identificam candidatos a terapeutas em massagens, Acupuntura, exercícios e artes marciais, sem formação no ensino superior, que demandam a formação em medicinas ou terapias alternativas como uma porta de entrada no mercado de trabalho terapêutico atual (LUZ, 2007).

Visualiza-se que a atuação nas práticas terapêuticas representa um campo da saúde com característica interdisciplinar fruto da intercessão de núcleos profissionais comuns. Esse elemento contribui para a superação do modelo biomédico fortemente marcado pela organização das práticas em núcleos profissionais específicos com pouco compartilhamento de saberes.

Ainda na dimensão singular do fenômeno, foi possível captar os mecanismos e fatores que determinam a participação nas PIC. De modo geral, pode-se perceber uma motivação para participar das atividades reveladas em expressões no cotidiano e nos instrumentos utilizados na coleta de dados. Particularmente, o diário do participante revelou-se um instrumento potente para superar a captação pontual da vivência dos participantes nas práticas possibilitando compreender como estas se inserem em sua vida cotidiana.

Uma análise geral do perfil dos participantes das PIC revela uma forte presença de mulheres nas práticas de saúde em geral e, especificamente nas PIC. Foram incluídos no estudo doze sujeitos do sexo feminino e dois do sexo masculino. Esse achado corrobora com os resultados encontrados por Rodrigues Neto, Faria e Figueiredo (2009), onde demonstram que as mulheres usaram formas terapêuticas não convencionais com maior frequência que os homens, bem como, com os achados de Souza e Vieira (2005), no qual identificaram que, na busca pelas práticas alternativas, predominou o sexo feminino, correspondendo a oitenta e sete por cento do total e prevalecendo usuários a partir de cinquenta e um anos de idade.

Em relação à idade, os participantes inseridos no estudo apresentavam faixa etária compreendida entre quarenta e cinco e setenta e seis anos, em sua maioria acima de cinquenta anos de idade. A maioria dos participantes deste estudo são casados, tem filhos e, no que se refere à ocupação, a maioria dos participantes do estudo são aposentados ou não atuam em alguma atividade profissional. Nota-se que os participantes incluídos no estudo apresentaram um perfil diverso no que

tange ao grau de escolaridade, embora os participantes, em sua maioria, tenham formação até o Ensino Médio.

Os aspectos mais subjetivos da vivência dos participantes nas PIC foram revelados nos registros dos diários, bem como nas entrevistas. Existem alguns elementos comuns entre os participantes, mas optou-se, no estudo, por apresentar cada um dos participantes individualmente destacando, nos relatos, traços do perfil, motivações e/ou trajetórias nas PIC e organização da vida cotidiana. Alguns participantes se expressaram por meio de figuras, o que era opcional para eles, e, nesse caso, foram reproduzidas como parte da apresentação do sujeito.

- **Participante 1 (P1)**

Senhora de 49 anos, solteira, tem uma filha e estudou até o Ensino Médio. Atualmente trabalha como Auxiliar de Enfermagem, com uma carga horária de 12X60 horas/semana. Relata que é segunda vez que procura realizar a Acupuntura. Sua primeira participação na Acupuntura não ocorreu no cenário de estudo e mencionou que precisou interromper a prática após a terceira sessão, devido a problemas de saúde. Após alguns meses que havia interrompido as sessões, conta como se sentia: *“Mais ou menos três meses depois, comecei a ter dor novamente no pescoço e nos dedos, não mais tão fortes, mas dores leves dependendo do que estava fazendo. Exemplo: descascar alho e segurá-lo, doía as pontas dos dedos, ou segurar a faca, era muito ruim.”* A partir daí, iniciou novamente a prática de Acupuntura. Ainda relata *“Antes de iniciar a Acupuntura estava com o sono prejudicado, acordava várias vezes à noite por causa de câimbras e dormência nos braços e costas”*. Relata também *“crise de lombalgia, assim, bem fortes”* e complementa que faz acompanhamento com Ortopedista. Durante a entrevista mostra que também buscou a Homeopatia para tratar sintomas de claustrofobia e da menopausa: *“[...]Inclusive, por causa dessa claustrofobia que eu estava, eu aproveitei para tratar através da Homeopatia e aproveitei para a menopausa que tinha esse calor, apesar de que a própria Acupuntura ajuda um pouco isso, tira um pouco o calor.”* Vale ressaltar que com esta participante aconteceram muitos desencontros com a pesquisadora, pois sempre que agendávamos a entrevista esta não comparecia. Até que um dia esta senhora encontrou a coordenadora do campo de estudo, pedindo para que eu fizesse contato com ela. Assim, fiz o contato por telefone e agendamos a entrevista e entrega do diário. Desse modo, foi possível

realizar a entrevista no cenário de estudo. A Senhora permaneceu com o diário por quatro meses e doze dias, tempo que decorreu dos nossos desencontros.

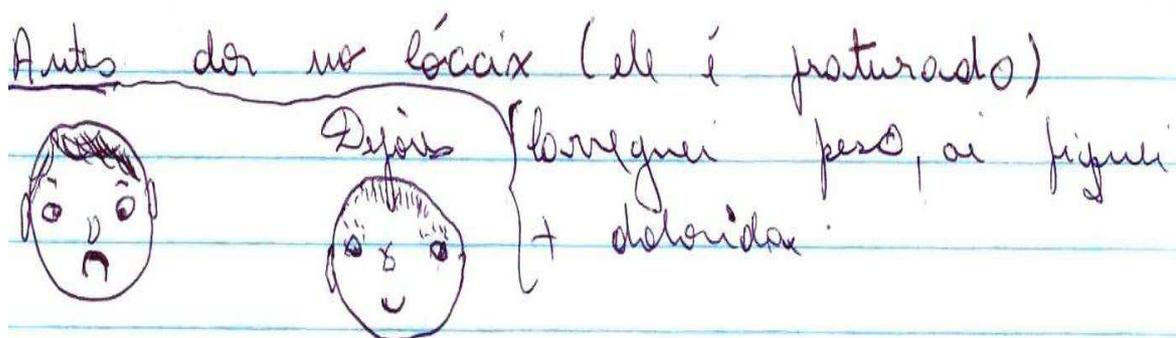


FIGURA 03 - Diário do participante P1

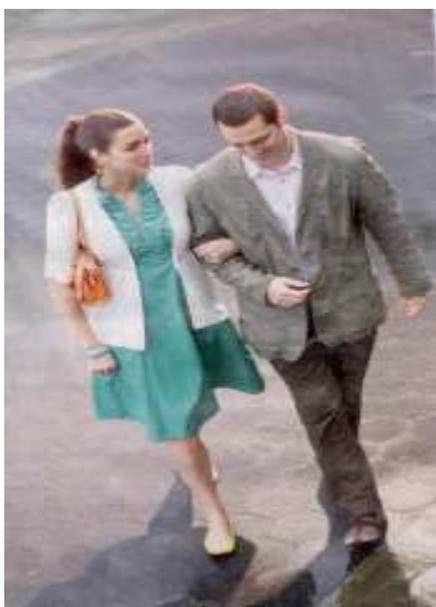
Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2011 a 2012.

“Foi no dia que eu vim aqui, eu estava com muita dor, foi nesse dia exatamente. Eu estava doída demais,... eu tinha carregado uma sacola cheia de livros e fiz uma caminhada longa. Então, eu estava toda doída no dia seguinte, eu estava péssima, aí eu vim fazer Acupuntura e quando eu voltei, eu já estava assim muito melhor, foi isso.... Porque a dor já tinha ido embora” (Entrevista P1).

- **Participante 2 (P2)**

Senhora de 74 anos, viúva, tem três filhas, católica, com grau de escolaridade Ensino Fundamental incompleto. Atualmente é aposentada. Têm três irmãs que moram em outra cidade e relata sentir muita vontade de estar perto delas. Tem saudades do tempo de criança, apesar de ter sofrido muito, pois morava na roça. Devido a suas dificuldades chegou a se casar muito cedo. Atualmente mora com uma filha e a neta. Conta que faz acompanhamento médico {psiquiatra e clínico} devido à depressão e hipertensão. No diário se expressa: *“Hoje...vou começar meu diário que conta o motivo de estar nesse Relaxamento: Eu estava me sentindo muito mal, muitas coisas aconteciam na minha vida. Eu me sentia sozinha, não tenho com quem... ninguém me dava atenção. [...]Sinto que não sirvo para mais nada, às vezes fico sozinha, choro muito e desabafo: tenho que ir para perto do pai e minha mãe. Tenho 74 anos e nunca fui feliz, imagina! Casei muito nova, com 14 anos, e com 15 anos tive meu primeiro filho, não tive juventude[...]. Agora tenho minha casa, minhas*

coisas, mas para mim nada vale mais, nada mais importa. Eu só queria minha filha conversando comigo. Não sinto falta do meu falecido marido, sinto muito bem sem ele. Tenho vontade de ir para bem longe, onde não conheço ninguém. [...] Saio sempre sozinha". Relata no diário que gosta de arrumar a casa e receber visitas. Seu diário também contemplou relatos de sua infância, a relação conflituosa com uma das filhas, comenta a comemoração do primeiro dia do ano de 2012 e traz relatos sobre viagem para uma cidade religiosa. Iniciou no cenário de estudo realizando a prática de Homeopatia e no mesmo dia se inseriu na prática de Relaxamento. Fizemos a entrevista após a prática de Relaxamento e a Senhora permaneceu com o diário por um mês e seis dias.



"Representa um casal feliz, que é o que queria ter sido na minha vida e que não fui. Que fosse assim e não foi (Entrevista P2)".

FIGURA 04 - Diário do participante P2

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2011 a 2012.

- **Participante 3 (P3)**

Senhora de 51 anos, casada, tem dois filhos, católica e com grau de escolaridade Ensino Fundamental. Atualmente sua ocupação é do lar. Mora com o esposo e os filhos. Expressou no diário ser uma pessoa ansiosa, familiar e muito ativa. Mencionou que também faz acompanhamento com cardiologista devido a ansiedade e controle com nutricionista para reeducação alimentar. Dedicar-se em seu dia a dia aos afazeres domésticos, aos encontros religiosos – “doação na Igreja” e à família. Sempre que possível, pela manhã, realiza uma hora de caminhada, onde aproveita

para fazer suas orações e encontrar as pessoas durante o caminho. Relata: “*Ontem e hoje não caminhei e isto me faz muita falta*”. Conta que gosta de ficar em sua casa. Durante a semana fica em casa praticamente sozinha, pois o marido e os filhos trabalham de dia e os filhos ainda estudam à noite. Menciona que participa dos eventos da Igreja, como por exemplo, Culto ecumênico do lançamento da campanha da Fraternidade. Nos finais de semana diz que se dedica: “*a ficar com a família e participar das missas em minha comunidade*”. Seu diário contemplou diversos relatos, dentre estes, sua relação com a família, viagem realizada com a família para evento religioso, comemoração de aniversário e casamento e seu cotidiano. Iniciou no campo de estudo realizando a prática de Acupuntura e, logo em seguida, se inseriu na Oficina de Memória em sua comunidade. Fizemos a entrevista em seu domicílio, pois a participante havia fraturado o pé e precisou manter repouso por trinta dias. Assim, realizou as sessões de Acupuntura até a nona sessão. Mas, o fato de ter interrompido as sessões não prejudicou a análise do estudo. A Senhora permaneceu com o diário por três meses.

- **Participante 4 (P4):**

Senhora de 61 anos, casada, tem três filhas, católica e com grau de escolaridade Ensino Médio. Atualmente sua ocupação é do lar. Mora com o esposo e uma das filhas. Comenta que a filha e o esposo quase não ficam em casa devido ao trabalho. No diário, se expressa como se sentia antes de participar das práticas: “*Então, resolvi aceitar o convite, pois estava me sentindo deprimida e muito só. Era como se o mundo não tivesse cor, graça, sem sentido. Sentia-me presa a uma tristeza e uma desilusão sem fim.*” Ainda complementa no diário: “*Às vezes, em casa me sinto sozinha, sem ter com quem compartilhar a minha tristeza*”. Ressalto que durante a entrevista, a participante apresentou-se chorosa, principalmente ao relatar sobre sua vida: “*eu tive uma vida muito difícil, porque eu vim da roça. Eu trabalhei quando minha mãe era viva e eu passei por várias situações, porque minha mãe veio fazer um tratamento e como a gente tinha muita dificuldade, eu não vi minha mãe nem depois que ela morreu. Então, foi uma situação muito difícil.*” Faz acompanhamento médico devido a hipertensão e depressão: “*Olha, a minha menina teve problema de depressão, então, com os anos que ela ficou, eu acabei passando por várias situações e eu fiquei muito... não durmo sem medicamento. Eu fiz um tratamento,*

eu faço um acompanhamento com a psiquiatra". Dedica-se durante a semana aos afazeres domésticos e participa de algumas práticas como: Relaxamento, Oficina de Memória e Hidroginástica. Iniciou no cenário de estudo realizando a prática de Relaxamento e, em seguida, se inseriu na Oficina de Memória. Nos finais de semana se reúne com a família. Comenta que gosta de cuidar de seus três cães e refere que se distrai muito quando está com eles. Nos tempos livres gosta de assistir programa de saúde na televisão, filmes e fazer palavras-cruzadas. Seu diário também contemplou relatos de sua relação com as filhas e de seu cotidiano. Fizemos a entrevista após a prática de Relaxamento e a Senhora permaneceu com o diário por um mês e quatro dias.



“Olha, eu quando cheguei eu estava muito deprimida e senti presa, portanto, eu achei que eu devia fazer uma imagem mais presa, mais triste. E eu achei que foi isso que eu estava sentindo quando eu entrei aqui (Entrevista P4)”.

FIGURA 05 - Diário do participante P4

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2011 a 2012.

- **Participante 5 (P5)**

Senhora de 52 anos, divorciada, tem um casal de filhos e com grau de escolaridade Ensino Médio. Atualmente trabalha pela manhã, é professora de uma escola municipal. Sua filha é casada e, no momento, mora com o filho. Faz acompanhamento no Hospital X, devido a doença generativa crônica do sistema nervoso. Antes de iniciar nas práticas no cenário de estudo relatou no diário: *“quando procurei o Serviço não percebia, mas era muito ansiosa.”* No diário, destacou as atividades que realiza durante a semana, como o Relaxamento há

quatro anos, Homeopatia há dois anos, Acupuntura e Pilates. Conta que iniciou no cenário de estudo realizando a prática de Relaxamento, Tai Chi Chuan, Yoga e Pilates. Entretanto, as práticas de Tai Chi Chuan e Pilates não são oferecidas mais no Serviço. Assim, se mantém no Relaxamento e, em seguida, se inseriu na Homeopatia e Acupuntura. E mesmo com o encerramento do Pilates no cenário de estudo, buscou em outro local, num serviço privado: *“Faz muita falta, pois é um exercício que faz bem para o corpo e a mente”*. Menciona que somente um dia da semana que fica em casa, no turno da tarde, momento que aproveita para fazer as atividades domésticas. No diário também citou que, no final de semana, foi convidada a participar de uma festa de aniversário. Permaneceu com o diário por um período de um mês e onze dias e fez nele poucos relatos. Havia me dito que tinha dificuldades para escrever devido aos tremores nas mãos, acarretado pela doença degenerativa. Sugeri que se expressasse de outra forma, com colagem de figuras ou imagens. Mas ela disse que preferiria escrever. Fizemos a entrevista após a prática de Relaxamento.

