



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS PAULO FREIRE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



MYLENA CAROSO MELHEM

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: EM BUSCA DE UMA SAÚDE INTEGRAL E DESMEDICALIZANTE**

Teixeira de Freitas
2019

MYLENA CAROSO MELHEM

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: EM BUSCA DE UMA SAÚDE INTEGRAL E DESMEDICALIZANTE**

Dissertação apresentada ao Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (PROFSAUDE/MPSF) para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Professor Dr. Luiz Antonio de Castro Santos.

Co-orientadora: Professora Dra. Lina Rodrigues de Faria.

Teixeira de Freitas
2019

MYLENA CAROSO MELHEM

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: EM BUSCA DE UMA SAÚDE INTEGRAL E DESMEDICALIZANTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (PROFSAUDE/MPSF), para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Professor Dr. Luiz Antonio de Castro Santos.
Co-orientadora: Professora Dra. Lina Rodrigues de Faria.

BANCA EXAMINADORA

Dr.^a Fran Demétrio

Dr. Luiz Antonio de Castro Santos

D Rocío Elizabeth Chavez Alvarez

Apresentado em: ____ / ____ / ____.

Conceito:

Teixeira de Freitas – BA

2019

Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia – Sistema de Bibliotecas

M521p Melhem, Mylena Caroso
Práticas integrativas e complementares na unidade de saúde da família:
em busca de uma saúde integral e desmedicalizante. / Mylena Caroso
Melhem. – Porto Seguro, 2019.
75 p.

Orientador: Luiz Antônio de Castro Santos; Lina Rodrigues de Faria
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia.
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família.

1. Terapias Complementares. 2. Unidade de Saúde da Família. 3. Atenção
Primária à saúde. 4 Medicalização. I. Santos, Luiz Antônio de Castro. II.
Faria, Lina Rodrigues de. III. Título.

CDD: 614

RESUMO

Esta pesquisa busca investigar a percepção dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF), no município de Camaçari-BA, sobre mudanças na sua saúde por meio das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) oferecidas neste serviço (Lian Gong, Auriculoretapia, Acupuntura e Ozonioterapia). Tais recursos terapêuticos não convencionais, baseados em racionalidades médicas com diagnose e ação terapêuticas próprios, têm conquistado visibilidade e espaço nas agendas governamentais pelo seu potencial na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação no campo da Saúde Coletiva. Dentre as razões para a expansão dessas práticas terapêuticas em países do ocidente, destacam-se o paradigma vitalista e a abordagem holística, a promoção da autonomia e o fortalecimento da centralidade dos sujeitos. A Organização Mundial de Saúde, ao reconhecer a importância dessas práticas, vem estimulando a implementação e expansão das PICS, ou Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa. No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, tem apoiado e estimulado a oferta dessas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, o acesso a esses recursos terapêuticos ainda encontra barreiras na sua aplicação, sofrendo preconceito e despriorização. Desse modo, estudos que demonstrem as repercussões da implementação das PICS na Atenção Básica têm relevância na medida em que buscam endossar e legitimar a prática da Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa no país. Trata-se, portanto, de uma pesquisa exploratória do tipo estudo de caso que procura responder a seguinte questão de pesquisa: De que modo as Práticas Integrativas e Complementares da Unidade de Saúde da Família Caminho do Mar repercutem na saúde sob o ponto de vista dos usuários? Desta questão central decorrem questões correlatas: A partir do uso de tais práticas, estes usuários observaram redução dos seus sintomas de dor? Notaram redução em sintomas de sofrimento mental? Reduziram o número de medicações que usam, por exemplo, para hipertensão? Reduziram a procura por consultas médicas e serviços de urgências? São perguntas que o estudo procura contemplar, com o objetivo de contribuir para a compreensão do papel das Práticas Integrativas e Complementares no processo saúde-doença-cuidado na Atenção Básica. Nesse sentido, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas e, após codificação dos dados, foram definidas as seguintes categorias de análise: Sentido e uso das Práticas Integrativas e Complementares; Promoção da saúde, qualidade de vida e redução da morbidade; Redução da necessidade de intervenções biomédicas e aumento da Autonomia; Tecnologias leves no processo de cuidado; Valorização da Estratégia de Saúde da Família e do SUS. A partir da análise dos dados, observa-se que as PICS têm se mostrado um recurso importante para promoção de cuidado amplo e integral na USF estudada, a despeito de ocuparem um lugar ainda à margem do sistema de saúde. Ao demonstrar a satisfação dos usuários, tais práticas sugerem um potencial de racionalizar o excesso de intervenção biomédica, além de contribuir com o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, enquanto equipamento de saúde resolutivo a serviço da população.

Palavras-chave: Terapias Complementares; Unidade de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Medicalização.

ABSTRACT

This research seeks to investigate the perception of users of a Family Health Center (USF), in the city of Camaçari-BA, about changes in their health through the Integrative and Complementary Practices (PICs) offered at this service (Lian Gong, Auriculoretapia, Acupuncture and Ozonotherapy). Such unconventional therapeutic resources, based on medical rationalities with their own diagnosis and therapeutics, have gained visibility and space in governmental agendas for their potential in promotion, prevention, treatment and rehabilitation in the field of Collective Health. Among the reasons for the expansion of these therapeutic practices in Western countries are the vitalist paradigm and the holistic approach, the promotion of autonomy and the strengthening of the centrality of the subjects. The World Health Organization, recognizing the importance of these practices, has been stimulating the implementation and expansion of PICS, or as it is called, Traditional and Complementary / Alternative Medicine. In Brazil, the Ministry of Health, through the National Policy of Integrative and Complementary Practices, has supported and stimulated the offer of these practices in the Unified Health System (SUS). However, access to these therapeutic resources still encounters barriers in their application, suffering prejudice and deprivation. Thus, studies that demonstrate the repercussions of the implementation of PICS in Primary Care have relevance insofar as they seek to endorse and legitimize the practice of Traditional and Complementary / Alternative Medicine in the country. It is, therefore, an exploratory research of the type of case study that seeks to answer the following research question: How do the Integrative and Complementary Practices of the Health Center Caminho do Mar affect health from the point of view of the users? From this central issue related issues arise: From the use of such practices, have these users observed a reduction in their pain symptoms? Did they notice reduction in symptoms of mental suffering? Have they reduced the number of medications, for example, for hypertension? Reduced demand for medical appointments and emergency services? These are questions that the study seeks to contemplate in order to contribute to the understanding of the role of Integrative and Complementary Practices in the health-disease-care process in Primary Care. Thus, semi-structured interviews were conducted with open questions and, after coding the data, the following categories of analysis were defined: Sense and use of Integrative and Complementary Practices; Promotion of health, quality of life and reduction of morbidity; Reduction of the need for biomedical interventions and increase in Autonomy; Light technologies in the care process; Valorization of the Family Health Strategy and SUS. From the analysis of the data, it is observed that the PICS have been shown to be an important resource for the promotion of comprehensive and integrative care in the USF studied, despite occupying a place still on the margins of the health system. In demonstrating users' satisfaction, such practices suggest the potential to rationalize the excess of biomedical intervention, in addition to contributing to the strengthening of the Family Health Strategy, as a resolute health equipment at the service of the population.

Key Words: Complementary Therapies; Family Health Center; Primary Health Care; Medicalization.

LISTA DE SIGLAS

ABOZ	Associação Brasileira de Ozonioterapia
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
HUPES Santos	Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos
MT	Medicina Tradicional
MT/MCA	Medicina Tradicional e Complementar / Alternativa
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NCCIH	National Center of Complementary and Integrative Medicine
NUPICS	Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde de Camaçari
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNH	Política de Humanização da Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Medicina de Família e Comunidade, que me sintonizou a paixão pela medicina que acredito. Aos colegas e amigos MFC que tornam a luta mais leve e cheia de amor.