- **Participante 6 (P6)**

Senhora de 76 anos, ficou viúva aos vinte e cinco anos de idade, tem seis filhos, sua religião é espírita e com grau de escolaridade Ensino Médio. Mora sozinha, porém tem um filho casado que mora ao lado de sua casa. Aparenta ser uma pessoa independente que, apesar de ser viúva, relata não se sentir solitária. Relata que sempre trabalhou em casa, com atividades domésticas e como costureira. Menciona que cuida dos afazeres domésticos sozinha e atualmente, não costura como forma de obter renda. Faz atividades como crochê, tricô e bordado. Comenta que faz aula de crochê uma vez na semana, ainda que diga saber o suficiente, gosta mesmo é de participar das reuniões. Diz: *“é muito gostoso a reunião, aprende-se, ensina-se, nem penso em desistir..., faço por terapia”*. Relata que ainda consegue um tempinho para brincar com os netos. No diário expressa-se como se sentia antes de participar das PIC: *“Antes de participar das práticas eu não conseguia demonstrar o que eu sentia”*. Logo após a prática de Relaxamento aproveita para visitar a filha que mora próximo ao local. Em seguida, vai para casa cuidar do almoço, pois todos os dias tem sempre uma neta que lhe faz companhia no almoço. Faz acompanhamento com cardiologista devido à hipertensão e controle com ginecologista para exames de

rotina. Fizemos a entrevista após a prática de Relaxamento e a Senhora permaneceu com o diário por um mês e vinte e seis dias.

- **Participante 7 (P7)**

Senhor de 65 anos, casado, tem duas filhas, católico, com grau de escolaridade Ensino Médio e formação em Técnico de Mecânica. Mora com a esposa. Atualmente é aposentado devido à doença que teve em 2004 - Acidente Vascular Cerebral - e relata que, por isso, foi aconselhado pelos médicos a se aposentar. No período de sua recuperação, seguia todas as orientações que o médico recomendava para melhorar sua saúde, como, por exemplo, massagem, caminhada e alongamento. Durante a entrevista destacou como se sentia antes de participar nas práticas: “[...]devido a um problema de saúde que eu tive, eu era uma pessoa muito ansiosa[...]”. Comentou que procura ser sempre uma pessoa ativa, pois destaca que caminha três vezes por semana, auxilia nos afazeres de casa, sai com os amigos e sempre que há uma oportunidade de participar de programas relacionados à saúde está sempre presente. Relata durante a entrevista: “[...]eu já pensei muito em voltar à atividade {trabalho} outra vez, mas tem uma série de coisas que eu fico pensando...eu já fui aconselhado, eu posso estressar, eu posso ter um problema sério outra vez de saúde, então eu vou levando, agora eu estou mais ou menos adaptado. Então, tem um projeto de saúde, eu participo. Estava tendo uma reunião de idosos num clube, há mais tempo, eu fui, passei o dia todo lá...Tem algumas palestras... e eu vou levando. Eu vou participando de um programa deste de saúde, cada dia tem uma especialidade, cada encontro. Então, é diferente do que você só ficar pegando as apostilas e lendo, porque ali você tira dúvida, eu mesmo já tirei muitas dúvidas[...]”. Em relação às práticas que realizou no cenário de estudo, comenta: “eu fiz Relaxamento, depois teve o alongamento, a Acupuntura, a Oficina de Memória e agora no momento está sendo só o Relaxamento”. Também comentou que associava com as práticas de Homeopatia e massagem. Relata gostar de sair com os amigos e, sempre que possível, viaja com os amigos. Faz acompanhamento com geriatra de três em três meses. Fizemos a entrevista após a prática de Relaxamento e o Senhor permaneceu com o diário por dois meses.

- **Participante 8 (P8)**

Senhora de 49 anos, divorciada, tem três filhos, com grau de escolaridade Ensino Médio. Trabalha como Agente Comunitária de Saúde. Mora com os filhos. Refere que foi uma criança muito tímida e criada com muito rigor. É a caçula dos sete irmãos. Relata que sua primeira grande perda foi o falecimento de seu pai quando tinha 17 anos de idade. No diário, expressou que, antes de iniciar com a Homeopatia *“não tinha força para lavar roupa, não ligava pra nada. Pouco me importava se a vida iria para frente ou para trás. Não tinha emprego, pegava algumas faxinas para fazer, não tinha dinheiro para nada. Nessa altura do campeonato eu ainda continuava com os meus “remedinhos” e eu sempre querendo mais e mais.”* Na entrevista enfatiza: *“Eu estava muito deprimida, eu estava desempregada... e com filho desse jeito, me dando trabalho!”* Hoje em dia faz acompanhamento com Endocrinologista devido diabetes e com Homeopatia no cenário de estudo. Destacou no diário: *“A minha vida foi outra depois que eu conheci os medicamentos {homeopáticos}. Então, assim, é um processo demorado, mas, tem cura, tem jeito. Muita gente fala assim: ah, a Homeopatia demora, tá, é um processo demorado não porque o remédio vai demorar fazer o efeito, muito pelo contrário.... Então, se você tomou um remédio hoje ele vai te fazer um efeito durante dois ou três meses. Durante esse período, você vai estar em transformação, o seu organismo transforma. Até hoje eu trato com Homeopatia, remédio alopático raramente, anticoncepcional e remédio para diabetes, ainda assim, eu ainda vou-me disciplinar para não ter que ficar dependendo disso”.* Comenta que após iniciar o tratamento com a Homeopatia terminou os estudos até o Ensino Médio e realizou vários cursos, dentre estes cursos técnicos para atuar como terapeuta em de Rei-Ki e Liang Gong, curso de primeiros socorros e Doulas comunitárias. Seu diário também contemplou relatos sobre sua história de vida desde criança, a relação com os filhos e as dificuldades que vivenciou em sua vida. Fizemos a entrevista no cenário de estudo e a Senhora permaneceu com o diário por um mês e sete dias.

- **Participante 9 (P9)**

Senhora de 56 anos, católica, amasiada há quatro anos. Relata que já foi casada, mas se divorciou. Desse casamento teve dois filhos que no momento residem fora do município. Tem formação em Pedagogia, com pós-graduação em Recursos

Humanos. Aposentou-se há seis anos. Mora com seu companheiro e seu pai. Refere que, após o falecimento da companheira de seu pai, há alguns meses, ele passou a morar com ela. Seu pai tem oitenta e três anos de idade, tem Mal de Alzheimer e necessita de cuidados constantes. No diário, destaca que se dedica aos afazeres domésticos, aos cuidados com o pai, em sua maior parte do tempo. No tempo livre realiza academia social junto com seu companheiro e o pai e participa da Dança Sênior no cenário de estudo. Tentou participar da prática de Relaxamento por dois dias, entretanto percebeu que não seria viável devido o horário ser pela manhã. Durante a entrevista mencionou como se sentia antes de iniciar a Dança Sênior: *“No início eu estava ficando muito chateada, emotiva, estava mexendo muito comigo porque eu não estava preparada para ver a decadência dessa doença de Alzheimer. [...]Então, eu estava assim sem paciência e chorando a toa... Eu vi que eu estava precisando sair um pouquinho de casa, ter um momento só para mim, para eu ter força para ficar.”* Há dois anos iniciou com tratamento para hipertensão, remete aos problemas emocionais e ao aumento de peso. Relatou no diário o período que ficou sem prática, devido às férias da Terapeuta Ocupacional, responsável pela prática: *“O que foi ficar estes dias sem o curso {Dança Sênior}? Senti falta, pois é um horário que eu tirava só para mim. É que eu respiro um pouco fora da rotina. E às vezes, me pegava lembrando-me dos movimentos e das músicas ministradas no curso”.* Fizemos a entrevista antes da prática de Dança Sênior e a Senhora permaneceu com o diário por dois meses e vinte e nove dias.

- **Participante 10 (P10)**

Senhor de 65 anos, casado, tem três filhos, com grau de escolaridade Ensino Médio e formação em Técnico de Mecânica. Mora com a esposa e dois filhos. Há treze anos é aposentado. No diário expressa: *“Antes de participar das práticas aqui tinha uma vida que percebo que estava indo para uma situação de resignação quanto ao envelhecimento que ia minando as energias, pensamentos e atitudes. Talvez pelo ócio ocasionado pelo encerramento das atividades do trabalho profissional. Estava tendo uma falta de disposição, de interesse por todo tipo de situações como domésticas, lazer, convívio social, um desânimo completo e principalmente por lapsos de memória, esquecendo nomes, trocando nomes, etc... .”* Seu diário também sempre retoma os tempos em que trabalhava, ou seja, antes de aposentar. Faz

acompanhamento médico devido diabetes mellitus e participa das práticas de Homeopatia e Oficina de Memória no cenário de estudo. Disse que também deixou um encaminhamento médico para a prática de Acupuntura, está aguardando ser chamado. Fizemos a entrevista antes da prática de Oficina de Memória e o Senhor permaneceu com o diário por um mês e dezoito dias.

- **Participante 11 (P11)**

Senhora de 64 anos, casada, tem seis filhos, católica, com grau de escolaridade Ensino Superior, com formação em Matemática. Mora com o esposo e quatro filhos. É aposentada, há quatro anos. Relata que se dedica a suas atividades diárias, auxilia, às vezes, uma filha em seu trabalho e aos cuidados com o seu esposo. Durante a entrevista comenta: “[...]Eu estava ficando muito nervosa...ao invés de eu relaxar e descansar não, eu não conseguia dormir porque eu estava ficando tensa de tanto ficar em casa, porque eu acostumei toda a vida sair muito. Relata que também ajudou nos cuidados da sua mãe, devido Alzheimer: “[...]eu saia muito com ela, levava muito ao médico, e comecei a minha vida ficar muito sedentária[...]”. Neste momento de sua vida ajuda nos cuidados do seu esposo que está em tratamento: “Ele está com câncer, a gente vai à quimioterapia, dor, muda o remédio, vai ao médico, então é uma vida corrida. [...]Eu que ajudo {nos cuidados do marido}, tem médico, tem tudo, ele {marido} só aceita eu ajudar... Ele não aceita outra pessoa, se eu saio ele fica perdido, eu não sei o porquê? Então, isso me levou a procurar uma outra coisa para fazer, e aqui como é perto da minha casa e também a Prefeitura mantém, para mim foi muito bom. Aqui é meu... que me distrai, me descansa um pouco, principalmente, hoje, por exemplo, a dança terapêutica é mais para a mente, para desenvolver a mente e a sexta-feira ela {Terapeuta holística} faz uma terapia e depois o relaxamento... então, é muito bom mesmo”. Menciona que auxilia em alguns afazeres domésticos, embora tenha uma ajudante. Contudo, na quinta-feira e sexta-feira procura dedicar-se a suas atividades como a prática de Relaxamento, há quatro anos que participa, desde que aposentou, e a Dança Sênior há dois meses. Destaca que realiza caminhada todos os dias, pela manhã, com um grupo de amigos. Fazia Yoga, teve dificuldades em comparecer devido aos cuidados com o esposo; interrompeu. Relata que faz tratamento de osteoporose com

ortopedista e reumatologista. Fizemos a entrevista antes da prática de Dança Sênior e a Senhora permaneceu com o diário por dois meses e vinte e três dias.

- **Participante 12 (P12)**

Senhora de 47 anos, casada, tem um casal de filhos, católica, com grau de escolaridade Ensino Médio. Trabalha no bar com o seu esposo, com quem mora junto dos filhos. Dedicar-se aos afazeres domésticos, ao trabalho e ainda ajuda nos cuidados com a mãe de 83 anos. Relata que uma vez por semana faz companhia para a mãe que reside sozinha. Participa da prática de Acupuntura e ressalta que é a terceira vez que busca essa prática. No diário destacou: *“Há cinco anos procurei o tratamento da Acupuntura por ter muitas crises de dor de cabeça e dores no corpo.”* Durante o período em que permaneceu com o diário apresentou uma crise de enxaqueca forte e precisou ir ao pronto atendimento. Nesse período também precisou faltar duas sessões devido a uma virose e conjuntivite. Relata que está em acompanhamento com cardiologista devido a suspeita de “arritmia” e, com isso, está ficando muito ansiosa. Comenta que para a fibromialgia não sabe se obteve resultado com a Acupuntura, pois durante a entrevista diz: *“eu estou acordando com muitas dores no corpo e não sei se é a medicação porque eu tive que parar com um porque na bula está falando que eu não posso tomar porque quem tem arritmia cardíaca não pode tomar. Então eu cortei porque eu não pude ir à médica. Eu não sei se é ele, de ter diminuído por conta própria que acarretou, eu estou sentindo assim os meus dedos muitos inchados, a mão doendo, o músculo[...]. Então, a próxima etapa, se Deus quiser me chamando, eu vou, agora eu quero que você olha isso e isso, deixa a enxaqueca pra lá, vamos olhar outra coisas para aliviar”.* Faz acompanhamento com a reumatologista devido a artrose e fibromialgia e atualmente com cardiologista devido a arritmia. Comenta que a reumatologista também havia prescrito antidepressivo, porém por conta própria havia interrompido o uso do medicamento: *“Tem um mês, porque eu estava emagrecendo muito, aí eu resolvi, vou parar com esse remédio porque eu acho que é ele que está me emagrecendo, aí eu parei. Pelo menos assim o sono é instável, tem dia que eu durmo menos, tem dia que eu durmo mais, com a medicação era um tempo maior de sono[...].”* A participante associa a Acupuntura com a sua vida dizendo: *“Há momentos, problemas que a gente tem familiar... eu tive um problema muito forte, já tem cinco*

meses que a gente está vivendo um problema muito difícil em casa e a Acupuntura está me ajudando nesse ponto... Ajuda, porque é um momento difícil de relacionamento, e com a Acupuntura para me ajudar a diminuir essa tensão, porque é uma tensão que causa isso, esses momentos assim, de ansiedade, angústia, depressão, então isso tudo vai sobrecarregando e até se eu tenho alegria demais ou tristeza demais, isso tudo traz dor de cabeça". Fizemos a entrevista antes da prática de Acupuntura e a Senhora permaneceu com o diário por dois meses e dez dias.

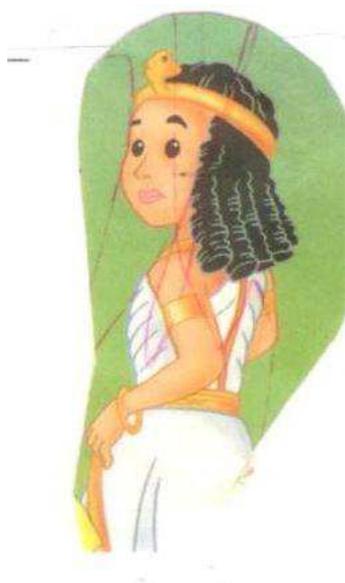
- **Participante 13 (P13)**

Senhora de 63 anos, casada, católica, tem três filhos e com grau de escolaridade Ensino Fundamental incompleto. Mora com o esposo e a filha. Atualmente sua ocupação é do lar. É tímida e quase não saía de casa antes da prática de Acupuntura, somente para ir a Igreja juntos dos familiares. No início da prática sempre era acompanhada da filha; após a oitava sessão de Acupuntura disse que foi a primeira vez que conseguiu sair sozinha para a prática. No início da participação dessa Senhora no estudo, converso com sua filha que mencionou que sua mãe é muito dependente dela para sair e fazer qualquer coisa. Diz que sua mãe sai somente para eventos da Igreja, pois sempre coloca empecilhos, com queixa de dores (Diário de campo, 04/06/2012). A participante destaca no diário como se sentia antes de participar da prática de Acupuntura: *"Comecei a sentir muitas dores nas costas e joelhos. Minhas pernas começaram a adormecer"*. Ainda expressou no diário: *"Sou uma pessoa muito caseira, de vez enquanto encontro ânimo. Mês passado fui ao aniversário do neto de uma grande amiga. Também participei de um lazer, jogo de bingo"*. Na entrevista ressaltou que antes de iniciar na prática sentia-se ansiosa, desanimada e que constantemente perdia o equilíbrio das pernas: *"Eu senti muita diferença porque eu sou bem ansiosa, eu achei que relaxei bastante e mesmo assim, um ânimo! A perna que eu andava assim... às vezes eu ficava em pé e tonteava pra cá, entendeu? Assim, que eu comecei {na Acupuntura} eu não estou tendo esses problemas"*. Dedicou-se aos afazeres da casa e nos finais de semana gosta de ir à missa com o esposo. Realiza caminhada pelo ao menos três vezes por semana, na maioria das vezes, com a companhia das amigas. Faz acompanhamento com cardiologista, gastroenterologista e ortopedista, pois relata hipertensão, gastrite e hérnia de disco lombar. Fizemos a entrevista depois da

prática de Acupuntura e a Senhora permaneceu com o diário por dois meses e vinte e três dias.