Às Práticas integrativas que me oportunizaram ampliar perspectiva, desestabilizam minhas certezas, e seguem me ensinando sobre os mistérios do fazer em saúde.

Ao Sistema Único de Saúde, que é minha escola diária e desafio constante. Agradeço por me oportunizar tantos encontros, questionamentos, aprendizagens e, acima de tudo, a sensação de contribuir com o direito à saúde universal.

Ao PROFSAUDE e a UFSB, que viabilizaram esse mestrado, contribuindo para a qualificação da Saúde da Família. Agradeço aos professores, em especial aos orientadores Luiz Antonio e Lina Faria por toda a atenção e paciência.

Agradeço a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, que me energiza e me nutre de esperança, para que eu siga tentando construir cuidado e aprendizagens “pacientemente impaciente”, como diria Paulo Freire.

Agradeço à família, aos amigos, ao amor, que são parte essencial da minha saúde e do sentido de seguir em frente.

DEDICATÓRIA

Dedico aos usuários que insistem em nos ensinar e nos surpreender sobre o que realmente é cuidado e saúde. Dedico ao SUS e à universidade pública, que resistem, que me trazem os incômodos, mas também a satisfação e motivação para seguir resistindo junto.

SUMÁRIO

RESUMO.....	14
ABSTRACT	15
LISTA DE SIGLAS	16
2 MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E INTEGRALIDADE.....	13
2.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	16
2.2.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES ABORDADAS NA PESQUISA.....	22
2.3 CONSTRUÇÃO DE CUIDADO.....	24
2.4 MEDICALIZAÇÃO SOCIAL	28
3 OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVO GERAL.....	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	33
4.1 METODOLOGIA UTILIZADA E REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	33
4.1 O CAMPO DE ESTUDO.....	34
4.1 SUJEITOS DA PESQUISA.....	35
4.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	35
4.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO.....	36
4.4 METODOLOGIA E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.2.1 CATEGORIA 1: SENTIDO E USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	41
5.2.2 CATEGORIA 2: PROMOÇÃO DA SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REDUÇÃO DA MORBIDADE	43
5.2.3 CATEGORIA 3: REDUÇÃO DA NECESSIDADE DE INTERVENÇÕES BIOMÉDICAS E AUMENTO DA AUTONOMIA.....	54
5.2.4 CATEGORIA 4: TECNOLOGIAS LEVES NO PROCESSO DE CUIDADO..	57
5.2.5 CATEGORIA 5: VALORIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DO SUS.....	59
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS E APÊNDICES	69
APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA	70
ANEXO A – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP	71

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde vem se discutindo as deficiências dos modelos hegemônicos no país, evidenciadas por desigualdade no acesso aos serviços de saúde, inadequação face às necessidades, além de qualidade insatisfatória da assistência e ausência de integralidade das ações (GIOVANELLA, 2012). Modelos de atenção têm sido discutidos objetivando-se qualidade, efetividade e equidade do cuidado. Têm sido valorizadas propostas como oferta organizada de serviços, distritalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento, linhas de cuidado, projeto terapêutico singular, equipes matriciais e de referência, tentando conciliar o atendimento à demanda e às necessidades na perspectiva da integralidade da atenção (GIOVANELLA, 2012).

Observa-se no cenário atual, uma fragilidade do modelo de saúde vigente em lidar com os diversos processos de saúde-doença e com a complexidade dos sofrimentos humanos. Mostra-se necessário, portanto, reinventar constantemente as formas de fazer saúde/cuidado, reconstruindo entendimentos e agregando novas práticas na área da saúde, de forma a responder ao princípio da integralidade.

Por outro lado, a medicalização tem se tornado um problema premente para os profissionais de saúde e pacientes, não só pelos custos financeiros para o Sistema Único de Saúde (SUS), mas pela ineficácia e risco para os usuários. De acordo com Juan Gérvas, a assistência à saúde é um fator de risco por si só, e deve ser utilizada com cautela, uma vez que:

“O apetite insaciável para o consumo de serviços de saúde (preventivos e curativos) por pacientes e populações tem um preço, não apenas financeiro, porque o próprio sistema de saúde acaba sendo a terceira causa de morte, como demonstrado nos EUA”. (GERVAS, 2016: p. 24).

Desse modo, diante do desafio de combinar tecnologias, abordagens diversas de cuidado e atender às necessidades de saúde da população, o Ministério da Saúde aprovou por meio da Portaria GM/MS n. 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), visando garantir a integralidade em saúde, com a implementação de experiências de cuidado em municípios e estados, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da medicina

tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia, da medicina antroposófica e do termalismo/crenoterapia.

Destaque especial para práticas integrativas abordadas neste trabalho, que guardam relação com a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), sistema médico integral, originado há milhares de anos na China: Lian Gong, Acupuntura e Auriculoterapia. Essas práticas utilizam linguagem que retratam simbolicamente as leis da natureza e que valorizam a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade e a centralidade do sujeito. Como fundamento, adotam a teoria do Ying-Yang e a dos cinco elementos (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais) (BRASIL, 2015).

Embora exista uma demanda pela efetiva incorporação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) ao SUS, as experiências nas redes públicas (estadual e municipal) têm ocorrido de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro dessas práticas, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2015).

No município em questão, alguns profissionais e gestores têm se reunido para pautar as PICS na agenda municipal. Foi assim que, em 2015, ocorreu o I Encontro das PICS de Camaçari, que contou com a parceira da Área Técnica das PICS da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e do Ambulatório de PICS do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES).

Apesar do baixo acesso, algumas iniciativas dessas práticas já podem ser constatadas atualmente na rede de saúde pública municipal. É positivo constatar, por exemplo, a presença de acupunturistas nos Centros de Atenção Psicossocial.

Com o avançar das discussões das PICS no município, em 2016, por iniciativa de um profissional médico acupunturista da rede de saúde, ocorreu o I Curso de Facilitadores em Lian Gong em 18 Terapias (LG18T) de Camaçari. O curso objetivou capacitar os profissionais da Atenção Básica do município para implantar os grupos da prática com os usuários das suas respectivas equipes, e assim ampliar a oferta do Lian Gong 18T, o que tem se desenvolvido desde então.

Diante da progressiva articulação dos profissionais e gestores, em 2017, através da Portaria nº 052/2017, foi instituído o Núcleo de Práticas Integrativas e

Complementares em Saúde de Camaçari (NUPICS), que tem se reunido procurando disputar a priorização desta pauta na agenda municipal.

Inserida nessa trajetória nacional e local, a equipe em questão vislumbrou o potencial de incorporação das PICS nas ações da USF associadas às práticas convencionais. Na equipe, havia quem houvesse feito o Curso de Facilitadores em Lian Gong em 18 Terapias, havia quem houvesse feito a Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde da Atenção Básica, ofertado pela Universidade Federal de Santa Catarina, e havia um médico acupunturista. Cada um, a partir das suas formações prévias, procurou ampliar o leque de ações de cuidado. A equipe almejava, com isso, não somente a diversificação das ofertas, mas, principalmente, a construção de um modo de produção de saúde que primasse pela integralidade, vínculo terapêutico, centralidade no sujeito e na saúde, autonomia, desmedicalização, visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

Uma vez que as PICS se integram às demais tecnologias e abordagens adequadas e responsáveis na Estratégia de Saúde da Família, esta pesquisa procura avaliar a efetividade destas práticas no contexto da USF Caminho do Mar na perspectiva do usuário. Investigará se tais práticas são capazes de indicar caminhos para a produção de saúde de forma integral. Especificamente, investigará efeitos no bem-estar, na sintomatologia, na compensação de doenças crônicas e repercussões no processo de desmedicalização e autonomia nos usuários de práticas integrativas da USF.

A partir disso, a equipe poderá avaliar sua abordagem e suas ofertas de práticas integrativas e complementares, adequando-se às necessidades da população com base nas evidências objetivas e subjetivas trazidas pela pesquisa. Torna-se, portanto, fonte de avaliação e Planejamento em Saúde. Pretende-se também, ao compartilhar os dados e as reflexões da pesquisa, contribuir com outras equipes de Saúde da Família, na formação de profissionais e na produção científica no SUS e para o SUS.

2 MARCO TEÓRICO

De modo a situar a temática no seu campo teórico e aprofundar o entendimento dos temas que serão abordados na pesquisa, seguem abaixo alguns marcos importantes em termos de políticas públicas, conceitos e pesquisas na área.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E INTEGRALIDADE

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica reafirma a Atenção Primária enquanto responsável por uma série de ações e cuidados em saúde, das práticas preventivas às de reabilitação, prevendo ações no âmbito individual e coletivo como forma de promoção e manutenção da saúde das pessoas. Ratifica-se a garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, ampliando ainda mais a proposta desses serviços, tendo em consideração o sujeito em sua singularidade, na complexidade, e na inserção sociocultural (BRASIL, 2006 a).

Também em 2006, é publicada a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS – com vistas à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. A PNH opera com os seguintes dispositivos: acolhimento, projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; além de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; entre outros (BRASIL, 2006 b).

Segundo a PNH, a integralidade garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde e requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações) capaz de viabilizar uma atenção integral. Também se deve compreender a proposta de abordagem integral, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser entendidos em suas dimensões biopsicossociais (BRASIL, 2006 b).

Uma revisão bibliográfica realizada em 2012 (SCHVEITZER, 2012) teve o objetivo de identificar como a incorporação de práticas integrativas e complementares na Atenção Primária em Saúde tem auxiliado a promover a humanização do cuidado, por meio dos dispositivos da PNH. O trabalho de Schweitzer concluiu que:

“O cuidado que promove o resgate pelo indivíduo da sua capacidade natural de autopromoção de saúde é um cuidado humanizado. (...) No caso da APS, deve-se operar com tecnologias de encontros, baseadas na densidade das relações subjetivas, como o acolhimento, escuta, elaboração de projeto terapêutico singular, entre outros. A introdução das PIC pode contribuir para isso, desde que não se repita na APS a dinâmica controladora dos ambientes hospitalares, tampouco se fragmente as PIC como especialidades. Deve-se recuperar uma prática de cuidado libertadora, organizada em uma lógica usuário-centrada, que permita construir vínculos, entre trabalhadores e comunidade, e intervenções, a partir de necessidades individuais e coletivas.” (p. 450)

Também em 2006, foi publicado na portaria nº 399 o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006 C), que se constituiu de um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios). Foram definidas três dimensões no Pacto em saúde (Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão) com o objetivo de avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde, envolvendo gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS no intuito de promover uma melhoria contínua do sistema de saúde no Brasil.

Já em 2010 a Política Nacional de Promoção da Saúde, amplia os debates e o escopo de corresponsabilidades, com objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 2010: p. 17).

Tais políticas, entendendo a Saúde da Família enquanto estratégia prioritária, evidenciam a tentativa de mudança de um modelo de cuidado biomédico, curativista, médico centrado e medicalizador, para um cuidado no qual o foco seja o bem-estar dos indivíduos, com aumento da autonomia e fortalecimento da participação comunitária.

É nesse contexto nacional que, em 2015, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), enfatizando as práticas integrativas e complementares enquanto possíveis ações para os campos da prevenção de agravos e da promoção da saúde, além da manutenção e recuperação da saúde, baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo e no fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS (BRASIL, 2015). Portanto, a PNPIC vem contribuir com a luta para a melhoria da atenção à saúde, na medida que incorpora outros saberes na busca por um cuidado integral e um resgate à autonomia e autocuidado dos sujeitos.

Tesser ratifica a relação das Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) com a promoção da saúde, uma vez que as práticas estimulam ou resgatam a noção de qualidade de vida, para além do tratamento dos adoecimentos, apresentando também um potencial de autoconhecimento, ressignificações e aprendizados frente as doenças. Além disso, lembra que as práticas em grupo fomentam a solidariedade, a colaboração e a troca de experiências entre os participantes da comunidade (TESSER, 2009).

O autor ainda cita ainda a experiência dos grupos de Lian Gong no município de Campinas, que propiciou “entusiasmada participação dos usuários, com avaliação positiva generalizada sobre sua eficácia clínica e sobre o enriquecimento psicossocial dos participantes: a mobilização, aceitação massiva, a melhora psicossocial e o empoderamento individual e microcoletivo em diversas situações” (TESSER, 2009: p. 1739).

Quanto aos usos da Medicina Tradicional e da Medicina Alternativa e Complementar, uma pesquisa que avaliou o período de 1997 a 2008 verificou a utilização dessas práticas relacionadas ao alívio da dor e dos efeitos colaterais de outras medicações (alopáticas), melhora do sistema imunológico, de problemas emocionais e da qualidade de vida em vários aspectos. Alguns autores relatam também “a procura por práticas não convencionais ligadas principalmente ao estilo de vida moderno e às sobrecargas de um mercado capitalista, com jornadas extensas de trabalho, desempenho de vários papéis e carga emocional excessiva” (CRUZ, 2016: p. 487).

Segundo Madel Luz, pesquisadora da área das “medicinas alternativas” como prefere se nomear, há um crescimento progressivo, nos últimos quarenta anos, de concepções e teorias psicossociais do adoecimento no interior da própria medicina

contemporânea. Ainda segundo a autora, essa busca por abordagens mais integrais, contribuiu para o surgimento da medicina psicossomática, bem como para o recrudescimento das medicinas alternativas e a superação da dicotomia corpo/mente da cultura ocidental (LUZ, 2005).

2.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Desde a década de 1970 a Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para a utilização racional e integrada de Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa (MT/MCA) na Atenção Básica (OMS, 2002).

Em 2002, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) lançou o documento sobre a Estratégia da OMS sobre a medicina tradicional para os anos de 2002 a 2005, que define a Medicina Tradicional (MT) como um termo amplo, utilizado para se referir às práticas não convencionais que incorporam conhecimentos diversos das práticas medicinais baseadas em diversas áreas, como plantas, animais ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e atividades com o corpo, partes da cultura e contexto histórico local. Em países onde o sistema de sanitário dominante se baseia na medicina alopática e a MT não foi incorporada no sistema de saúde nacional, a MT se classifica muitas vezes como “complementar”, “alternativa” ou “não convencional”. Portanto, se refere ao campo das Práticas Integrativas e Complementares como Medicina Tradicional e Complementar / Alternativa (MT/MCA) (OPAS, 2002).

Em 2015, em consonância com os avanços nas políticas de saúde no Brasil e conforme recomendações e diretrizes das conferências nacionais de saúde e da Organização Mundial de Saúde, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. A PNPIC busca incorporar à Atenção Básica as seguintes práticas: plantas medicinais e fitoterapia; homeopatia; medicina tradicional chinesa-acupuntura; medicina antroposófica; termalismo-cromoterapia (BRASIL, 2015).

Em 21 de março de 2018, nova Portaria foi publicada, incluindo outras práticas à PNPIC: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia

aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2018).