- **Participante 14 (P14)**

Senhora de 46 anos, casada, tem dois filhos, evangélica e com grau de escolaridade Ensino Fundamental incompleto. Atualmente sua ocupação é do lar. Não exerce nenhuma atividade profissional, pois relata que devido a seus problemas de saúde, principalmente a artrite reumatóide, precisou parar de trabalhar para cuidar da saúde. Dedicar-se aos afazeres domésticos, aos cuidados com sua saúde (indo aos médicos e participando das práticas de saúde) e quase todos os dias da semana participa de eventos de sua Igreja (grupo de orações, canto na Igreja e os cultos). Iniciou com a participação na prática de Relaxamento, desenvolvida na comunidade em que reside. Posteriormente inseriu na prática de Acupuntura. Além dessas práticas terapêuticas, realiza acompanhamento com nutricionista, hidroterapia, caminhada e participa da academia social. Antes de iniciar nas práticas no cenário de estudo relatou no diário: *“antes eu me sentia muito frustrada, sempre triste, só querendo chorar. Você sabe quem tem família, sempre têm problemas. Antes de iniciar a Acupuntura eu sentia muitas dores em todo o corpo, no tornozelo, então, era difícil para eu levantar da cama, ir ao banheiro depois que eu deitava. Eu contava 10000 vezes porque tinha que arrastar {as pernas} de tantas dores. Relata em seu diário: “Olha só o meu quadro de saúde: hipertensão, refluxo, hérnia de hiato no estômago, gastrite, artrite reumatóide, e estou cuidando com todos os meus médicos. Só que eu não deixo estas coisas me abalarem não, porque no salmo 21: elevo os meus olhares para cima de onde nos veio o nosso socorro, ele vem do Senhor Jesus que fez o céu e a terra”.* Faz acompanhamento com reumatologista, cardiologista e nutricionista. A todo momento no diário escreve uma frase com palavras da bíblia e também se refere a sua família (colocando relatos e fotografias de sua família). Fizemos a entrevista antes da prática de Acupuntura e a Senhora permaneceu com o diário por três meses e dezoito dias.



“Quase parálitica, quase sem pernas para andar, mas a força que eu tive, mesmo sem força nas pernas, Deus me deu força para erguer as pernas de novo. Se não fosse o meu pensamento, a minha cabeça funcionando bem e a ajuda dos médicos, eu não estaria como eu estou hoje. E depois das atividades {práticas que realiza atualmente} a minha perna fortaleceu. Associo a fé, esperança e amor com as práticas, pois se eu não amasse a mim mesma, eu não iria procurar nenhuma prática para fazer, eu iria me entregar (Entrevista P14)”.

FIGURA 06 - Diário do participante P14

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2011 a 2012.

Uma análise mais geral dos participantes do estudo confirma a presença, em sua maioria, de mulheres e pessoas com doença crônico-degenerativa, tais como, hipertensão, diabetes, doença de Parkinson, acidente vascular cerebral, fibromialgia, artrose e osteoporose. Outros estudos demonstram que os participantes de PIC referem, em geral, a presença de doenças crônicas (RODRIGUES NETO; FARIA; FIGUEIREDO, 2009; SILVA *et al.*, 2012), além de problemas relacionados à saúde mental (SILVA, 2009).

Além de doenças, identificou-se nos relatos dos participantes a presença de sintomas marcados pela dor física ou biológica, bem como os sintomas relacionados ao psíquico, por exemplo, solidão, tristeza, ansiedade, depressão e distúrbio do sono, como um fator que os leva à busca ou permanência nas PIC. Em geral, os participantes descrevem a melhoria dos sintomas associada à prática.

Pode-se compreender que as PIC são interpretadas como estratégias de enfrentamento do adoecimento e sofrimento de diferentes patologias crônico-degenerativas ou incapacidades que acometem os indivíduos na sociedade (MATTOS, 2012).

Quando analisadas as trajetórias dos participantes na busca pelas PIC, foi evidenciado que essas práticas, a princípio, representam uma alternativa para aliviar ou eliminar as dores. No decorrer do tempo, os participantes relatam o alívio da dor e as mudanças na maneira de enfrentar o processo saúde-doença ou os problemas

cotidianos da vida. Ou seja, com a vivência nas práticas reconstróem seus sentidos atribuindo-lhes um valor que se aproxima da perspectiva vitalista.

A análise dos dados direciona à compreensão de que, conforme os sentidos construídos, as PIC podem se restringir à eliminação de sintomas de determinada patologia, ou, por outro lado, podem representar um dispositivo que induz a mudanças significativas na relação do indivíduo com seu corpo, produzindo outros sentidos na vida dos participantes.

Na primeira perspectiva, o que se evidencia é a produção de um modo de ser que incorpora o corpo e os desvios da normatividade – no caso, a dor, os sintomas e o adoecimento - como objeto a disciplinar e medicalizar. Nesse aspecto, as PIC podem reafirmar a medicalização, a partir do momento que se focam na eliminação de dor e sintomas, aproximando-se da concepção mecanicista.

Em especial, esse achado encontra lugar num conjunto da população com características bastante definidas e que se aproximam do perfil dos participantes do estudo: geralmente mulheres, com sintomas psicológicos ou psiquiátricos, que se apresentam em condições de vulnerabilidade pela própria doença ou por aspectos da vida social ou econômica e, ainda, aquelas pessoas “emblemáticas” para os Serviços de saúde por apresentarem uma presença frequente com múltiplas queixas. Esse grupo da população é mais facilmente capturado pelas estratégias e mecanismos medicalizantes que incluem o apelo à religião para a autotransformação (SILVA; SENA, 2010) numa dependência de diferentes consumos da saúde – seja do medicamento, dos procedimentos ou do saber profissional – para dar sentido a suas vidas.

Na outra perspectiva, de estreita relação dialética com a anterior, evidencia-se que o potencial das PIC na transformação da relação dos participantes com eles mesmos, incorporando os elementos do paradigma vitalista (SILVA, 2009), reativando o princípio vital necessário para superar a centralidade na doença. Sob esse ponto de vista, a doença é compreendida como algo que faz parte da vida dos indivíduos e deve ser interpretada como um desequilíbrio ou desarmonia que pode ser restabelecida.

A contradição entre as duas perspectivas, oriundas da concepção de profissionais e participantes das práticas, revelou-se como um elemento central na análise temática do estudo e será discutida na primeira categoria empírica. As tensões também se estendem à organização das práticas e à relação estabelecida

entre as PIC e o campo da promoção da saúde, cuja análise temática está expressa na segunda categoria empírica.

6 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A INSERÇÃO NAS RACIONALIDADES MÉDICAS: o sincretismo de paradigmas na promoção da saúde?

Atualmente, dois paradigmas tem se destacado como orientadores das práticas em saúde: o biomédico (ou biomecânico) e o vitalista (ou energético) (CARVALHO; LUZ, 2009). O paradigma biomédico caracteriza-se como a ciência da doença, tendo, por objeto, a doença e, como objetivo, a eliminação da doença. O paradigma vitalista se constitui pela vitalidade ou pela expansão da saúde, tendo como objeto o indivíduo “desequilibrado” ou “desarmonizado” e, por objetivo, o restabelecimento ou a ampliação da saúde. Na biomedicina, a categoria central é a doença e, nas medicinas vitalistas, a categoria central é a saúde, o equilíbrio como sinônimo de harmonia vital (LUZ, 2012b).

Nesse entendimento, as PIC foram originalmente estruturadas como componentes terapêuticos, derivadas de sistemas médicos complexos que têm sua própria racionalidade, tais como a medicina homeopática e a tradicional chinesa, que compartilham com o paradigma vitalista (LUZ, 2012b).

Entretanto, os achados do estudo evidenciam que as PIC estudadas, inseridas em diferentes racionalidades médicas, são orientadas ora pelo paradigma biomédico, ora pelo vitalista. Isso se confirma na presença de elementos dos dois paradigmas que se entrelaçam na configuração das práticas, ou seja, há sinais que revelam a manutenção do objeto – doença - ou de objetivos – eliminação da doença - do paradigma biomédico no interior das PIC que, por vezes, se alternam com a superação desse objeto e desses objetivos para um modelo que incorpora o equilíbrio e a harmonia vital como orientados pela terapêutica. Assim, pode-se afirmar que há um sincretismo de paradigmas orientando as práticas de saúde, determinada e determinante dos sentidos construídos nas PIC.

6.1 Concepção de saúde nas práticas integrativas e complementares: de qual objeto e de quais objetivos estamos tratando?

Ao identificar as concepções das PIC, os dados do estudo permitiram evidenciar uma contradição na concepção de saúde expressa como orientadora das práticas. Ao mesmo tempo em que, no discurso dos profissionais, as PIC são

orientadas por uma concepção ampliada de saúde, centrada no indivíduo e em sua singularidade, os objetivos revelados aproximam-se de uma abordagem que tem como foco central os sintomas biológicos e o adoecimento. Esses elementos também foram notados nos relatos dos participantes, ao se referirem a busca pelas PIC para diminuir ou aliviar sintomas, associando também relatos das práticas como oportunidade de ampliar a autonomia e o empoderamento. Essas contradições expressas no fenômeno de estudo podem representar o embate necessário para caracterizar o processo de mudança na concepção de saúde que sustenta as PIC.

Na visão de Hegel, o método dialético admite a possibilidade de um objeto ser igual e diferente de si mesmo, ao mesmo tempo e sob mesmo aspecto, constituindo a contradição (EGRY, 1996). Marx parte dessa definição da dialética e ressalta que o mundo material é dialético, está em constante movimento histórico e é a partir das contradições que as mudanças acontecem (MARX; ENGELS, 1984).

Assim, foi possível revelar que um dos polos do fenômeno refere-se aos estados “desarmonizados” do indivíduo como alvo de atenção das PIC. Nesse entendimento, o objeto de atuação parece indicar a superação de um modelo que tem como foco o sujeito doente para uma compreensão da saúde em seu sentido amplo, ou seja, em sua dimensão biológica e emocional:

Eu acho que tem um saldo muito positivo, as pessoas costumam sair daqui mais fortes. Eu falo que elas estão mais fortes, tanto do ponto de vista de dor, de dor melhor, mas, assim, forte psicologicamente. Porque a gente tenta sempre em todo paciente, eu trato a dor que ele estava queixando, mas a gente sempre tenta equilibrar o emocional dele porque tem tudo a ver. Um paciente que está deprimido e tudo, a dor dele é muito maior que o paciente que não está. Então, o que eu noto é que os pacientes saem mais confiantes, mais fortes (E3-Médica acupunturista).

Mas é a pessoa, é o holismo, o integral, a pessoa é um todo, ela não é um estômago e a leitura corporal você consegue fazer. Para melhorar a vida das pessoas. Na verdade ajudar a pessoa a se melhorar. ... As doenças que a gente chama de doença na verdade é uma face de um sofrimento muito mais profundo. Então, ficar tratando só a superficialidade, a gripe, não atinge o fundo, não melhora a vida, não melhora a sociedade[...] (E5-Médico homeopata).

[...]em Homeopatia a gente preocupa muito em não só cuidar da doença propriamente dita. A gente como homeopata acha que saúde mesmo é virtude. Mas, a Homeopatia vai atrás de realmente equilibrar o paciente, na esperança que ele fique menos egoísta, fique mais preocupado com as outras pessoas, com o planeta. Então, isso nem sempre é possível de realizar, mas que não impede a gente de tentar que essas pessoas sejam equilibradas, saudáveis e que não fiquem propagando a doença dela por todo meio familiar[...] (E6-Médico homeopata).

Os achados contribuem para a discussão de que as PIC se inserem num campo de reversão de um modelo que atua sobre a doença ou os sintomas (paradigma biomédico) para um modelo que restaura o organismo em sua potencialidade ao reconhecer que esse organismo tem desequilíbrios que precisam ser entendidos como sinais do modo de ser e viver (paradigma vitalista).

As práticas orientadas pelo paradigma biomédico, a racionalidade da medicina ocidental contemporânea, focaliza os aspectos biológicos, tornando-se uma prática reducionista. Essa abordagem é insuficiente para responder aos problemas de saúde e doença do indivíduo e das coletividades. Já as práticas orientadas pelo paradigma vitalista consideram a doença como um conjunto de causas que culminam em desarmonia e desequilíbrio do “todo” do indivíduo. A cura, para esse paradigma, não significa torná-lo saudável, a partir do ponto de vista da normalidade, como na biomedicina. A cura leva o indivíduo a um estado de saúde superior ao que se encontrava antes. A cura e a doença, para esse paradigma, são fenômenos complexos que incluem aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, ambientais e espirituais (QUEIROZ, 2000).

Dentre as diversas formas terapêuticas inseridas no paradigma vitalista, há uma tendência a unificá-las tendo como ponto comum o cuidado que percebe a doença como um distúrbio no equilíbrio energético do indivíduo, um desequilíbrio de forças naturais e espirituais, entendido como uma desorganização da harmonia que antecede e determina, em última instância, as manifestações mecânicas em nível orgânico. As práticas terapêuticas, nessa perspectiva, exigem o envolvimento direto do indivíduo na promoção da cura com aproximações nas dimensões socioculturais e emocionais. Portanto, a busca do equilíbrio é uma postura que difere da adotada pela medicina ocidental contemporânea, do paradigma biomédico, onde se visualiza a doença principalmente como resultante de um agente agressor externo, que precisaria ser radicalmente combatido (NAGAI; QUEIROZ, 2011).

Apesar da concepção de saúde expressa no objeto de atuação das PIC revelar o direcionamento para um paradigma vitalista, a análise dos dados demonstra uma contradição no interior das práticas que adotam como objetivo quase exclusivamente a diminuição de sintomas ou queixas.

Os participantes fazem referência à busca pelas PIC, como forma de eliminar as dores ou a doença. Em especial, esse achado se evidenciou nas práticas de Acupuntura e Oficina de Memória:

Há cinco anos eu procurei o tratamento da Acupuntura por **ter muitas crises fortes de dor de cabeça e dores no corpo** (Relatos no diário do participante P12).

Eu acho que **é diminuir dor**, de uma forma geral, porque a maioria das pessoas vem com essa queixa, agora é muito no sentido de acalmar[...] (E3-Médica acupunturista).

Então, são pessoas que tem **queixas de memória, todo mundo tem queixas de memória**: - Ah, eu esqueci uma coisa! Ah, eu estou mais esquecida. Mas, não tem um déficit cognitivo (E1-Terapeuta Ocupacional).

Nos diários dos participantes predomina uma associação das PIC com a percepção de mudanças em relação aos sintomas biológicos, ou seja, a melhora ou ausência das dores:

Hoje... fiz Acupuntura estava com **dor lombar**, pois este final de semana acabei pegando sacolas pesadas, então tive dormência nos dedos, pés e peso nas pernas. Agora, depois das aplicações, sinto-me leve. Também antes de iniciar a Acupuntura estava com o sono prejudicado, acordava várias vezes a noite por causa das câimbras e dormência nos membros e costas. Portanto, nesse momento estou me sentindo muito bem. Hoje em relação ao passado estou ótima (Relatos no diário do participante P1).

Notei que melhorou muito, **eu já não estava sentindo a dor no ombro e o pé também não estava doendo mais...**, então eu posso dizer que foi muito bom, todas as sessões que eu fiz lá, eu posso avaliar que foi muito bom. Eu continuei fazendo tudo do mesmo jeito, **só que ai não tinha mais a dor**[...] (Relatos no diário do participante P3).

[...] **as dores melhoraram, o tremor da mão melhorou**. ... mas, de modo geral melhorou bastante (Entrevista P5).

A **dor** que me impede inclusive de dormir para o lado direito estou sentindo uma melhora acentuada de mais de oitenta por cento (80%) dos sintomas, inclusive não tendo até hoje repetição na dormência nos dedos (Relatos no diário do participante P10).

Tive uma semana excelente, **sem enxaqueca** graças a Deus! A prática de Acupuntura sem interrupções deu muito resultado, estou muito bem (Relatos no diário do participante P12).

A acupunturista relata que, em sua maioria, os indivíduos que procuram pela prática apresentam queixas algicas, como lombalgias ou cervicalgias. Em um de seus discursos destaca-se:

A maioria vem por dor, dor é um dos maiores vilões que a gente tem aqui (E3-Médica acupunturista).

Assim como ressaltado pela acupunturista, durante a observação também foi possível verificar que todos os indivíduos que buscam essa prática apresentam um sintoma, bem como estão à procura de uma alternativa de tratamento. Dentre os vinte e um participantes que estiveram presentes para as sessões de Acupuntura, durante o período de observação, todos apresentaram um sintoma ou patologia de base, tais como: histórico de acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, artrose, depressão, lombalgia, cervicalgia, insônia, enxaqueca e fibromialgia.

Para os participantes parece permanecer a lógica da “eliminação da dor” para o alcance de um estado normal (ou de normalidade) que reproduz o modelo de negação da doença que caracteriza o paradigma biomédico. Sob esse paradigma, no estado inicial de saúde, o equilíbrio é negado por uma doença instalada ou outros fatores diretos ou indiretos que perturbam o equilíbrio. A intervenção no corpo do doente ou nos agentes diretos ou indiretos visa restabelecer a condição de equilíbrio inicial perturbada, o “normal” esperado. Com isso, a doença, em si mesma é negada, bem como os efeitos da doença no organismo são negados.

Outra perspectiva, mais vitalista e promocionista seria representada pela negação da negação, ou seja, não se nega a doença, pois ela representa um polo da contradição Saúde-doença. Negar a doença seria o mesmo que negar a saúde, pois ambas estão intrínsecas no mesmo fenômeno. Então, nessa perspectiva, nega-se a doença como negação – por isso negação da negação - ou seja, negam-se as condições que geraram sua existência (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004), aproximando-se de uma abordagem que tem como objetivo atuar sobre os determinantes da saúde e da doença. Contudo, essa compreensão não foi explicitada nos achados do estudo que revelaram as PIC quase exclusivamente em seu aspecto de eliminação da doença ou de seus sintomas.

Nesta perspectiva, pode-se inferir que, no campo das PIC, destaca-se uma tendência normatizadora que viabiliza métodos paliativos e remediadores para os mal-estares na atualidade (TAVARES, 2009), contribuindo para a medicalização social ao desconsiderar a dimensão simbólica e subjetiva dessas formas de mal-estar face ao silenciamento da voz do sofrimento e do sintoma.

Nessa lógica, Tesser (2009) enfatizou a medicalização no cotidiano da atenção à saúde nos Serviços de saúde do SUS, no que se refere às representações dos usuários. Ressaltou que qualquer que seja a concepção de

saúde ou de doença, a abordagem de qualquer transtorno da vida de um indivíduo pode ser interpretada como doença e esse indivíduo deve ser interpretado como um corpo que funciona como uma “máquina estragada ou complicada”, de cujo funcionamento somente os médicos detêm o saber.

Nesse contexto da medicalização, Luz (2007) ressalta que especialmente em relação à Acupuntura, as concepções dos terapeutas formados na visão holística da medicina tradicional chinesa, diferem da concepção dos participantes das práticas, que tendem a se ver como “máquinas estragadas”. Essa prática nos Serviços de saúde é vista como “terapêutica alternativa”, um procedimento mecânico que produzirá resultado sobre a dor, eliminando-a, o que de fato é movido pela própria medicina ocidental, bem como pelo paradigma biomédico. A autora afirma que existe um sentido diferente na busca por essa prática na rede pública e em Serviços privados: na primeira, aparecem relatos de alcançarem, no máximo, o alívio da dor, enquanto nos segundos, a prática visa o restabelecimento da harmonia ou do equilíbrio da vitalidade.

Ainda que o adoecimento continue sendo o objetivo e o motivo de busca pelas PIC, os achados do estudo também permitiram identificar que a singularidade do sujeito é visualizada como uma tentativa de fazer com que alcance o estado de equilíbrio físico, mental e emocional por meio dessas práticas, revelando-se a contradição no interior do fenômeno de estudo.

[...]eu acredito que é para aliviar todo tipo de sofrimento, de alguma forma. O objetivo maior da Acupuntura é de aliviar o que a gente chama de energias e tudo que na medicina você nem fala disso. Mas, seria para equilibrar essa pessoa tanto na parte mental, física, emocional, essa parte toda (E3-Médica acupunturista).

Do mesmo modo, visualiza-se que os participantes buscam as PIC por elas apresentarem uma perspectiva ampliada da saúde.

Eu acho que a Acupuntura trabalha no seu organismo, porque na verdade são estímulos, como um todo, ela não vai só direcionar uma única fonte, enquanto que um medicamento que você faz, você direciona para uma determinada fonte. A Acupuntura e a Homeopatia é mais generalizada, talvez é o grande problema que o hoje a sociedade vive é a falta dessa coisa generalizada, porque a medicina tradicional, apesar que a filosofia do SUS mudou muito em relação, mas profissionais não estão preparados para viver essa filosofia ainda de uma pessoa como um todo. Então, se doe o seu cabelo, ele vai olhar só o seu cabelo, se só doe o seu dedo, ele vai olhar só o seu dedo, e as outras partes do seu corpo vai desencadeando outros problemas. Então, você nunca chega em um equilíbrio, apesar que a

filosofia do SUS hoje muda essa prática, mas completamente ela não existe. Então eu acho que o resultado, alcançar sim uma saúde melhor, como um todo, então eu pessoalmente, eu acho que eu tive um equilíbrio muito maior em todos os sentidos. Não ter que ficar a poder de medicamentos que me deixa meio boba ou robótica, porque aí você fica a deriva de outros males, outros acidentes que podem acontecer. Na realidade, eu acho que o seu organismo como um todo, você também vai trabalhando como um todo no seu organismo, então você busca um equilíbrio de saúde muito maior e sem efeitos adversos (Entrevista P1).

Porque a Homeopatia eles falam que tratam de um todo. Então, eu estava fazendo tudo que eles falavam para melhorar a saúde, pelo que eu passei, aí eu tentava[...] (Entrevista P7).

Luz (2005a) corrobora com esse achado ao destacar que o aspecto biopsíquico e do cuidado expresso na singularidade do sujeito deve ser considerado como objeto e objetivo central das práticas integrativas e complementares. Nesse entendimento, o sujeito é abordado numa perspectiva holística, na qual se exige a compreensão ampliada de saúde.

O holismo é compreendido como um conjunto de valores aplicados à terapêutica que envolve as dimensões da racionalidade médica em que as PIC se inserem. Representa um novo valor no movimento contracultural, onde se desenvolvem novas práticas terapêuticas na saúde, fundamentadas em valores e concepções holísticas e integrativas. Nesse contexto, entende-se o holismo como ênfase nos aspectos sociais da busca por integração, por meio da reinserção do indivíduo na ordem da sociedade (SOUZA; LUZ, 2009). Esses autores destacam que as práticas terapêuticas são visualizadas como parte de um movimento de resgate de valores e concepções holísticas no campo da saúde que pode ser compreendido como tentativa de solucionar ou diminuir as deficiências na dimensão terapêutica da biomedicina. Essas novas práticas evidenciam e induzem transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura, presentes na cultura, criando outras que frequentemente valorizam o indivíduo e sua relação com o terapeuta como elemento fundamental, bem como o uso de pouca tecnologia em oposição às deficiências na relação médico/paciente, características da terapêutica na biomedicina.

Como contribuição para esse movimento contracultural, reconhece-se que as PIC, de uma forma geral, favorecem uma boa relação entre terapeuta e paciente e a busca pela reconstrução das relações dos indivíduos consigo mesmos e com o mundo (TESSER; SOUZA, 2012). Os dados empíricos evidenciam a importância da

relação entre o profissional e o participante da prática no processo terapêutico. Os profissionais ressaltam a oportunidade que essas práticas permitem para que os indivíduos sejam bem acolhidos e, por meio disso, alcancem o sucesso no tratamento.

[...]esse vínculo você vai percebendo direitinho nas consultas...E você também começa a pontuar as coisas para ele, olha tenta agir de outra forma, tenta pensar de outra forma (E3-Médica acupunturista).

[...]a Homeopatia onde quer que esteja é uma ótima oportunidade do paciente ser acolhido, bem tratado, falar tudo que sente, poder falar tudo da história de doenças da vida dele... e isso já é terapêutico. Você nem precisa dar remédio, só de você ouvir a história inteira de doença de uma pessoa, ele já está sendo tratado, está sendo curado (E6-Médico homeopata).

Luz (2005a) reafirma esse achado, ao enfatizar em seu estudo que nas práticas, principalmente na Homeopatia, há uma tendência de se ver a relação médico-paciente como um elemento fundamental no processo de cura, sendo um guia de indicação do processo de evolução do tratamento. Ressalta que grande parte da eficácia e resolutividade resulta da satisfação que os indivíduos encontram em seu tratamento. Tal satisfação provém de uma relação socialmente complexa, onde elementos simbólicos e subjetivos estão presentes.

Pode-se dizer que as PIC estão ocupando funções culturais atreladas ao registro simbólico do viver e morrer coletivos que antes eram partilhados em outras dimensões da sociedade. A demanda pela saúde ou pelas PIC é uma demanda por um universo simbólico que está desencantado pela racionalidade capitalista, e, portanto, procura-se nestas práticas ocupar espaços de relações de empatia entre os indivíduos, legitimando até mesmo situações de cuidado que eram assumidas por instituições ou até mesmo pela própria família ou escola. Desse modo, a demanda social da saúde com o objetivo de buscar o cuidado e a atenção na lógica econômica tem representado a expansão das práticas, de discursos e de novos atores voltados para a saúde. Assim, as práticas estão sendo visualizadas pela sociedade como estratégias de ressignificação da vida, de reconstituição de valores e como forma de atribuir novos sentidos à saúde e à vida (LUZ, 2005b).

Nesse contexto, a relação profissional-paciente ou, no caso, terapeuta-participante, é um dos elementos simbólicos que contribui para que as PIC possam colaborar para um novo movimento no campo da saúde (LUZ, 2005a). Reforça-se,

aqui, como resultado deste estudo, o avanço nesse aspecto da relação terapeuta-paciente, contudo, precisa se associar a outros elementos que demonstrem a centralidade das categorias de Saúde e Equilíbrio presentes não somente na imagem-objeto das PIC como também em suas finalidades, o que orienta a organização das práticas.

6.2 Os sentidos construídos nas práticas integrativas e complementares

Nesta subcategoria, discuto a compreensão dos sentidos construídos nas PIC, revelados a partir dos profissionais e dos participantes das práticas.

As práticas em saúde, tais como as PIC, representam um campo de transformações que se instituem com as construções de novos sentidos e significados em saúde, baseadas em ações concretas (CARVALHO; LUZ, 2009).

Nessa perspectiva, os sentidos construídos nas práticas constituem-se de vários habitus que estão relacionados à interiorização de normas e valores presentes na cultura. Assim, pensar em práticas implica reconhecer a existência de um saber prático construído nas relações de atores sociais com as estruturas estruturantes (BOURDIEU, 1994). Segundo Carvalho e Luz (2009), as estruturas têm um caráter de estar em permanente construção e se vinculam a contextos culturais, o que é intrínseco para a interpretação dos sentidos e significados construídos nas práticas. Ainda afirmam que a construção dos sentidos não é “imaneente” aos significantes, é uma construção social.

Nesse entendimento, Bourdieu afirma que a “prática” é um:

produto da relação dialética entre uma situação e um habitus, isto é, o habitus enquanto sistema de disposições duráveis é matriz de percepção, de apreciação e de ação, que se realiza em determinadas condições sociais (BOURDIEU, 1994, p.19).

Desse modo, os achados do estudo evidenciaram que as PIC são capazes de produzir sentidos na vida dos sujeitos e no meio no qual estão inscritas.

Um dos sentidos está relacionado com a mudança de comportamento, a autonomia, o autocuidado e a responsabilização construídos ou potencializados com a participação nas PIC:

O tratamento me ajudou até a resgatar o gosto por me cuidar. Adoro cuidar da minha aparência: pintar os cabelos, as unhas e cuidar do corpo como um todo (Relatos no diário do participante P4). Agora estou mudando a minha postura. Faço aquilo que estou com vontade. Às vezes preciso sair para pensar. Vou para X {outra cidade}, passeio por lá. Arrumo meu cabelo e vou[...] (Diário de campo, 31/05/2012, fala do P4).

Até as outras pessoas notaram, porque mesmo os meus filhos falam: hoje você é outra. Agora eu tenho um jeito diferente de ver as coisas. Então, eu acho que é isso é que mudou, funciona muito bem na cabeça da gente, e as vezes é bom para a saúde. [...]Quando comecei a frequentar o Relaxamento há mais de vinte anos, não imaginava como me ajudaria a entender, a aceitar ou não, a dizer sim ou não, coisas simples, mas importantes para vivermos melhor (Relatos no diário do participante P6).

[...]eu aprendi que eu tenho que cuidar primeiro de mim, porque como eu vou ajudar alguém se eu estou psicologicamente mal. Eu tenho que estar bem comigo mesma (Relatos no diário do participante P14).

[...]a gente consegue fazer com que a pessoa viva melhor e tanto o Relaxamento quanto as danças, Acupuntura, todos, Yoga, Tai-chi-chuan, Liang Gong, a Homeopatia vai fazer com que a pessoa mude a postura com relação à vida. O que adoce a gente é a culpa é, a vitimização, é a passividade, é aí, a postura perante a vida que é insalubre vamos dizer assim e aí as doenças vão aparecendo, principalmente culpa, remorso, mágoa e rancor.... E a Homeopatia, e essas práticas todas vão fazer com que a pessoa descubra que não, eu sou o autor da minha vida, eu vou mudar. E a partir daí começa a mudar a postura, mudança de comportamento (E5-Médico homeopata).

[...]Em primeiro lugar é mostrar para a pessoa que ela pode se sentir melhor, de que existe uma forma dela se sentir melhor e levar a pessoa a se responsabilizar pelo seu tratamento (E2-Terapeuta holística).

Além disso, visualiza-se o potencial das PIC para melhorar a relação com os outros e proporcionar a socialização e o vínculo.

Quando o nosso grupo {Relaxamento} se encontra, acho ótimo. É como se tivesse voltado no tempo. Me sinto mais jovem. No grupo dá para falar sobre tudo, sem se preocupar. É como se estivéssemos em família: damos gargalhadas, não vemos o tempo passar. Fico esperando por este dia, porque aumenta a minha autoestima (Relatos no diário do participante P4).