Quantos aos termos – alternativas, integrativas e/ou complementares - várias denominações são encontradas na literatura: “práticas alternativas não convencionais”, “populares”, “holísticas”, “naturais”, “complementares” e “integrativas” são algumas vezes entendidas como sinônimas. Alguns autores apresentam a definição do *National Center of Complementary and Integrative Medicine* (NCCIH), que entende as práticas complementares como aquelas não convencionais usadas conjuntamente, ou seja, ao mesmo tempo, com a biomedicina; alternativas, quando têm caráter substitutivo em relação à biomedicina; e integrativas, quando associadas à biomedicina, com avaliações científicas de segurança e eficácia de seu uso integrado (NCCIH, 2017). A definição da Medicina Alternativa e Complementar (MT/MAC) segundo o NCCIH seria, portanto, diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da medicina convencional (TESSER, 2009).

Segundo o NCCIH, as MT/MAC podem ser organizadas em: sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica); intervenções mente-corpo (meditações); terapias biológicas (baseados em produtos naturais não reconhecidos cientificamente); métodos de manipulação corporal (massagens, exercícios); e terapias energéticas (reiki, Qi gong), dentre outras.

O conceito da Medicina Integrativa vem sendo discutido inclusive pelo *National Center of Complementary and Integrative Medicine*, que a define como a combinação da Medicina Convencional com a Medicina Alternativa e Complementar, baseada em evidências científicas e com abordagem holística, entendendo o ser humano como um todo, com ênfase no cuidado e na cura, na relação profissional-paciente e nas práticas de prevenção e promoção da saúde. Para além da combinação de diferentes práticas, a Medicina Integrativa traz um novo paradigma, evidenciando a necessidade de transformações dos conceitos de saúde, da formação profissional e das relações saúde-doença, guardando relação estreita com os temas da integralidade do cuidado, da humanização e das evidências científicas (CRUZ, 2016).

Nesta pesquisa, será adotado o termo Práticas Integrativas e Complementares (PICS), conforme a Política Nacional de Práticas Integrativas e

Complementares no SUS (PNPIC), ou Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa (MT/MCA), como sinônimos.

É importante observar, entretanto, que, apesar do avanço da discussão sobre as PICS no Brasil, quando se trata do uso de sistemas médicos complexos, como a Medicina Tradicional Chinesa, ou outras práticas que envolvam custos e necessidade de profissionais com formação específica, observa-se uma dificuldade de acesso entre usuários de menor renda e escolaridade (CRUZ, 2016).

Em 2008, em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 4050 municípios, foi identificado que 72% deles já contavam com práticas integrativas e complementares inseridas na atenção básica, sendo que 30% dos municípios apresentavam ato ou lei regulamentando tais práticas. A homeopatia apareceu inserida em algum ponto da atenção à saúde em 8,65% dos municípios; procedimentos da MTC foram identificados em 4,5%; e a fototerapia foi constatada em 9% dos municípios (BRASIL, 2008).

Além de investimentos municipais insuficientes nas PICS, o baixo percentual de determinadas práticas nos serviços de saúde guarda relação com uma formação deficitária nas graduações de saúde e na Educação Permanente em Saúde que favoreça a capacitação dos profissionais. Segundo Otani (2011), investimentos em formação e insumos para a realização de tais práticas aumenta os custos a curto prazo, contudo, a médio e longo prazo, o cuidado integral contando com base nesses recursos terapêuticos poderá contribuir para a diminuição dos gastos totais (OTANI, 2011).

Segundo Madel Luz, nas últimas décadas, o consumo das “medicinas alternativas” tem crescido na cultura urbana dos países latino-americanos. São as terapias derivadas de sistemas médicos complexos tradicionais que têm sua própria racionalidade, como a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurvédica, ou a homeopatia. Luz diz que são aquelas que têm mais chance de legitimidade e institucionalização, por sua “tradutibilidade terapêutica”, em termos de medicina ocidental (LUZ, 2005).

Ainda segundo a pesquisadora, a respeito do processo de institucionalização, estas práticas têm encontrado diversos percalços no Brasil, tendo a medicina hegemônica como obstáculo constante. Observa que nesse processo, o saber médico científico presente, especialmente nos hospitais e instituições de ensino, funciona como elemento ora de censura, ora de comprovação (LUZ, 2005).

A autora discorre sobre o encontro e as tensões da medicina hegemônica e as “medicinas alternativas”, lembrando que a institucionalização e legitimação dessas práticas também varia de acordo com a conjuntura política, através dos governos centrais ou locais de países do continente latino-americano, e a demanda social exercendo pressão política. Pontua que a corporação médica exerce uma pressão contrária na legitimação das “medicinas alternativas”, a menos que tal legitimação se faça por meio do seu reconhecimento como “especialidade médica”, a ser exercido e controlado pela categoria médica, como aconteceu com a homeopatia nos anos 80, e vem acontecendo com a acupuntura desde a década de 90 (LUZ, 2005).

Para Madel Luz, o crescimento das “medicinas alternativas” tem-se verificado tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos a partir, basicamente, da segunda metade dos anos de 1970, conhecendo um auge na década de 80. A autora atribui esse crescimento, dentre outros fatores, às crises contemporâneas, crise sanitária e crise da medicina, que causam a fuga da clientela em busca de outras racionalidades terapêuticas, que priorizem em seu modelo o sujeito doente e seu cuidado (LUZ, 2005).

Sobre a crise sanitária, afirma que se pode observar uma nova epidemiologia para a qual os sistemas de saúde não estão preparados. Segundo Michel Joubert e outros sociólogos franceses (apud LUZ, 2005), devido em grande parte às condições socioeconômicas, desenvolve-se atualmente no mundo capitalista a “pequena epidemiologia do mal-estar”:

“síndrome coletiva que se poderia definir como biopsíquica, com grande repercussão na saúde física e mental da força de trabalho, caracterizando-se por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, males na coluna vertebral etc., que atinge milhões de indivíduos das populações de quase todos os países nas grandes cidades, ocasionando uma situação permanente de sofrimento para os cidadãos” (LUZ, 2005: p. 148).

Sobre a crise da medicina, ética, política, pedagógica e social, Madel Luz descreve em alguns planos, como por exemplo: Plano ético, relacionado com a deterioração, da relação médico-paciente, objetivação dos pacientes e mercantilização da medicina; Plano da eficácia institucional médica, que se refere à substituição do papel terapêutico, da arte de curar, pelo foco na diagnose, medicina da doença, sem consideração pelos sujeitos doentes e por sua cura; Plano

corporativo, da profissão médica, dentro da própria categoria e intercategorias, que chegaram atualmente a um nível de grave competição; Plano político-institucional e plano pedagógico, acerca da perda progressiva da capacidade das faculdades da área de atenção à saúde para formar profissionais capazes de lidar com os problemas saúde-doença, sobretudo no contexto de desigualdades sociais; e o Plano da Racionalidade Médica, uma vez que “o próprio paradigma que rege a medicina contemporânea afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção.” (LUZ, 2005: p. 151). Conforme Madel Luz e Tesser, entende-se por racionalidades:

“um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia”. (TESSER, 2008: p. 196)

Observa-se, por exemplo, que a medicina ocidental se sustenta na noção cartesiana de universo e corpo humano como máquinas, em que se poderia dividir as partes do todo para examinar melhor, compartimentalizar. Nesta concepção prevalece a proposição de leis de aplicação geral, e não a multicausalidade. As patologias seriam causadas por um defeito específico na “máquina”. Essa racionalidade assume como foco central o diagnóstico das doenças (dos defeitos da máquina), “trata-se de uma medicina de máquinas para (preservação de) máquinas” (LUZ, 2012: p. 835).

As práticas orientais, por outro lado, partem da racionalidade em que o ser humano é uma totalidade, inserido em seu meio, e que busca a promoção do equilíbrio de sua energia vital (paradigma vitalista), que varia de acordo com sentimentos/pensamentos, as relações familiares e sociais e os comportamentos dos indivíduos (LUZ, 2012).