[...]Acho que hoje eles notaram isso, que eu sou uma pessoa mais alegre, mais comunicativa (Entrevista P6).

[...]Sou muito alegre no Relaxamento, sou feliz[...] (Relatos no diário do participante P2).

[...]E com isso a gente cumprimenta todo mundo e vai aumentando o círculo de amizades também (Entrevista P9).

[...]Após tratamento recomendado... observo alguns resultados como mais disposição, melhoria do ânimo[...] (Relatos no diário do participante P10).

Esses achados são corroborados por Nagai e Queiroz (2011), no qual afirmam que a implantação das PIC na rede básica de serviços de saúde melhoram a qualidade de vida da população e contribuem para a promoção do autocuidado. Outro fato que se apoia na discussão desses autores é sobre os afetos produzidos no cuidado pelas PIC, no qual os participantes se mostram alegres, percebem melhora da autoestima e, com isso, visualiza-se a possibilidade de ampliar a potencialidade desses indivíduos para que possam exercitar sua liberdade de escolha em se manterem ou romperem com as PIC. Esse achado também foi revelado no estudo:

Cheguei na nona sessão de Acupuntura, os resultados são visíveis, até o humor melhorou, estou mais feliz, mais vaidosa. Já entreguei outro encaminhamento para a secretaria do centro especializado, espero que não demore a chamar (Relatos no diário do participante P5).

{O Relaxamento} já estive em lugares mais perto da minha casa, atualmente é um pouco longe, mas não abandonarei. Enquanto me for possível, estarei aqui (Relatos no diário do participante P6).

Não pude ir à sessão de Acupuntura, estava cheia de compromisso durante a semana. O que pude perceber é que senti falta do tratamento[...] (Relatos no diário do participante P3).

Os dados contribuem para a compreensão de que a responsabilização do indivíduo influencia na maneira de se ter saúde e, com isso, é uma forma de o indivíduo de se sentir melhor. Essa análise é corroborada no estudo de Silva (2009) ao apontar que a responsabilização individual é um critério para se ter ou se manter a saúde. A autora ainda destaca que, além da atuação do indivíduo, as redes sociais devem estar diretamente atreladas a esse processo de individualização e responsabilização, conformando o contexto cultural necessário para dar sentido às práticas.

Ao mesmo tempo, os achados revelam que as PIC contribuem para o “*empowerment*” psicológico apontado como um sentimento de maior controle sobre a própria vida. Esse mecanismo advém de estratégias de promoção que têm como objetivo fortalecer a autoestima, a capacidade de adaptação ao meio e o desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e de solidariedade (CARVALHO, 2004). O autor destaca que essas práticas podem ter como objetivo finalístico a

manutenção da harmonia social e de uma relação saudável entre o indivíduo e seu meio externo.

Ao participar das PIC, os indivíduos expressam um maior sentimento de responsabilização contribuindo para a melhoria na qualidade de vida, como uma forma de enfrentar os problemas da vida e do adoecimento.

Depois de cada Relaxamento me sinto mais forte para enfrentar minha jornada[...] (Relatos no diário do participante P4).

Eu acho que ajudou muito, porque devido a um problema que eu tive, eu era uma pessoa muito ansiosa. Então, com o Relaxamento parece que você vai conseguindo dominar mais, como se diz, a minha pessoa. Eu vou conseguindo dominar mais essas coisas. Mudou, eu fiquei mais tranquilo, mais calmo (Entrevista P7).

Assim, o segundo sentido foi identificado no entendimento que as PIC representam uma possibilidade de os sujeitos aprenderem a se tratar e a lidar com as condições de saúde ou com os problemas do cotidiano.

Então, as técnicas de Relaxamento, elas levam a isto, a ensinar a pessoa a fazer uma pausa e a se responsabilizar, se eu tomar essa atitude e o que é que vai acontecer comigo, quais as consequências pra mim. Então, ela vai buscar uma forma diferente de lidar com o cotidiano (E2-Terapeuta holística).

[...]é a partir dessas práticas elas descobrem o que, como elas podem atuar frente um problema que possa surgir na sua vida, seja dentro de casa, no trabalho, na escola com os filhos[...] (E4-Enfermeira- Gerente).

Por exemplo, melhorar o sono é uma coisa muito comum durante o tratamento homeopático, não só melhorar o sono, mas melhorar o humor, passar o mal -estar. Paciente se sente melhor, mais animado, mais alegre, mais bem disposto e mais corajoso. ...Sai de casa sozinho, o sono melhorou, está mais animado que antes, acabava de comer e dormia a tarde toda e agora não tem mais isso (E6-Médico homeopata).

De fato, os relatos dos participantes das PIC confirmam os achados dos profissionais no que se refere à construção de sentidos no cotidiano. Os participantes enfatizam alterações nos estados emocionais e comportamentais e, assim, percebem outra forma de lidar com a vida.

Lá {no Relaxamento e Dança Sênior} eu esqueço completamente os problemas, a doença do meu marido, pessoas na família que são ingratas e só procuram deturpar a paz com conversas vazias, sem Deus (Relatos no diário do participante P11).

Há momentos, problemas que a gente tem familiar, eu tive um problema muito forte, já tem cinco meses que a gente está vivendo um problema muito difícil em casa e Acupuntura está me ajudando nesse ponto, eu me acalmar, respirar, relaxar, a dor da enxaqueca não vir porque no princípio estava vindo, agora já não está vindo mais. Ajuda {enfrentar os problemas da vida}, porque é um momento difícil de relacionamento, e com a Acupuntura para me ajudar a diminuir essa tensão, porque é uma tensão que causa isso, esses momentos assim de ansiedade, de angústia, de depressão. Então, isso tudo vai sobrecarregando e até se eu tenho alegria demais ou tristeza demais isso tudo traz dor de cabeça. Então aí ajuda a controlar... já tem mais de um mês que eu não tenho dor de cabeça nenhuma, graças a Deus! (Entrevista P12).

Quando eu comecei a Acupuntura eu estava bastante preocupada com a situação do meu filho com a sua esposa, parecia que eu estava querendo mudar uma situação...o modo de vida que não dependia de mim. Parecia que a minha mente só ficava neles e esquecia de mim mesma. Só que este tratamento foi bom não só para a minha saúde física como também emocionalmente. Olha, hoje eu mudei por inteira aquela preocupação, eu entendi que eu não posso mudar ninguém[...]. Olha, eu sei que minha saúde depende muito do meu emocional, estar bem para que eu esteja também bem com o meu corpo físico[...] (Relatos no diário do participante P14).

Pode-se afirmar que as PIC apresentam potencial para mudar o modo de viver cotidiano dos indivíduos que estão inseridos nesse contexto, bem como são capazes de produzir sentidos em relação sua vida e saúde, principalmente, no que se refere à ampliação da autonomia e o favorecimento do empoderamento.

Antes de fazer as atividades físicas, eu não conseguia, por exemplo: se eu colocava a cama de casal no canto, eu não conseguia ajoelhar em cima dela para estender um lençol. Hoje eu ajoelho, levanto do chão dos colchãozinhos da academia, tudo tranqüila, sem dor nem nada. Tudo bem melhor! E antes, eu não aguentava não, era ajoelhar e aquela dor terrível no joelho e hoje não. Andar... que é uma maravilha hoje, eu não andava, não igual eu ando não, andava dentro de casa arrastando, sair sozinha eu tinha medo que podia cair. Hoje, não vem ninguém atrás de mim mais não! {Estou} independente, graças a Deus! (Entrevista P14).

Antes de fazer a Acupuntura eu não saía para nada, só para ir à Igreja, mas não saía sozinha. Agora, depois da Acupuntura não estou desequilibrando mais. Meus filhos sempre me levavam aos lugares. Hoje é o primeiro dia que saí de casa e vim para a Acupuntura, sozinha (Diário de Campo, 10/07/2012, fala da P13).

Neste estudo, entende-se o cotidiano como algo que se faz habitualmente, no dia a dia. O estudo de Chaves (2011) sobre a análise do cuidado produzido pela Acupuntura revela a autonomia produzida nos indivíduos, promovendo maior independência na vida diária. Outros estudos como de D'Alencar *et al.* (2006) evidenciam as contribuições das PIC, nesse caso da Biodança, para proporcionar a autonomia e mudanças no cotidiano da vida dos participantes.

Ao se tornarem mais autônomos e independentes, os participantes começam a procurar outras atividades que reforçam o sentimento de bem-estar. Com isso, o terceiro sentido construído nas PIC está na capacidade de proporcionar que os participantes acionem outras práticas inseridas em diferentes racionalidades médicas ou, ainda, práticas de saúde que necessariamente não se orientam por uma racionalidade médica.

A associação de práticas terapêuticas e de outras práticas de saúde impacta na redução de sintomas ou na manutenção de relações já estabelecidas favorecendo a promoção da saúde.

Mas, mesmo assim, eu acho que é a junção de tudo, da Acupuntura, não pode falar que foi só da Acupuntura. É Acupuntura, Homeopatia e Relaxamento. Então, as três práticas me ajudaram muito. Elas se complementam (Relatos no diário do participante P5).

Eu faço a Homeopatia, agora pedi um encaminhamento para a Acupuntura, eu fiz as dez sessões do treinamento de memória. Atualmente são essas três {práticas} (Entrevista P10).

Eu faço caminhada todos os dias de manhã com uma turma boa, assim, muito engraçada, a gente ri, brinca, também é uma terapia melhor que fosse com uma psicóloga, com um grupo, com tudo, é muito bom. É um grupo, porém sem objetivo nenhum, porém é uma terapia que eu faço de manhã, todo dia a gente caminha, de segunda a sexta (Entrevista P11).

Além das práticas desenvolvidas no Serviço, os participantes do estudo relatam a busca pela hidroginástica, caminhada e academia como atividades complementares, desenvolvidas de forma integrada às PIC:

Às 8h 30min vou para a aula de **Relaxamento**. Termina às 9h30min e as 9h 45min vou para a **hidroginástica** que termina as 11h (Relatos no diário do participante P4).

Eu fiz **Relaxamento**, depois o **alongamento**, a **Acupuntura**, **Oficina de Memória** e agora no momento está sendo só o **Relaxamento**. Faço **caminhada**, eu fazia todo dia, agora eu estou mesclando fazendo umas três vezes por semana... Aí eu vou deixando, quando tem esses projetos de saúde eu procuro participar, aí a gente vai levando (Entrevista P7).

De **Relaxamento** e com a **Dança terapêutica**. Relaxamento tem uns quatro anos, desde que eu aposentei e a dança terapêutica deve ter uns dois meses. Eu faço **caminhada** todos os dias, de manhã, de segunda a sexta. Eu **fazia loga**, mas parei pelo horário (Entrevista P11).

Houve relatos também da associação das PIC com práticas corporais e de atividade física.

Foi só essa **dança** mesmo...no princípio eu fiz inscrição para o Relaxamento, como não tinha vaga, me chamaram para a dança...Eu agora entrei naquela academia social que é da prefeitura também. Estou fazendo a **academia social na segunda, quarta e sexta**, que aí vai eu, meu companheiro e pai. Nós conseguimos encaixar pai, ele {o instrutor} dá um exercício diferenciado para ele e é uma maneira da gente entrosar ele {o pai} para fazer uma atividade... Então assim, eu estou fazendo uma **atividade física para tentar emagrecer** porque eu preciso e tudo[...] (Entrevista P9).

Dentre a diversidade de atividades e práticas, apontadas por Luz (2007) como novas formas de saúde, também se destacaram, no estudo, as práticas corporais, ginásticas e de atividade física como as caminhadas.

As ginásticas e atividades corporais apresentavam finalidades que condiziam com o paradigma vitalista, ou seja, a busca pelas práticas para favorecer o equilíbrio corpo e mente. Contudo, a partir do século XX, há um deslocamento no sentido dessas práticas que passam a ser ligadas às normas de beleza da cultura fisicalista em voga. Dessa forma, trata-se de um recurso que reforça o paradigma biomédico (LUZ, 2007). Ressalta-se que, muitas vezes, essas práticas estão atravessadas por representações estéticas relativas ao corpo, independente da racionalidade que as orienta, as quais estão ancoradas nos valores individuais dominantes na sociedade.

Identificaram-se, no discurso, estratégias de constante vigilância, “ao cobrar” dos indivíduos hábitos e estilos de vida considerados saudáveis.

[...]eu falo que existiu o setor de cobrança, então, eu falo o setor de cobrança está chegando. Quantas caminhadas você fez essa semana? Eu peço as pessoas que moram no mesmo bairro que se organizem, que façam caminhada juntos. Então, é aquela cobrança mesmo, de caminhada. Mas, eu costumo a fazer um exercício de perguntar qual era a cor da comida que estava no seu prato no domingo. E pela cor, as pessoas falam o que será? Então, será que tinha alguma coisa saudável ali, algum legume, verdura, o que é que tinha naquela comida? Então, é através de uma brincadeira que a gente vai colocando aquilo que vai levar a uma saúde de mais qualidade (E2-Terapeuta holística).

A depender da forma em que as práticas de promoção da saúde se estruturam, podem tornar-se estratégias de vigilância que, por vezes, limitam ou restringem as escolhas ou decisões dos indivíduos, com a motivação do bem-estar coletivo ou da inevitabilidade de consequências danosas à saúde e à sociedade

(VERDI; CAPONI, 2005). Reforça-se, nesse achado, a medicalização da sociedade, na qual os corpos individualizados passam a ser alvo de preocupações, responsabilizando cada vez os indivíduos pelos riscos aos quais estão submetidos. Com isso, o que se pretende é o desenvolvimento do autocontrole dos indivíduos.

Essa discussão reforça a compreensão de que é preciso ter cuidado com o consumo incessante de diferentes práticas com a finalidade última da vida sempre saudável, ainda que essas práticas sejam as PIC. Empregadas dessa forma, reduzem-se as práticas a um conjunto normativo de “novos consumos em saúde” consolidando a Higiomania (SILVA, 2009). Para Nogueira (2001), a higiomania caracteriza a adoração da saúde, no qual é autonomista, onde se ter saúde está ao alcance de todos, desde que adotem a normatização de um estilo ou hábito de vida e evitem os riscos sobre os quais são advertidos.

Ao mesmo tempo, compreende-se que a associação de práticas terapêuticas e outras práticas de saúde estejam relacionada com a mudança cultural na relação do sujeito consigo mesmo sob a perspectiva de um cuidado integral na saúde. A integralidade pressupõe que apenas uma racionalidade médica não é capaz de responder de forma satisfatória as complexidades da saúde e, desse modo, a associação das práticas pode indicar a construção de uma perspectiva mais integral no cuidado em saúde, no sentido ampliado de sua definição, entendida como “uma ação social que resulta da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde” (PINHEIRO; LUZ, 2003, p.65).

Nesse ponto de vista, vale ressaltar que a PNPIC no SUS evoca uma “política de inclusão terapêutica” aberta a outros saberes e racionalidades, o que pode favorecer a complementariedade em detrimento da exclusão, ampliando a variedade de opções para os cuidados em saúde (ANDRADE; COSTA, 2010).

Contudo, o sentido expresso no motivo da procura pelas PIC é revelado no estudo como uma alternativa de tratamento, relacionada às diferentes naturezas de motivações, em geral, ocasionadas pela insatisfação com a medicina convencional, biomédica. Dentre estas, por não aceitar um diagnóstico de saúde, não alcançar resultado eficaz no tratamento convencional e, em alguns casos, por relacionar a um tratamento natural na tentativa de evitar o consumo de medicamento alopático.

Às vezes, os tratamentos convencionais não estão sendo eficientes e o modo de atendimento também eu acho que conta muito, porque um profissional dessa área ele tem um acolhimento diferencial, uma escuta diferencial. Então, eu acho que isso faz com que a pessoa procure o serviço, o atendimento. **E muitas vezes não estar conseguindo o tratamento...não está conseguindo melhoras em outro tratamento** (E2-Terapeuta holística).