Feyerabend, ao discutir a respeito da diferença de racionalidades entre medicina ocidental e oriental, faz alusão à “revolução verde”, que foi um sucesso para a industrialização da agricultura, mas um fracasso para comunidades agrícolas que valorizavam a autonomia, a sustentabilidade ecológica e certas tradições que as ligavam aos ciclos e ritmos da natureza. Feyerabend afirma que o mesmo se aplica à relação saúde-doença: as tecnologias e saberes científicos podem ser maravilhosos

ou inadequados, conforme a situação, os sujeitos e os valores envolvidos. Trata-se, portanto, não de supremacia de uma medicina sobre a outra, mas, como disse Tesser, de escolhas e discussões existenciais, e não somente científicas. (TESSER 2008b)

Em relação a esta questão, Madel Luz chama a atenção para o distanciamento cada vez maior entre medicina e a “arte da terapêutica”. Pontua que um novo paradigma médico pode nascer justamente no ponto em que a medicina se esqueceu que era mais que um saber científico, se distanciando da sua dimensão de arte e de terapêutica, na busca de investigar, classificar e explicar patologias, colocando o foco em tecnologias sofisticadas. (LUZ, 2005)

Segundo a autora, um novo paradigma médico poderá surgir justamente no ponto em que a medicina vem se distanciando da sua dimensão de arte e de terapêutica esqueceu que era mais que um saber científico, tendo se distanciando da sua dimensão de arte e de terapêutica, na busca de um saber científico que investigue, classifique e explique as patologias, com colocando o foco em tecnologias sofisticadas.

Para Madel Luz, a Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa (MT/MCA), com sua racionalidade terapêutica específica, inovam, em termos de paradigma, quanto aos seguintes aspectos: na reposição do sujeito doente como centro; na relação médico–paciente enquanto potencial terapêutico; na busca de meios terapêuticos simples, despojados tecnologicamente, menos dispendiosos, mas com igual ou maior eficácia; na construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente, e não sua dependência em termos da relação saúde-doença; na afirmação de uma medicina que tenha como central a saúde, como é o paradigma vitalista, e não o reducionismo do combate às doenças (LUZ, 2005).

Alguns estudos têm mostrado os motivos de busca por práticas integrativas e complementares pela população. Segundo Cruz, na perspectiva do usuário, os motivos de busca por Práticas Integrativas e Complementares se referem a: insatisfação com a medicina convencional; crença no “poder de cura” de doenças crônicas; percepção de menos efeitos colaterais; presença na cultura familiar e social; indicação de familiares/amigos; custo, mídia e propaganda; e, por último, os profissionais de saúde. Não é apenas a insatisfação com o modelo biomédico que contribui para o desenvolvimento das práticas integrativas e, sim, a necessidade de práticas que promovam maior contato com a espiritualidade, interação do ser com a

energia universal, vínculo, humanização das ações, apoio em relação ao sofrimento mental (CRUZ, 2016).

2.2.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES ABORDADAS NA PESQUISA.

Acupuntura: Tem como base os preceitos da MTC e compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. (BRASIL, 2015)

Auriculoterapia: Tem como base os preceitos da MTC. Em 2017, foram realizados pelo SUS diversos cursos de Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde da Atenção Básica, com atividades a distância e presenciais. (UFSC, 2016)

Na auriculoterapia, a relação terapêutica, segundo a MTC, se dá por meio da teoria dos canais: os 12 meridianos, canais por onde circulam as substâncias fundamentais, reúnem-se na orelha. Aurícula é também uma das principais zonas onde o Yang e o Yin se inter-relacionam. (GARCIA, 1999)

Importante destacar que, da perspectiva da reflexologia, tem-se o conceito do pavilhão auricular enquanto um microssistema, com a representação de todos os órgãos e estruturas do corpo humano por meio de zonas reflexas. Através da embriologia e anatomia da inervação auricular, a distribuição dos pontos e zonas reflexas corresponde à posição de um feto invertido no pavilhão auricular. Ou seja, o estímulo realizado em um determinado ponto reflete na região correspondente no corpo (GARCIA, 1999) (NEVES, 2014).

Por fim, o material do curso de Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde da Atenção Básica mostra que, segundo a ótica da biomedicina, a fisiologia também pode explicar três efeitos da auriculoterapia: “o controle da dor, através da liberação de endorfinas – vias inibitórias descendentes da dor; o controle da inflamação, através da liberação da acetilcolina – reflexo colinérgico, e o controle do processamento emocional, através da modulação de áreas do sistema límbico” (UFSC, 2016: p. 377).

Lian Gong em 18 Terapias: Tem como base os preceitos da MTC. É uma prática corporal que foi desenvolvida pelo médico ortopedista chinês Dr. Zhuang Yuan Min, em 1974, com objetivo de prevenir e tratar as dores no corpo. O Lian Gong em 18 Terapias foi escolhido pelo governo chinês como uma das técnicas a serem amplamente divulgadas para a população devido ao controle da dor, através da liberação de endorfinas – vias inibitórias descendentes da dor; o controle da inflamação, através da liberação da acetilcolina – reflexo colinérgico, e o controle do processamento emocional, através da modulação de áreas do sistema límbico aos benefícios resultantes dessa prática. “Lian Gong na língua chinesa significa trabalho persistente e prolongado de treinar e exercitar o corpo físico com objetivo de transformá-lo de fraco para forte e de doente para saudável” (BOTELHO, 2017: p. 19)

É composto de duas partes: a Anterior, que trata de desequilíbrios e dores no corpo e previne seu aparecimento, e a Posterior, que trata e previne os desequilíbrios e dores nos tendões, nas articulações das extremidades e as disfunções dos órgãos internos (BOTELHO, 2017).

No Brasil, a prática foi introduzida em 1987 pela professora de filosofia e artes corporais chinesas Maria Lucia Lee. Em 2014, foi criada a Associação Brasileira de Lian Gong em 18 Terapias em Belo Horizonte-MG, filiada à *Shangai Municipal Lian Gong in 18 Exercises Association*. (BOTELHO, 2017) Tal associação realiza treinamentos, tendo formado diversos instrutores pelo país. Hoje, a prática já vem sendo realizada em diversos espaços pelo país, proporcionada por serviços de saúde. Em 2017, foi lançado pela Associação um livro sobre a prática, contendo os conceitos, características, princípios, e, principalmente, os movimentos de modo didático. Uma vez que não requer material específico, apenas o áudio e profissional capacitado, pode ser considerada uma prática de baixo custo.

Ozonioterapia: Foi incluída, juntamente com outras práticas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, pela Portaria 702, de 21 de março de 2018. Funciona a partir da administração do ozônio medicinal (mistura de ozônio e oxigênio) por diversas vias. Já utilizada em vários países como Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba, China, entre outros, há décadas, vem sendo utilizada no Brasil principalmente em setores como odontologia, neurologia e a oncologia. A molécula de ozônio representa um

estímulo que contribui para a melhora de diversas doenças, uma vez que pode ajudar a recuperar de forma natural a capacidade funcional do organismo humano e animal. A ozonioterapia é de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida. Há algum tempo, o potencial terapêutico do ozônio ganhou muita atenção através da sua forte capacidade de induzir o estresse oxidativo controlado e moderado quando administrado em doses terapêuticas precisas. (BRASIL, 2018)

2.3 CONSTRUÇÃO DE CUIDADO

Diante das práticas que serão estudadas nesta pesquisa, torna-se relevante refletir sobre os “modos de fazer cuidado”. Foucault (1977) em **O Nascimento da Clínica** afirma que a civilização não se libertou do aprisionamento criado com o conceito de que o corpo fala por sua morfologia. Conforme Franco (2006), a clínica se voltou a decifrar esse corpo anátomo-clínico, composto por órgãos “que falam por si”, ou seja, a “clínica do olhar”, “olhar retina”, que enxerga as estruturas, o visível, sua morfologia, mas não enxerga “o sujeito que o habita” (ROLNIK, 2006, apud FRANCO et al., 2006: p. 7).