Muitas vezes é a falha do tratamento convencional. Eu acho que a grande maioria vem dessa forma (E3-Médica acupunturista).

Tem aquele que por algum motivo trata alguma coisa, **não aceitam ainda e procuram uma alternativa de diagnóstico** achando que procurando outro tratamento não vai ter aquele problema que ele tem. E tem os que já tentaram de tudo e não conseguiram.... vai a alopatia, às vezes não dá a resposta adequada, aí procura a Homeopatia (E5-Médico homeopata).

[...]eu acho que quando a gente coloca essa alternativa de Homeopatia é mais para o paciente que já tentou de tudo e não conseguiu resultado[...] (E6-Médico homeopata).

Nessa compreensão, os achados dos participantes das práticas demonstram sua trajetória desde a busca de tratamento na medicina convencional até se inserirem nas PIC.

Antes, anos atrás, mais ou menos dez anos, eu sentia muitas dores no pescoço e no membro superior esquerdo. ...Fui orientada a procurar um Fisiatra, na qual diagnosticou como "fibromialgia". **Eu não concordei, pois não tinha nenhum sintoma que pudesse concluir tal diagnóstico.** [...]ela {fisiatra} falou que a única forma de tratar as dores seria com a fluoxetina e rivotril... E **eu sou a pessoa que menos tomo medicamento**, evito o máximo, primeiro porque eu não gosto, segundo porque eu acho que se tem outra forma é melhor você procurar uma forma mais sadia do **que medicamentos e efeitos colaterais.** ...eu comecei a ter uma crise de depressão, ter uma amnésia, olhava para as pessoas não conhecia as pessoas e eu tinha uma preguiça de sair de casa[...] (Entrevista P1). Depois fui ao Ortopedista e interrompi o tratamento com o Fisiatra. O Ortopedista diagnosticou "tendinite" e fiz várias sessões de fisioterapia e uso de medicação, anti-inflamatório. ...as dores nos ombros aumentaram, meu rosto inchou, tive cefaléia fortíssima. O Ortopedista mandou suspender essa fisioterapia. Busquei outra clínica de fisioterapia, na qual iniciou massagem e ondas curtas, aliviou um pouco a dor. Mas, as dificuldades em levantar o braço continuou...não conseguia mais esticar o braço no sentido da cabeça e o pescoço não conseguia virar para os lados. **Todas as alternativas tradicionais já havia buscado. Então, optei fazer Acupuntura** (Relatos no diário do participante P1).

Comecei a fazer **fisioterapia em 1994** por lesão no tornozelo direito, motivo de queda. Fiz também **infiltração no tornozelo.** Com o tempo comecei a sentir dores no ombro, não tenho certeza de quando comecei a fazer fisioterapia para o ombro, sei que agora os dedos estão dando choque, principalmente quando passo roupa e faço faxina. Em meados de 2000 eu cai e ... deu calcificação no quadril do lado direito. Tem dias que dói muito. **Ultimamente estava fazendo fisioterapia no ombro, quadril e tornozelo, tudo do lado direito. Faço também uso de remédios para aliviar as dores**[...] (Relatos no diário do participante P3). **O meu Ortopedista havia**

me encaminhado para fazer hidroginástica, aí quando eu cheguei lá, **a fisioterapeuta** me atendeu e falou que iria me mandar primeiro **fazer Acupuntura** (Entrevista P3).

Eu fiz um tratamento, eu faço um acompanhamento com a psiquiatra, conversei também com as psicólogas do CAPS. Eu sou uma pessoa de muita fé, então tem uma força que me ajuda a ficar sempre de pé. ... Depois que eu estou fazendo a terapia aqui também me ajudou muito, até da memória também ... **foi uma coisa que parece que foi até guiado, que uma amiga me convidou para vim fazer essa terapia** (Entrevista P4).

Quem **me indicou a Homeopatia foi a psiquiatra** que tratava do meu filho e tratava de mim[...] (Entrevista P8). Nessa época ela {a psiquiatra} percebeu que eu também não esta bem e me receitou diazepam e fluoxetina. Um dia cheguei a tomar seis comprimidos de diazepam e achei que eu ficava nervosa e que não estava bem e que precisava de mais, pois eu achava que eu iria ficar bem...(eu já estava viciada) ... Um dia eu acordei com a idéia de acabar com a vida dos meus filhos e a minha, **estava no auge da depressão, chorava muito, tinha ódio no coração, desespero, sem esperança...**continuava a tomar os remédios. Quando ela {a psiquiatra} me disse que a partir daquele dia eu não tomaria nenhum tipo de remédio, eu achei que ela tinha "surtado". Ela me deu uns glóbulos homeopáticos e me indicou para o homeopata (Relatos no diário do participante P8). **Mas, como estava um pouco mais fora do alcance dela, um tratamento do jeito que eu precisava, aí foi onde que ela me indicou o homeopata** (Entrevista P8).

Fez tratamento só com antidepressivo e remédio para dor. Dá uma amenizada, mas quando vem, vem com muita dor, muito vômito. Aí eu tenho que ir à policlínica tomar injeção e soro para poder aliviar (Entrevista P12). **Há cinco anos eu procurei o tratamento da Acupuntura por ter muitas crises fortes de dor de cabeça e dores no corpo** (Relatos no diário do participante P12).

Ao mesmo tempo, a motivação pela procura das PIC por alguns participantes foi exemplificada, por ser um tratamento natural e de tal modo, tentar evitar o uso de medicamentos alopáticos.

A Homeopatia é assim... porque eu sempre na minha cabeça **eu tenho uma preferência por um tratamento mais natural. O medicamento que eu uso, eu fui forçado, porque um belo dia eu fui no médico e ele achou esses índices altos {colesterol e triglicérides}**. [...]eu sempre tenho a esperança que o naturalismo pode, de repente, me eliminar esses problemas, **eu posso chegar num ponto de não ter que usar esses medicamentos que eu uso atualmente para diabetes, para outras coisas**. [...]E Acupuntura porque eu sou apaixonado por essas áreas orientais, com o tratamento oriental que **é menos agressivo** (Entrevista P10).

A Homeopatia foi na época da menopausa, eles me indicaram, que ele era muito bom {homeopata} **e que não tinha remédio de farmácia, que era mais homeopático. Então, eu procurei mais por isso** (Entrevista P5).

Embora com pouca expressão entre os achados, também foi possível verificar que alguns participantes expressam que procuraram pelas PIC, a princípio, para ocupar o tempo ou ter um momento para si mesmo, o que pode demonstrar uma mudança na perspectiva cultural que atribui, às PIC, outro sentido que não o enfoque na doença e nos sintomas:

No começo foi só curiosidade mesmo e preencher o tempo mesmo. Agora eu levo mais a sério, porque eu acho que está me ajudando muito no tratamento do Mal de Parkinson pela energia que ali tem, pela conversa, pelas práticas de Relaxamento que a gente aprende. Então, agora é mais mesmo pelo Mal {Doença de Parkinson} (Entrevista P5).

Então, ele {Geriatra} me aconselhou, depois que eu recuperei {Acidente Vascular Cerebral}, **a procurar fazer alguma coisa para preencher o tempo**, porque eu trabalhei muitos anos. [...] já tem uns dois anos mais ou menos que eu frequento aqui[...]. [...] Então, a gente vai procurando alternativas (Entrevista P7).

[...] eu vi que eu estava **precisando sair um pouquinho de casa, ter um momento só para mim**, para eu ter força para ficar (Entrevista P9).

A partir dos achados, é possível afirmar que o motivo da procura pelas PIC não é a primeira opção de procura nas modalidades de cuidado ou como opção substitutiva ao tratamento convencional. Os dados demonstram que os participantes das práticas passaram por diversas experiências ou tentativas de tratamento antes de buscar as PIC. Esse achado do estudo é corroborado por Monteiro e Iriart (2007), no qual revelam que a procura da Homeopatia se dá ao longo de um processo de busca de solução para um problema de saúde, cujo tratamento convencional se mostrou ineficaz. Ainda acrescenta que os indivíduos chegam ao Serviço de Homeopatia por indicação de familiares, amigos, vizinhos ou conhecidos que tiveram uma experiência positiva com essa prática terapêutica e a recomendaram.

A análise dos dados permitiu identificar que ao mesmo tempo em que os participantes apontam que buscam as PIC como resultado de uma insatisfação com a medicina convencional, não conseguem romper com as práticas desse modelo de atenção à saúde. De fato, os participantes do estudo aderem às práticas de diferentes racionalidades médicas, bem como compartilham paradigmas que se contradizem. Importa ressaltar que há hibridismo ou sincretismo (LUZ, 2007) na concepção de saúde que orienta as PIC, representada pela associação de práticas inscritas em diferentes racionalidades, bem como orientadas por paradigmas distintos. Os participantes do estudo são submetidos às práticas vitalistas, sem,

contudo, abandonar as práticas inseridas na medicina ocidental contemporânea que se orienta pelo paradigma biomédico.

Pode-se constatar que não há uma “fidelidade” a uma única racionalidade médica, podendo os participantes transitar de uma a outra racionalidade no agir cotidiano, dependendo da variação de seu adoecimento e dos sentidos que a ele estão atribuindo. Assim, as PIC e as práticas convencionais de saúde têm atuado no meio cultural atual, na interação, competição ou complementação, representando um sincretismo terapêutico tanto pelos profissionais quanto pelos participantes das práticas (LUZ, 2007).

Nesse ponto de vista, os paradigmas (biomédico e vitalista) que orientam as práticas de saúde se entrelaçam de tal modo que os elementos neles presentes podem ser usados alternadamente nas práticas, porém produzindo resultados distintos quando deslocados de uma prática para outra (CARVALHO; LUZ, 2009). Com isso, confirma-se no estudo a complementariedade e o caráter “alternativo” das PIC que não substituem ou rompem com as práticas da medicina ocidental. Visualiza-se que essas práticas têm atuado na complementação na cultura médica atual.

O caráter complementar das PIC reduz seu potencial em contribuir para uma lógica desmedicalizante, em especial porque as outras racionalidades só entram na agenda quando há falhas na terapêutica da medicina ocidental. Assim, o que passa a ser questionado não é a doutrina médica – que continua centrada na teoria da causalidade da doença e de seu combate- mas passa-se a permitir que outras práticas terapêuticas reforcem o sistema de cura.

No campo da saúde, o surgimento de novos paradigmas está relacionado a diversos eventos e acontecimentos socioeconômicos, culturais e epidemiológicos, denominado “crise da saúde e da medicina” no final do século e do milênio (LUZ, 2007). Verifica-se que os elementos ocasionados pelas crises motivam, mesmo que indiretamente, a busca por outras racionalidades médicas, e, no entanto, orientadas por outro paradigma. Com essa compreensão, os resultados indicam que as PIC podem representar movimento de mudança nas práticas de saúde.

Contudo, para de fato configurar o ápice da mudança para um novo paradigma, as PIC precisam incorporar outros aspectos para além do foco no adoecimento e na medicalização da sociedade. Para tal, devem ser adotadas não apenas como mais uma prática terapêutica; devem ser explorados seus sentidos

mais “positivos” a favor da promoção da saúde o que implica impulsionar movimentos de reconstrução da Medicina e reorientar as racionalidades médicas. É necessário, portanto, favorecer a transição para outro paradigma, no qual o processo de adoecimento e cura dos indivíduos é um elemento importante, mas não mais que o próprio indivíduo e sua vida.

6.3 Práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde: contribuições e desafios

Nesta categoria, apresento os resultados revelados sobre a relação entre as PIC e a promoção da saúde, evidenciados nos discursos dos profissionais e participantes que conformam o entendimento de que há, ao mesmo tempo, contribuições e desafios inerentes ao campo.

Foi possível identificar a imprecisão conceitual que a promoção da saúde assume nos discursos dos profissionais, pois, ao indagar os profissionais qual a relação das práticas integrativas e complementares com a promoção da saúde, estes relacionam as PIC com a prevenção de agravos à saúde, reforçando pelo paradigma biomédico.

Nesse contexto, destacam-se os seguintes termos ditos pelos profissionais: "evitarem", "prevenir" agravos, "levar informação para os grupos", "informar".

Que as pessoas, primeiro que a gente trata aqui, não são pessoas que estão doentes, cognitivamente. Então, seria uma maneira delas **evitarem** um transtorno maior ou até elas saberem esta questão da **educação e informação**. Por exemplo, na Oficina de Memória, de como ela pode **identificar os sintomas** de esquecimento e relacionar com uma doença grave ou não (E1-Terapeuta ocupacional).

[...]o objetivo das PIC seria a promoção de saúde..., o problema é que a gente não consegue fazer muito isso porque o paciente já vem com a patologia muitas vezes já mexido e remexido ... o paciente vem com uma dor, você consegue barrar a evolução daquilo. Então, de certa forma, você está **prevenindo** o agravamento daquela patologia. [...]eu acho que a gente poder **prevenir uma evolução ruim, prevenir uma cirurgia, prevenir uma coisa com material tão simples que é uma agulha** (E3-Médica acupunturista).

Eu acho que essas práticas integrativas são todas basicamente **preventivas**, claro que todas elas ajudam a curar doença, mas quando a gente vai falar, por exemplo, de massagem, eu acho que um tratamento igual massagem, loga, meditação, Relaxamento, coisas assim, ajuda sim a pessoa naquele momento que... na doença que ela está enfrentando. Mas,

eu acho mais importante é a medicina preventiva mesmo (E6-Médico homeopata).

No caso específico da minha oficina, eu sempre ouço as pessoas e procuro **levar para o grupo informações**. Então, quando, tem um assunto que eu não domino, na necessidade de dar um esclarecimento eu sempre procuro outros profissionais que tenham aquele conhecimento e repasso. Então, é em todos os sentidos que eu **busco informar e trocar informações** no grupo[...] (E2-Terapeuta holística).

As ações preventivas podem ser entendidas como formas de evitar o surgimento de doenças e reduzir a incidência e prevalência das doenças nas populações. A prevenção de agravos baseia-se no controle da transmissão de doenças infecciosas e na redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003). Já a educação em saúde tradicional adota as ações educativas como estratégias para transmitir informações, com o intuito da adoção de hábitos saudáveis e mudanças de comportamento (HORTA *et al.*, 2009). Para além desses dois campos, a promoção da saúde é um conceito amplo que possibilita ao indivíduo exercer sua autonomia e alcançar melhores condições de vida.

Os dados revelam que a promoção da saúde também assume, nos discursos dos profissionais, formas de estimular mudança de hábitos de vida ou de comportamento.

[...]eu sempre ouço as pessoas e procuro levar para o grupo informações. Eu acho também que a gente vive incentivando exercício físico, uma boa alimentação, além do aspecto emocional[...] (E2-Terapeuta holística).

A Homeopatia e essas práticas todas ... vão fazer com que a pessoa descubra que não, eu sou o autor da minha vida, eu vou mudar e a partir daí começa a mudar a postura, mudança de comportamento (E5-Médico homeopata).

Tesser (2009) assinala serem importantes, no âmbito da promoção da saúde, as ações que atuam na mudança de hábitos e comportamentos, desenvolvendo estilos de vidas saudáveis. Essa não é a única possibilidade da promoção da saúde que envolve, também, ações no campo social, o que Buss (2000) caracteriza como a promoção da saúde na modernidade. Nessa perspectiva, as ações de promoção da saúde são voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendendo o ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas

e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e *empowerment* dos indivíduos e comunidades.