Conforme Ceccim e Merhy, a relação médico-paciente balizada pelo excesso de tecnologias e pelo paradigma biologicista, tem se tornado fria e tecnicista, de modo que as pessoas e suas doenças são entendidas como objetos, como “entidades nosológicas”, entre outras condições que as “dessingularizam/reificam” (CECCIM, 2009).

Segundo Franco et al. (2006), o trabalhador da saúde no processo de trabalho que se desenvolve, no modelo assistencial hegemônico é comumente destituído do protagonismo sobre o seu processo de trabalho, pois este é aprisionado em um território onde predominam os processos e produtos estruturados: As “tecnologias duras” inscritas nas máquinas e instrumentos, e as “tecnologias leve-duras” que se expressam nos protocolos e normas. Como citado por Chambliss (apud FARIA, CASTRO SANTOS, 2011), tem-se lidado com a doença, a cura e a morte como “atos organizacionais”.

Parece um caminho inversamente proporcional: o crescimento da modernização do complexo médico-hospitalar, e a qualidade da relação médico-

paciente. Stanley Reiser (1978), em livro clássico sobre a evolução da medicina ocidental, descreve:

“Os médicos modernos, mais do que homens e mulheres em quaisquer outras profissões que envolvem serviços a pessoas, são obrigados agora a usar tecnologias intimamente, continuamente e com expertise. O médico tornou-se um protótipo do homem tecnológico” (apud FARIA, CASTRO SANTOS, 2011: p. 228).

Ceccim e Merhy (2009) observam que, apesar da captura do fazer profissional por essas tecnologias, pelo mecanicismo, pelos protocolos, ou seja, pelo “trabalho morto”, também se pode observar diversas diferenças nos modos de atuar, o que evidencia uma micropolítica do “trabalho vivo”, do encontro, da interação, que se opõe à macropolítica que o captura, mas da qual também escapa.

Conforme questionam Faria e Castro Santos, “não residiria, talvez, justamente na denominação de técnicas – que pode remeter a tecnologias disciplinares – um dos muitos desafios que enfrentamos? Não deveríamos adotar e propor, não técnicas, mas procedimentos ou práticas que traduzam a necessária habilidade artesanal no cenário do cuidar?” (FARIA, CASTRO SANTOS, 2011: p. 232).

Ceccim e Merhy ressaltam estudos recentes que:

“têm mostrado resultados interessantes na disputa por modos mais efetivos de atender nos serviços de saúde: a humanização dos cuidados em saúde; a integralidade; o cuidado como a alma dos serviços de saúde; o acolhimento como rede de conversações; as práticas de saúde como projeto de felicidade; a atenção integral como escuta à vida; saúde e cidadania de braços dados, entre outras designações” (CECCIM, MERHY, 2009: p. 534).

Diante desses aspectos, Franco (2010) afirma que não existe um único modelo que seja suficiente para o cuidado de um sujeito que sofre. Sugere, então, a ideia de “clínicas”, que juntas vão compor as ferramentas necessárias ao cuidado, como a Clínica dos Afetos, trazida pelo próprio autor, e as tantas clínicas que têm sido objetivo de estudo e fazeres: Clínica Ampliada (Campos e Amaral, 2007; Cunha, 2005); Clínica Peripatética (Lancetti, 2006); Clínica do Desvio – Klinamen (Benevides e Passos, 2001), Clínica do CsO (Merhy, 2007). A respeito da Clínica dos Afetos, Franco sugere que a Clínica do Olhar Retina se associe com a Clínica dos Afetos

operando sobre as diversas dimensões do corpo, produzindo ao mesmo tempo a intervenção sobre os órgãos, e um processo intenso de subjetivação pelos afetos (FRANCO, 2010).

Faria (2016), em seu estudo sobre o cuidado com o paciente idoso com Alzheimer, dialogando com o sociólogo e historiador Richard Sennett em seu livro *O artífice* (2009), atribui ao profissional de saúde o termo “artífice do cuidado”, e enfatiza que “Sennett advertiria para o risco de contemplar o cuidado como um *check-list* de termos de consentimento e outros quesitos protocolares” (FARIA, 2016: p. 127).

Faria e Castro Santos (2013) ressaltam que, mesmo contando com importantes técnicas e recursos terapêuticos, o profissional de saúde não pode prescindir do cuidado, da empatia, do toque manual:

“o ‘cenário do cuidar’ pede a direta relação verbal, tocar, sentir e motivar o paciente. O cuidado humanizado e integral dependerá justamente da capacidade dos profissionais de saúde de recuperar o cuidado do doente – e não apenas da doença – como valor primordial para a atenção no processo saúde/doença” (FARIA e CASTRO SANTOS, 2013 apud FARIA, 2016: p. 127)

Faria (2016) reforça que “técnicas e protocolos de tratamento jamais substituirão, sem perdas, o meticuloso cuidado humano de um artífice” (p. 136). Ressalta também que o processo terapêutico deve estar centrado no paciente, incluindo a tomada de decisões e o estabelecimento de metas conjuntas.

Sobre a centralidade no paciente, Ceccim e Merhy (2009) mostram que as modalidades correntes de cuidado geralmente são direcionadas por ações “profissional-centradas”, nas quais apenas o profissional detém “saber-poder” e o “outro é um caso a ser enfrentado por tecnologias duras ou leve-duras” (p. 534). Os autores defendem a inversão da centralidade: o foco deve estar no usuário, na interação profissional de saúde paciente, no contato com a alteridade e no uso das “tecnologias leves” (CECCIM, 2009).

Também a respeito da inversão da centralidade, o “cuidado centrado na pessoa” e no seu entorno, desde 1970, vem sendo discutido, diante do paradoxo da Medicina Centrada na Doença *versus* a Medicina Centrada na Pessoa. (Balint e et al. apud STEWART et al, 2017).

Atualmente, um referencial teórico importante que se relaciona com esta questão, é a Medicina Centrada na Pessoa. Já na sua 3ª edição, o livro de Stewart e colegas (STEWART et al, 2017) traz um modelo de abordagem sobre o compartilhamento de poder e o equilíbrio entre objetividade e subjetividade no encontro clínico. De modo pedagógico, apresenta o método em 4 componentes: 1) Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência de Doença; 2) Entendendo a pessoa como um todo; 3) Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; 4) Intensificando a relação médico-paciente.

No tocante ao primeiro componente da Medicina Centrada na Pessoa, Faria (2016) também destaca a importância das representações sobre a doença, que remetem diretamente ao contexto social em que o paciente vive. Valorizar essa percepção pessoal e subjetiva do paciente, captar a cultura, os modos de vida e suas representações, poderá, segundo a autora, facilitar o trabalho profissional e produzir respostas desejadas (FARIA, 2016). Mas, ainda segundo Faria “como entender as motivações para que um profissional de saúde venha a percorrer o caminho não menos penoso?” Ou seja, como fazer com que profissionais de saúde busquem compreender as demandas e as necessidades físicas, psicológicas, sociais e culturais do paciente, suas potencialidades e fragilidades?

Sabe-se que a formação é um importante propulsor dessa mudança de perfil de profissional. Portanto, em consonância com a constatação da necessidade de uma formação coerente, que propicie o surgimento de profissionais cuidadores, com um olhar amplo sobre o processo saúde-doença-cuidado, surgem as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação de medicina, de 2014.