No entanto, os achados do estudo são limitados para a compreensão do potencial das PIC para a intervenção sobre os determinantes sociais, constituindo um desafio para o campo. Foram identificados, nos relatos dos profissionais, fatos que revelam que as práticas repercutem não só no sujeito, mas também na família que está em seu entorno. Assim, algumas práticas conseguem envolver a família, na tentativa do equilíbrio familiar. Porém, ainda se mantém restrita no ciclo familiar e não avançam para o coletivo e social.

A gente só não quer que o paciente sofra menos, mas que todo mundo que esteja entorno dele, também sofra menos. Porque há pacientes que “enfernizam” a família por causa da doença. Não é pela doença em si, são pessoas que tem o temperamento difícil e quando estão doentes ficam piores ainda. Então, o que a gente quer é o equilíbrio de toda família (E6-Médico homeopata).

Nesse contexto, evidencia-se que, para potencializar as práticas como de promoção da saúde, existe a necessidade de mudança do social. Porém, essa mudança aparece ainda como uma “utopia”:

É meu sonho, eu até conversei... quando eu vim pra cá, é transformar futuramente, que daqui a uns quinhentos anos, que seja. Mas, que o pensamento, essa maneira de pensar, eu vou chamar de homeopático, mas na verdade é inerente a todas as práticas, seja inserido na escola, no primário. Mudar uma pessoa que está com setenta anos de idade é muito mais difícil, mudar entre aspás, fazer com que ela acorde pra uma postura mais ativa. É muito mais fácil você moldar uma pessoa que tá com seis anos de idade, dentro desse pensamento, que a doença vem de dentro e como é que eu estou me relacionando com as pessoas. É saber ensinar e expressar os sentimentos sem agredir. Ensinar a ouvir. [...]e falta só as doenças pra gente quebrar esse paradigma. Mas, acho que ia ter dentro das salas de aula a disciplina saúde, vamos ser saudáveis e ensinar isso. [...]o paradigma está mudando, eu acredito que vai chegar, o pensamento científico está mudando[...] (E5-Médico homeopata).

Nessa perspectiva, o profissional entrevistado vislumbra a tentativa de mudança no modelo de saúde a partir de experiências vivenciadas pelos indivíduos de forma habitual, em seu cotidiano, de maneira que comecem a aprender a lidar com seu novo mundo.

Nos discursos dos profissionais, destaca-se, como um avanço nas PIC, o reconhecimento da população e do próprio setor saúde das práticas integrativas e complementares. Levin e Jonas (2001) destacam o reconhecimento das PIC pela

população, sociedade formal e em parte da ciência biomédica; principalmente quanto ao processo adoecimento-cuidado-cura e estímulo do potencial de reequilíbrio e cura do próprio indivíduo. Rodrigues Neto, Faria e Figueiredo (2009) também enfatizam a crescente popularidade das PIC como um fato mundial, pois observou um aumento da demanda em diversos países em seu estudo.

No que se refere aos princípios da promoção da saúde, a Organização Mundial da Saúde caracteriza, como iniciativas de promoção de saúde, os programas, as políticas e as atividades planejadas e desenvolvidas de acordo com tais princípios: concepção holística, empoderamento, intersetorialidade, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998).

Os estudos de Tesser (2009) e Cintra e Figueiredo (2010) demonstram o potencial das PIC para o campo da promoção da saúde. Apesar de os achados do estudo terem identificado algumas contribuições nas PIC estudadas, observa-se que tanto o Serviço quanto as PIC ainda apresentam desafios a serem superados para potencializar as PIC como promotoras de saúde.

Nesse contexto, uma das contribuições visualizadas nas PIC para potencializá-las no âmbito da promoção da saúde é a concepção holística presente como objeto de atuação das práticas, conforme discutido na primeira categoria. A compreensão ampliada e positiva de saúde está diretamente relacionada ao princípio da promoção da saúde de concepção holística. A Carta de Ottawa (OMS, 1986) destaca a saúde como um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais e as capacidades físicas. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) afirma que a concepção holística no âmbito das ações de promoção da saúde permite estimular a saúde física, mental, social e espiritual envolvendo uma concepção ampliada de saúde.

As racionalidades médicas vitalistas e suas práticas estruturam-se e atuam em termos de uma conceituação positiva de saúde. E, desse modo, proporcionam técnicas, saberes e ações promotoras da saúde e, por vezes, integram com elas cuidados terapêuticos, estimulando potenciais de cura e fortalecendo a saúde (TESSER, 2009).

Pode-se afirmar que as PIC também podem contribuir para o empoderamento do indivíduo, tendo em vista que os participantes das PIC estudadas relataram “empoderarem-se” de um maior controle sobre sua própria vida, melhorando a autoestima e se responsabilizando por sua vida e saúde. Esse achado corrobora

com a análise de Carvalho (2004) que enfatiza que o empoderamento constitui um eixo central da promoção da saúde e este tem como objetivo fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio e o desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e solidariedade. Esses resultados podem ocorrer sem que haja a necessidade de os indivíduos participarem de ações políticas coletivas.

Por outro lado, o empoderamento comunitário é entendido como uma possibilidade que indivíduos e coletivos têm para desenvolver competências que possam ser compartilhadas na vida em sociedade, incluindo habilidade e pensamento reflexivo sobre as políticas públicas (CARVALHO, 2004). Nessa perspectiva, o empoderamento comunitário ainda se constitui como um desafio no cenário de estudo.

No entanto, pude observar, na dinâmica das práticas em grupo, principalmente no Relaxamento, a solidariedade, a troca de experiências e saberes entre os próprios participantes e com o profissional da prática. Esse achado é corroborado por Tesser (2009, p.1738) que enfatiza que os participantes das práticas vitalistas *“vivem em si mesmos experiências que os possibilitam desenvolver um razoável grau de sabedoria prática, ética e solidariedade, que deixam seu proceder suficientemente “empoderador”, dialogal e promotor de saúde”*.

A intersectorialidade é um elemento primordial para fazer avançar práticas de promoção da saúde. Contudo, no cenário de estudo, observou-se a ausência de intersectorialidade. A Política Nacional de Promoção da Saúde marca a intersectorialidade como um dos princípios da promoção da saúde e ressalta que as ações intersectoriais implicam na troca e na construção coletiva de saberes e práticas entre os diversos setores, com o intuito de promover a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e comunidades (BRASIL, 2006a).

O Centro especializado não tem relação com outros setores do município, estando restrito ao setor saúde e com uma proposta pontual de parceria com uma ONG. As PIC geralmente permanecem no “setor saúde”. Essas práticas dedicam-se a permanecer no campo individual e grupal numa ação de fortalecimento, estímulo ou resgate da saúde e de qualidade de vida, para além do tratamento dos adoecimentos (TESSER, 2009).

Durante as observações em campo, pude visualizar que não há envolvimento ou articulação com os profissionais dos PACS ou ESF. Mesmo nas práticas descentralizadas nos cenários da ESF, o que acontece é o deslocamento do

profissional para a área de abrangência dos PACS ou ESF para desenvolver a prática, sem, contudo, acontecer nenhuma reunião ou fórum para compartilhamento de objetivos dessas práticas. Em conversa com um profissional do Serviço sobre a prática que é realizada nos PACS e ESF, este relata que os profissionais do local não se envolvem, com exceção de uma ESF, onde a gerente se dispõe a participar. Cita, como exemplo, que essa gerente convida a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o presidente da Associação do Bairro para participarem da prática (Diário de campo, 11/06/2012), porém, o trabalho ainda se mantém limitado em parcerias pontuais e a acordos no setor saúde.

Apesar da participação social e das ações multiestratégicas serem importantes para se efetivar práticas de promoção da saúde, não foi possível identificar esses princípios no campo de estudo.

As PIC podem ser recursos úteis na promoção da saúde, em especial porque, ao estabelecerem uma nova compreensão da saúde e da doença, contribuem para romper com o modelo biomédico e, conseqüentemente, somam forças para o movimento de mudança necessário para o modelo de atenção à saúde vigente. Destaca-se, aqui, a contribuição da perspectiva holística e do empoderamento individual advindos da busca e da inserção nas PIC, com impactos na vida cotidiana dos sujeitos. Contudo, para alcançar o estado de “revolução” próprio da dialética da mudança, é preciso superar os desafios referentes a uma prática setorializada, essencialmente individualista e com poucos elementos que revelam a transformação sobre o social.

Você é muito importante para mim, corre, almoça, trabalha, canta, chora, ama, você sorri, mas nunca me chama. Entristece-se, mas depois se acalma. Nunca mais me agradece. Você caminha, sobe e desce escada e nunca se preocupa comigo. Você tem tudo e nada me dá nada. Você sente amor, ódio, sente tudo, menos minha presença... Estuda e me entende, ganha e não me ajuda... Inteligente e não sabe nada de mim. Reclama dos maus tratos, mas não valoriza o que faço por você. Está alegre e não me deixa participar da sua felicidade. Conhece tanta gente importante, mas não a mim que a considera tão importante. Faz o que os outros ordenam, mas não faz o que eu peço com humildade. Não subiu na vida descarrega em mim toda a sua ira... Quebra tantos galhos, mas não tira um espinho da minha testa. Entende todas as transações do mundo, mas não entende minha mensagem. Reclama tanto da vida, mas não sabe que a minha vida é triste por sua causa. Baixa os olhos quando um superior lhe fala, não levanta esses mesmos quando falo de amor. Fala das pessoas e não sabe que conheço toda sua vida, enfrenta muitos obstáculos na vida, é forte, mas que pena, embora não admita sei que você tem medo de mim. Defende seus amigos, corre com seu carro, nunca corre para meus braços. Não sente vergonha ao se despir perante alguém, mas tem vergonha ao tirar sua máscara diante de mim. Costuma às vezes falar o que fez, mas nunca deu oportunidade de falar o que eu fiz. Fim.

(Relatos no diário do participante P2).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência e a análise dos dados empíricos permitiram compreender os sentidos construídos nas práticas integrativas e complementares e sua relação com o campo da promoção da saúde.

Os resultados indicam que os sentidos construídos nas práticas, dimensão particular do fenômeno de estudo, são determinados pela organização do serviço e pelos aspectos mais gerais da inserção das práticas no sistema de saúde. Nesse sentido, as práticas estudadas revelam a ampliação da oferta e do acesso a diferentes racionalidades, ainda que apresentem em algumas modalidades, a centralidade na consulta e no atendimento individual. As práticas estudadas representam uma importante estratégia no enfrentamento do adoecimento e sofrimento de diferentes patologias cronicodegenerativas ou incapacidades que acometem os indivíduos na sociedade.

As PIC estudadas atendem a diferentes racionalidades médicas, tais como a medicina tradicional chinesa e a homeopática. Nesse aspecto, o estudo revelou que as concepções das práticas integrativas e complementares, na perspectiva dos sujeitos, marcam uma contradição na concepção de saúde expressa como orientadora das práticas, pois são orientadas ora pelo paradigma biomédico, ora pelo vitalista. Isso se confirma na presença de elementos dos dois paradigmas que se entrelaçam na configuração das práticas, com sinais de manutenção do objeto de atuação sobre a doença que, por vezes, se alternam com a superação para um modelo que incorpora o equilíbrio e a harmonia vital como orientador da terapêutica. E, desse modo, confirma-se que há um sincretismo de paradigmas que orientam as PIC, de acordo com os sentidos construídos nas práticas. Para, de fato, evoluir para um novo paradigma, a centralidade das categorias de Saúde e Equilíbrio deve estar presente não só no objeto das práticas como também em seus objetivos.

A construção de sentidos é parte de um movimento intrínseco às práticas de saúde e decorre da relação entre os atores envolvidos nas PIC, bem como os valores atribuídos às práticas em determinado contexto de vida. Assim, na dimensão singular do fenômeno, os sentidos construídos nas práticas foram revelados em cadeia na qual a inserção nas PIC, a princípio, representam uma alternativa para aliviar ou eliminar as dores. Porém, ainda favorece a autonomia, o autocuidado e a

responsabilização, o que, por sua vez, amplia as possibilidades dos sujeitos aprenderem a se tratar e a lidar com as condições de saúde ou com os problemas do cotidiano e, em última instância, buscar outras práticas de saúde para além das terapêuticas médicas.

Entretanto, as PIC estudadas não são a primeira opção de procura nas modalidades de cuidado ou opção substitutiva ao tratamento convencional, representando, pois, uma extensão da normatividade biomédica no que se refere ao sistema terapêutico de cura. O motivo da procura pelas PIC é revelado como uma alternativa de tratamento, relacionado às diferentes naturezas de motivações, em geral, ocasionadas pela insatisfação com a medicina convencional, biomédica.

Confirma-se no estudo a complementariedade e o caráter “alternativo” das PIC que não substituem ou rompem com as práticas da medicina ocidental. Visualiza-se que essas práticas têm atuado na complementação na cultura médica atual.

O caráter complementar das PIC reduz seu potencial em contribuir para uma lógica desmedicalizante, em especial porque as outras racionalidades só entram na agenda quando há falhas na terapêutica da medicina ocidental. Assim, o que passa a ser questionado não é a doutrina médica – que continua centrada na teoria da causalidade da doença e de seu combate – mas passa-se a permitir que outras práticas terapêuticas reforcem o sistema de cura.

Conclui-se que as práticas integrativas e complementares representam um movimento de mudança nas práticas de saúde, com contribuição da perspectiva holística e do empoderamento individual. Contudo persistem desafios para inscrevê-las no campo da promoção da saúde. Citam-se o empoderamento comunitário, a intersetorialidade e as ações multiestratégicas como temas ainda pouco comuns no meio em que as PIC são desenvolvidas. Indica-se, portanto a necessidade de superar os desafios de uma prática setorializada, essencialmente individualista e com poucos elementos que revelam a transformação sobre o social.

Para de fato se configurar o ápice da mudança para um novo paradigma, as PIC devem ser adotadas não apenas como mais uma prática terapêutica. Seus sentidos mais “positivos” devem ser explorados a favor da promoção da saúde, o que implica impulsionar movimentos das práticas de saúde fundamentadas em outras racionalidades médicas, e, no entanto, orientadas por outro paradigma. É necessário, portanto, favorecer a transição para outro paradigma no qual o processo

de adoecimento e cura dos indivíduos é um elemento importante, mas, não mais que o próprio indivíduo e sua vida.

Por fim, vale ressaltar que este estudo abre espaços para novas discussões sobre as PIC, racionalidades médicas e a promoção da saúde num processo permanente de compreensão de fenômeno complexo de uma totalidade que só pode ser apreendida em sucessivas aproximações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.L.V. **As razões da terapêutica**. 1996. 186f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010.

ASTIN, J.A.; MARIE, A.; PELLETIER, K.R.; HANSEN, E.; HASKELL, W.L. A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v.158, n.21, p.2303-2310, 1998.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.361-378, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.11, n.1, p. 67-84, 2002a.

BARROS, N.F. Abram alas para os novos movimentos sociais: Saúde da Família e Práticas Integrativas e Complementares. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v.9, p.62-63, 2008. Edição Especial.

BARROS, N.F. **Da medicina biomédica à complementar**: um estudo dos modelos da prática médica. 2002. 340f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002b.

BARROS, N.F. **Medicina complementar**: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume, 2000. 290p.

BAUER, M.W.; GASKEL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2007. 516p.

BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu**: sociologia. 2.ed. São Paulo: Ática, 1994. p.46-81.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687 de 30 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto de 13 de março de 2006**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 8 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56p.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

CAMARGO Jr., K.R. Biomedicina. In: _____. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003. cap.7, p.101-135.

CAMPELLO, M.F.; LUZ, H.S. A racionalidade homeopática. In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p.73-102.

CANGUILHEM, G. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Lisboa: Edições 70, 1997. 126p.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.55-78.

CARVALHO, M.C.V.S.; LUZ, M.T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n.29, p.313-326, 2009.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1088-1095, 2004.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005. 178p.

CASSIANO, J.G.; SERELLI, L.S.; CÂNDIDO, S.A.; TORQUETTI, A.; FONSECA, K. Dança sênior: um recurso na intervenção terapêutico-ocupacional junto a idosos hígidos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.6, n.2, p.204-212, 2009.

CHAVES, S.M.S. **Análise do cuidado produzido pela acupuntura sob o enfoque das tecnologias de trabalho em saúde**: samambaias e bambus. 2011. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde e da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

CINTRA, M.E.R.; FIGUEIREDO, R. Acupuncture and health promotion: possibilities in public health services. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.14, n.32, p.139-154, 2010.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS. **Determinantes sociais da saúde ou Por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em: 7 out. 2012.

CONRAD, P. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007. 204p.

CZERESNIA, D. Normatividade vital e dualidade corpo-mente. In: _____. **Categoria vida**: reflexões para uma nova biologia. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap.5, p.89-109.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-54.

D'ALENCAR, B.P.; MENDES, M.M.R.; JORGE, M.S.B.; RODRIGUES, M.S.P. Significado da biodança como fonte de liberdade e autonomia na auto-reconquista no viver humano. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.15, p.48-54, 2006. Número Especial.

EGRY, E.Y. **Saúde coletiva**: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996. 144p.

FOUCAULT, M. Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine? In: _____. **Dits et écrits**: 1976-1988. Paris: Gallimard, 2001. v.2, p.40-58.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 18.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295p.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 479p.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005. p.181-193.

GADELHA, C.A.G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, p.11-23, 2006. Número Especial.

GOLDMANN, L. **Ciências humanas e filosofia**: o que é a sociologia? 8.ed. São Paulo. Difel, 1980. 118p.

GOMES, R.; SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; SILVA, C.F.R. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap.6, p.185-221.

GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO Jr., K.R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.1093-1103, 2006.

HORTA, N.C. **Modos de vida juvenis**: cotidiano, espaços sociais. 2011. 263f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

HORTA, N.C.; SENA, R.R.; SILVA, M.E.O.; TAVARES, T.S.; CALDEIRA, I.M.C. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.12, n.3, p.293-301, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Populacional 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

JOJA, A. **A lógica dialética**. São Paulo: Fulgor, 1964. 53p.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 10ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2011. 260p.

KUREBAYASHI, L. F. S. Acupuntura e Enfermagem. In: SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem e as práticas complementares em enfermagem**. São Caetano do Sul, S.P.: Yendis, 2011. Cap. 2, p.19-41.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. 166p.

LEVIN, J.S.; JONAS, W.B. (Org.). **Tratado de medicina complementar e alternativa**. São Paulo: Manole, 2001. 641p.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

LUZ, M.T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012a. p.15-24.

LUZ, M.T. Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012b. p.25-47.

LUZ, M.T. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde do município do Rio de Janeiro. In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012c. p.217-247.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.145-176, 2005a. Suplemento.

LUZ, M.T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005b. p.9-20.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 209p.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 174p.

LUZ, M.T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 1996. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62).

MARTINS, P.H. As outras medicinas e o paradigma energético. In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p.309-341.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã** (Feuerbach). São Paulo: Hucitec, 1984. 138p.

MATTOS, R.S. Fibromialgia e práticas corporais de saúde: um estudo etnográfico. In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p.397-424.

MENDONÇA, A.L.O.; CAMARGO Jr., K.R. Complexo médico-industrial/financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.215-238, 2012.

METCALF, E.B.; BERGER, C.B.; NEGRI FILHO, A.A. A medicina tradicional, alternativa e complementar. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.160-165.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MONTEIRO, D.A.; IRIART, J.A.B. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1903-1912, 2007.

NAGAI, S.C.; QUEIROZ, M.S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.16, p.1793-1800, 2011.

NASCIMENTO, M.C. Reflexões sobre a acupuntura e suas contribuições na atenção à saúde. In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p.343-356.

NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE – NCCAM. **What is complementary and alternative medicine?** Bethesda: NCCAM, 2007. Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#1>>. Acesso em: 31 mar. 2011.

NOGUEIRA, R.P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E.M. **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.63-72.

OLIVEIRA, L.C.Q.; MICHALICHEN, M.L.A. Oficina de memória como recurso terapêutico de terapia ocupacional na faculdade da terceira idade. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 13.; ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 9.; ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA JÚNIOR, 3., 2009, São José dos Campos. **Anais...**

Disponível em: <www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/.../RE_0170_0036_01.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p.11-18.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.** Genebra: OMS, 2002. 67p.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2003. p.7-34.

PINTO-BARRERO, M.I.; RUIZ-DIAZ, P. Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia. **Aquichan**, Chía, v.12, n.2, p.183-193, 2012.

POLI NETO, P.; CAPONI, S. Medicalização: revisitando definições e teorias. In: TESSER, C.D. (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010. p.35-51.

QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.363-375, 2000.

RHEINGANS, J.I. A systematic review of nonpharmacologic adjunctive therapies for symptom management in children with cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, Philadelphia, v.24, n.2, p.81-94, 2007.

RODRIGUES NETO, J.F.; FARIA, A.A.; FIGUEIREDO, M.F.S. Medicina complementar e alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. **AMB: Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.55, n.3, p.296-301, 2009.

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.7, n.12, p.101-122, 2003.

SILVA, K.L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana.** 2009. 182f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVA, K.L.; AMADOR, D.V. Promoção da saúde: histórico, conceito e práticas na saúde coletiva. In: SOUZA, M.C.M.R.; HORTA, N.C. (Org.). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p.15-24.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. (Coord.). **Inovação nas práticas de promoção da saúde: Relatório de pesquisa**, 2012. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2012. 300p.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. **Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. São Paulo: Hucitec, 2010. 174p.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; SEIXAS, C.T.; SILVA, M.E.O.; FREIRE, L.A.M. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.16, n.2, p.178-187, 2012.

SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N.F. As práticas integrativas e complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNIPIC. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v.9, p.70-76, 2008. Edição Especial.

SOUZA, E.F.A.A.; LUZ, M.T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências e Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.393-405, 2009.

SOUZA, I.M.C.; VIEIRA, A.L.S. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p.255-66, 2005. Suplemento.

SPADACIO, C.; BARROS, N.F. Conventional therapeutics and non-conventional therapeutics for cancer treatment: the meanings of religious practices. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n.30, p.45-52, 2009.

SPADACIO, C.; BARROS, N.F. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.1, p.158-64, 2008.

SPINK, M.J.P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M.J.P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004. cap.2, p.41-45.

TAVARES, L.A.T. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo**. 2009. 137f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009.

TESSER, C.D. Introdução. In: TESSER, C.D. (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.11-33.

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.19, p.61-76, 2006a.

TESSER, C.D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.20, p.347-362, 2006b.

TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.8, p.1732-1742, 2009.

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pela pluralização terapêutica do SUS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.5, p.914-920, 2008.

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pela pluralização terapêutica do SUS. In: TESSER, C.D. (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. cap.7, p.207-222.

TESSER, C.D.; SOUZA, I.M.C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.2, p.336-350, 2012.

VALENÇA, J.; FONSECA, A.B. Processos e percepções de cura a partir do levantamento da produção acadêmica brasileira sobre religião e saúde. **Revista Mediações: Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v.11, n.2, p.99-112, 2006.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.1, p.82-88, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: WHO Europe Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998. 15p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials**. Genebra, 2003. 87p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4926e/5.html>>. Acesso em: 26 de Novembro de 2011.

ZIGLIO, E.; HAGARD, S.; McMAHON, L.; HARVEY, S.; LEVIN, L. Inversión en favor de la salud. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 5., 2000, México. **Informe técnico**. México: WHO, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/conference/products/Techreports/spanishdocs/invest-fn>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturado com os profissionais

1- Dados:

Código : _____ Idade: _____ Sexo: _____

Grau de escolaridade: _____

Profissão: _____

2- Há quanto tempo atua neste serviço?

3- Qual(is) a(s) prática(s) que você desenvolve e com qual o objetivo você oferece esta prática?

4- Na sua perspectiva, quais os motivos levam as pessoas a procurarem pelas práticas integrativas e complementares?

5- O que você espera que as pessoas alcancem realizando a prática?

6- Qual a relação que você faz desta(s) prática(s) integrativa(s) e complementar(es) com a promoção da saúde?

7- Para o desenvolvimento da(s) prática(s) há parcerias com outros serviços (educação, assistência social, entre outras)?

8- Quais as facilidades você encontra para desenvolver as práticas?

9- Quais as dificuldades você encontra para desenvolver as práticas?

10- Você conhece alguma instituição neste município que oferece práticas integrativas e complementares?

11- Como você avalia a repercussão da prática na vida dos participantes?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturado com os participantes das práticas

1- Dados:

Código: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Filhos: _____ Contato telefônico: _____

2- Condição de saúde; faz uso de medicamento?

3- Quais as práticas participa e há quanto tempo?

4- O que levou a procurar por estas atividades?

5- Como você obteve acesso a essas atividades?

5- Como você avalia estas atividades em relação à sua saúde e vida? O que espera alcançar praticando estas práticas (Acupuntura, Relaxamento, Homeopatia, etc...)?

6- O que mudou na sua vida após o ingresso nas práticas?

7- Você lembra de algum fato ou acontecimento marcante vivenciado que esteja relacionado a sua participação nas práticas?

APÊNDICE C - Carta de apresentação da pesquisa

Local,----de ----- de 2011.

Prezado(a) Senhor(a) _____,

Encaminho, para apreciação dessa instituição, a realização da pesquisa “Práticas integrativas e complementares e o campo da Promoção da saúde: avanços e desafios de um serviço municipal de saúde”.

A pesquisa tem como objetivo compreender os sentidos construídos nas práticas integrativas e complementares e sua relação com o campo da promoção da saúde. Os objetivos específicos serão: identificar as concepções de profissionais e participantes sobre as práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde; e analisar a organização das práticas integrativas e complementares em um serviço municipal de saúde e sua relação com os princípios da promoção da saúde.

O trabalho de campo será realizado em dois momentos:

- Primeiro momento: utilização de observação e entrevista com os profissionais do Serviço e identificar os sujeitos para o segundo momento do estudo;
- Segundo momento: entrega dos diários aos participantes das práticas e entrevista com esses sujeitos quando da devolução dos diários ao pesquisador.

A pesquisa será desenvolvida pela Mestranda Karla Morais Seabra Vieira Lima, sob a orientação da Professora Doutora Kênia Lara Silva.

Para tanto, gostaríamos de sua autorização para a realização da pesquisa no Centro especializado.

Certas de contar com a atenção de V. Sr^o, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e solicitamos que nos envie, em tempo breve, a resposta a esta solicitação (e-mail karlaseabra@yahoo.com.br) além do Termo de Autorização anexo assinado.

Atenciosamente,

Karla Morais Seabra Vieira Lima
Endereço: Al. Carlos Drumond de Andrade, nº513
Nova Lima- MG. CEP: 34000-000.
Tel.: (031)86456691

APÊNDICE D - Termo de autorização da pesquisa

Eu, _____, _____ autorizo a realização da
(nome) (função)

pesquisa “Práticas integrativas e complementares e o campo da Promoção da saúde: avanços e desafios de um serviço municipal de saúde” nesta instituição. Afirmando que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivo do estudo, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que o nome de todos os participantes da pesquisa será mantido em sigilo.

Local,----de ----- de 2011.

Assinatura e carimbo da instituição

APÊNDICE E - Carta de apresentação da pesquisa

Local,----de ----- de 2011.

Prezada Senhora _____,
Gerente do Serviço

Encaminho, para apreciação dessa instituição, a realização da pesquisa “Práticas integrativas e complementares e o campo da Promoção da saúde: avanços e desafios de um serviço municipal de saúde”.

A pesquisa tem como objetivo compreender os sentidos construídos nas práticas integrativas e complementares e sua relação com o campo da promoção da saúde. Os objetivos específicos serão: identificar as concepções de profissionais e participantes sobre as práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde; e analisar a organização das práticas integrativas e complementares em um serviço municipal de saúde e sua relação com os princípios da promoção da saúde.

O trabalho de campo será realizado em dois momentos:

- Primeiro momento: utilização de observação e entrevista com os profissionais do Serviço e identificar os sujeitos para o segundo momento do estudo;
- Segundo momento: entrega dos diários aos participantes das práticas e entrevista com esses sujeitos quando da devolução dos diários ao pesquisador.

A pesquisa será desenvolvida pela Mestranda Karla Morais Seabra Vieira Lima, sob a orientação da Professora Doutora Kênia Lara Silva.

Para tanto, gostaríamos de sua autorização para a realização da pesquisa no Centro especializado em práticas de promoção da saúde e PIC.

Certas de contar com a atenção de V. Sr^a, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e solicitamos que nos envie, em tempo breve, a resposta a esta solicitação (e-mail karlaseabra@yahoo.com.br) além do Termo de Autorização anexo assinado.

Atenciosamente,

Karla Morais Seabra Vieira Lima
Endereço: Al. Carlos Drumond de Andrade, nº513
Nova Lima- MG. CEP: 34000-000.
Tel.: (031)86456691

APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Práticas integrativas e complementares e o campo da Promoção da saúde: avanços e desafios de um serviço municipal de saúde**”, cujo objetivo geral é compreender os sentidos construídos nas práticas integrativas e complementares e sua relação com o campo da promoção da saúde. A promoção da saúde é definida como uma estratégia no campo da saúde que possibilita ao indivíduo e comunidade atuar na melhoria da sua qualidade de vida.

A pesquisa é realizada por mim, Karla Morais Seabra Vieira Lima, Enfermeira e Mestranda de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação da Professora Doutora Kênia Lara Silva.

Sua participação é voluntária, sendo sua colaboração importante e necessária para o andamento da pesquisa. Para a proposta do estudo será feita observação da sua participação na prática _____ (colocar o nome), elaboração de um diário sobre as suas impressões em participar da referida prática e entrevista de forma individual, que será fornecida por você e gravada, desde que você autorize.

A você, será garantido(a) o anonimato, o sigilo das informações e da privacidade, além da utilização dos resultados da pesquisa, exclusivamente, para fins científicos e sua divulgação posterior. Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, às coordenadoras da pesquisa, Karla Morais Seabra Vieira Lima e Kênia Lara Silva. As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de auto-estima, prestígio e/ou econômico-financeiros. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após um período de 5 anos. Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo e não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Agradecendo sua colaboração, solicito ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Karla Morais Seabra Vieira Lima

Kênia Lara Silva

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as

garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Assinatura do participante: _____ Data: ___/___/___.

KARLA MORAIS SEABRA VIEIRA LIMA

Al. Carlos Drumond de Andrade, nº513,
Quintas II, Nova Lima- MG.
Tel.:(031)86456691.E-mail:karlaseabra@yahoo.com.br

PROF^a DR^a KÊNIA LARA SILVA

Tel.: (0xx31)3409-9181
Escola de Enfermagem / UFMG
E-mail:kenialara17@yahoo.com.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unid. Adm. II,
Belo Horizonte, Tel: (0xx31) 3409-4592 , e-mail:coep@prpq.ufmg.br

ANEXO

ANEXO 1: Parecer do comitê de ética em pesquisa da UFMG



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

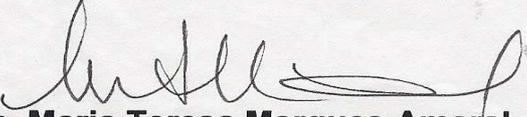
Projeto: CAAE – 0481.0.203.000-11

**Interessado(a): Profa. Kenia Lara Silva
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 22 de novembro de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Práticas integrativas e complementares e o campo da promoção da saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

*Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep:31270-901 – BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br*