Tais Diretrizes (BRASIL, 2014) pautam diversas mudanças importantes nos currículos médicos e evidenciam o papel social da universidade, além de pontos específicos sobre a da relação médico-paciente, o cuidado e do trabalho multiprofissional, almejando um perfil de egresso adequado para as necessidades da sociedade brasileira. Vale ressaltar que, em toda a resolução, estão presentes princípios do SUS e da Atenção Básica como norteadores da formação durante todo o curso.

A valorização de uma formação ampla e centrada na pessoa pode ser evidenciada, por exemplo no trecho abaixo das Diretrizes, do eixo de formação Atenção à Saúde:

“IX- cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado” (BRASIL, 2014: p. 2).

A respeito da Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa (MT/MCA), não se observa citação específica nas Diretrizes. Muitas tentativas vêm sendo feitas no Brasil, desde os anos de 1970, para se instalarem, nas faculdades de Medicina, disciplinas em Homeopatia, Acupuntura ou Fitoterapia. No entanto, as Diretrizes avançam ao apresentar uma formação ampla, humanista e crítica, que contemple os eixos de Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Descreve no Art. 3º:

“O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença” (BRASIL, 2014: p. 1).

Desse modo, pode-se perceber avanços nas normativas para a educação médica brasileira, que poderão produzir uma formação mais coerente com a complexidade do ser humano e da sociedade, com suas diversas vivências do processo saúde-doença, e com profissionais mais sensíveis a um olhar integral sobre o cuidado.

2.4 MEDICALIZAÇÃO SOCIAL

Também guarda estreita relação com as Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa (MT/MCA), o tema da Medicalização Social. Desde a década de 60, tanto Ivan Illich quanto Michel Foucault vinham estudando e debatendo o que a sociologia chamaria de interferência do público sobre o privado.

Especificamente, a interferência da ciência, suposto referencial de saber, na vida das pessoas.

Foucault, na década de 70, chama de “biopoder” este domínio do estado, respaldado pela biomedicina e pela ciência, para regular e disciplinar as vidas e os corpos, normatizando as formas de viver. O corpo, por exemplo, em lugar de ser território para sensações da vida, é reconhecido como território onde evoluem as doenças, lugar físico da existência das lesões (órgãos, tecidos, células, genes), que deveriam ser visualizadas para possibilitar a compreensão dos processos de saúde, doença, tratamento e cura (apud CECCIM e MERHY 2009).

Segundo SANTOS (2000), a biomedicina é indispensável e necessária e, simultaneamente, inadequada e perigosa. Sua prática social, relativamente homogênea, atua na medicalização por meio do que ILLICH (1981) chamou “iatrogenia cultural”: um efeito difuso e nocivo da ação biomédica que diminui o potencial cultural das pessoas para lidar autonomamente com situações de sofrimento, enfermidade, dor e morte” (apud TESSER, 2008 b).

Com o tempo, o processo de medicalização vem se tornando bem sofisticado. Não se prescreve mais apenas vacinas, medicações e procedimentos, mas também hábitos de vida, que passam a ser patologizados. Comer certos alimentos entendidos como nocivos e/ou não fazer exercício físico, por exemplo, passam a ser vistos como risco. E ainda conforme Ceccim e Merhy, se uma criança é agitada, é classificada com hiperatividade; se um indivíduo vivencia a aflição da violência, está com a síndrome do pânico; se a pessoa está triste por mais que duas semanas, então está com depressão. Além disso, o fumante é visto como aquele que quer se matar; entrar na adolescência por si só é “agudizar riscos”; e o envelhecimento é uma nova entidade nosológica. O risco de adoecer, passa a ser patologizado e a indústria farmacêutica, por sua vez, medicamentaliza: desenvolve não só a farmacoterapia, mas a farmacoprevenção, medicamentos para não adoecer (CECCIM e MERHY 2009).

Os autores evidenciam, também, a transformação de uma clínica voltada aos sintomas para uma clínica da ausência dos sintomas: “do silêncio dos órgãos sadios à dispensa dos órgãos sob controle.” (CECCIM e MERHY 2009)

Nos escritos tardios de Illich, a própria discussão da autonomia e do autocuidado na biomedicina e na cultura contemporânea foi considerada, também, um movimento patológico e medicalizante. Nogueira (apud TESSER, 2008 b) chama de higiomania essa “obsessão por saúde da cultura globalizada”, que gerou uma

intensificação do consumo de práticas e tratamentos, envoltos em “uma paranóia culpabilizante e individualizante de negativas repercussões políticas e sociais, sob os mesmos signos da autonomia e da responsabilidade” (p. 919).

Tesser alerta que as PICS não estão imunes a este fenômeno. Por exemplo, a homeopatia trabalha geralmente com boa dose de individualização interpretativa e terapêutica. Contudo, pode ser trabalhada com integralidade bem menor, sem ampla abordagem, apresentando eficácia relativa. Ou seja, “pode ser usada quase sem escrúpulo individualizador, com baixo “coeficiente de integralidade”, ao modo sintoma-remédio, como se faz com a dipirona no mundo biomédico”. Nesses usos, a homeopatia apresenta, como outras racionalidades, vários graus de eficácia e efetividade relativa (TESSER, 2008a). Pode-se inferir o mesmo para acupuntura: se tratada de modo reducionista, capturada pela racionalidade biomédica, procedimento-centrada, doença-centrada, com uma abordagem sintoma-agulha, terá eficácia relativa, restringindo-se apenas à sua função relacionada à anatomia do ponto agulhado.

Illich apud TESSER, 2008 b, por exemplo, era pessimista quanto ao potencial das MAC como instrumento de manejo da medicalização, uma vez que a considerava independente da racionalidade médica: “quanto mais existem diferentes teorias com o poder de diagnosticar e definir um tratamento, mais razões existem para renunciar à responsabilidade de transformar o que, no meio ambiente, faz adoecer” (p. 919).

Tesser e Barros publicaram um artigo exatamente para discutir a hipótese das MAC enquanto estratégia para minimizar o processo de medicalização social no ambiente do cuidado à saúde. Concluíram que existe potencial “desmedicalizante”, porém limitado. Isso porque a hegemonia da biomedicina, o biopoder e a disputa mercadológica atual no campo da saúde, tendem a transformar qualquer prática estruturada do processo saúde-doença em mercadorias, reforçando a heteronomia (oposto de autonomia) e a medicalização. Apesar das dificuldades, defendem a oferta das MAC no SUS como “cultivo de ‘democracia e ecologia epistemológicas’ sustentáveis e estratégia de manejo da medicalização na construção da universalidade, equidade e integralidade em um SUS prudente para um cuidado à saúde decente” (TESSER, 2008 b: p. 920).

Conforme MONTEIRO (apud TESSER 2008b), outra razão a favor do potencial desmedicalizante das MAC vem da analogia com a política de redução de danos. Segundo ele, antes pessoas voltadas para a homeopatia ou para a acupuntura

(“homeopatizadas”, “acupunturadas”), que uma população continental medicalizada do ponto de vista biomédico, “a exigir do SUS intervenções químico-cirúrgicas para qualquer incômodo” (apud TESSER, 2008 b: p. 918).

Segundo Madel Luz (apud TESSER, 2008 b) o paradigma vitalista contribui para a desmedicalização, uma vez que considera a doença como uma ruptura de um equilíbrio interno (no microuniverso) e relacional simultaneamente. Neste paradigma, noções como energia, sopro, corpo energético, têm papel importante, integrando natureza e ser humano numa perspectiva de macro e microuniversos. Tais características permitem aos praticantes das MAC um maior fluxo simbólico na relação com o processo saúde-doença, novos significados para a dimensão emocional e apoio para as mudanças e aprendizados advindos da experiência do adoecimento.

Cria-se, assim, um potencial de maior autonomia, que dá lugar aos aspectos “espirituais” do processo saúde-adoecimento-cuidado por várias MAC. Segundo Vasconcelos (apud TESSER, 2008 b), esses aspectos e sua relevância estão progressivamente se tornando evidentes para ciência e para os profissionais de saúde, assim como sempre o foram para o saber popular.

Por fim, sabe-se que a lógica de mercado e a higiomania da saúde contemporânea podem levar a um uso reducionista das MAC, tornando tais práticas um campo de procedimentos a serviço da medicalização. No entanto, no geral, suas características intrínsecas são relevantes, pois nas práticas vitalistas, por exemplo, seu risco é relativamente baixo e suas potencialidades parecem ser promissoras como estratégia “desmedicalizante” no âmbito do SUS. Conforme sugerimos e conclui Tesser, é necessário um estímulo às práticas das MAC de modo solidário, autonomizador, menos mercantilizado e mais enriquecedor, diante do processo saúde-doença-cuidado (TESSER, 2008 b).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a percepção dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família sobre os efeitos das Práticas Integrativas e Complementares em sua saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a percepção de efeitos das Práticas Integrativas e Complementares no bem-estar e em sintomas relacionados à saúde mental dos participantes;
- Investigar se observam alguma repercussão na compensação de doenças crônicas;
- Investigar se reportam redução da dor (para os portadores de dor crônica);
- Verificar se ocorreu redução da necessidade de medicações;
- Verificar se os participantes reduziram sua necessidade de procura por atendimento médico e hospitalizações.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 METODOLOGIA UTILIZADA E REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com delineamento de estudo de caso. Conforme GIL (2002), “O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento” (p. 54).

Segundo Yin (1989), a preferência por estudo de caso deve ser dada quando é possível fazer observação direta sobre os fenômenos. Utilizam-se estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão.

Segundo Minayo (2014), os estudos de caso costumam ser utilizados atualmente principalmente na área da administração e avaliação social, tendo como algumas de suas aplicações compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta e avaliar processos e resultados de propostas pedagógicas ou administrativas.

Este estudo de caso buscou avaliar a repercussão de determinadas intervenções terapêuticas a partir da perspectiva do usuário. Mais precisamente, investigou a percepção de saúde de usuários das Práticas Integrativas e Complementares na USF Caminho do Mar, a saber: Lian Gong, Acupuntura, Auriculoterapia e Ozonioterapia.

Procurou responder a seguinte questão de pesquisa: De que modo as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) da Unidade de Saúde da Família (USF) Caminho do Mar repercutem na saúde sob o ponto de vista dos usuários?

Por que se optou por pesquisa qualitativa? Por que se optou por explorar a percepção do usuário, em vez de realizar um escore de sintomas para se testar a eficácia das PICS na USF? Conforme DENZIN (2018), “há a necessidade de desestabilizar os conceitos tradicionais do que conta como pesquisa, como evidência, como investigação legítima.” Questiona ainda: “O que conta como conhecimento acadêmico na esfera pública neoliberal? (...) “Qual é o papel da pesquisa qualitativa crítica em um presente histórico quando a necessidade de justiça social nunca tão grande?” (p. 2). Ou seja, apesar de o saber científico e a academia sistematicamente questionarem sobre a eficácia das PICS, considerando apenas estudos

experimentais, randomizados, duplo-cegos como evidências sólidas, essa pesquisa deseja trazer a voz do usuário, tantas vezes silenciada, explorar o que ele(a) tem a dizer sobre sua vida e processo de saúde-doença, a partir das Práticas Integrativas e Complementares.

Concordando com MERTENS et al, 2009, p. 89 apud DENZIN, 2018, este é um presente histórico que requer uma consciência acerca da "necessidade de remediar as desigualdades dando prioridade (...) às vozes dos grupos menos favorecidos da sociedade" (p. 2).

Assim como DENZIN (2018) propõe para os programas de justiça social, propõe-se aqui também para os programas e serviços públicos em geral, que as perspectivas e experiências das pessoas atendidas sejam ouvidas, apreendidas e compreendidas para que programas efetivos sejam criados e aperfeiçoados.

Desse modo, essa pesquisa busca explorar não parâmetros de doença, mas percepção de saúde a partir da voz dos usuários das Práticas Integrativas e Complementares em uma Unidade de Saúde da Família que oferece tais práticas como opção de abordagem em saúde.

4.1 O CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Camaçari, localizado na região metropolitana de Salvador-BA. O município possui 242.970 habitantes pelo censo do IBGE (2010). Quanto ao mapa da pobreza e desigualdade, possui Índice de pobreza de 57,51% (IBGE, 2013). Mais especificamente, o local do estudo foi o território adscrito da Unidade de Saúde da Família (USF) Caminho do Mar, que compreende uma população de cerca de 18.000 habitantes, residentes em apartamentos dos condomínios do Programa Minha Casa Minha Vida, inaugurados em 2015, na Via Atlântica (BA-530), mais conhecida como Estrada da Cetrel. Esses apartamentos foram destinados a parte das famílias cujas casas foram desapropriadas por estarem às margens do Rio Camaçari, onde ocorre obra do projeto de Urbanização Integrada da Bacia do Rio Camaçari. Desse modo, trata-se de uma comunidade recente, com a presença de pessoas advindas de diversas regiões do município, que se mudaram na prerrogativa da casa própria, para uma região rural, com dificuldade de transporte e acesso a trabalho, bens de consumo e serviços. Com o passar dos meses, foi inaugurada a Escola e a creche municipal, cuja estrutura física já estavam na obra do

Programa. A USF Caminho do Mar também foi entregue com a obra, mas iniciou seu funcionamento somente em setembro de 2017. Conta com duas equipes de saúde da família, uma equipe de saúde bucal e fazem parte da região 8 de saúde de Camaçari. A pesquisadora faz parte da referida equipe de Saúde da Família que, desde a inauguração em 2017, iniciou a atuação no território.

4.1 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram incluídos no estudo aqueles que haviam iniciado uma ou mais práticas nos últimos 2 meses na USF Caminho do Mar e comparecido para as sessões ao menos 3 vezes por mês. A idade mínima para participar do estudo é de 18 anos. Aqueles que atenderam a estes critérios foram convidados a participar da pesquisa, sem que a negativa acarretasse prejuízo ao usuário, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (VIDE APÊNCIDE A). Os que se disponibilizaram a participar, foram submetidos a entrevista semiestruturada (APENDICE B). As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, no período de outubro a novembro de 2018, na Unidade de Saúde da Família Caminho do Mar, ao fim do turno de trabalho em que são realizadas algumas das Práticas Integrativas, todas as segundas-feiras à tarde.

Foram excluídas do estudo pessoas que não cumpriram os critérios de inclusão, ou seja, aqueles que não tenham assiduidade (pelo menos 3 sessões por mês) ou tempo de prática (pelo menos 2 meses) adequados nas práticas integrativas e complementares da USF. Foram excluídos também aqueles que tinham menos 18 anos e aqueles que não residem no território adscrito da USF.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Toda a pesquisa com seres humanos envolve risco, de acordo com a resolução 466/2012 do CEP/CONEP – Ministério da Saúde, bem como as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, propostas pelo CIOMS, em 1993. A presente pesquisa é considerada de risco mínimo. O estudo empregou técnicas e métodos onde não se realizou nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo.

Considerando que esta pesquisa envolve seres humanos, foi devidamente cadastrada na Plataforma Brasil e recebeu parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Sul da Bahia, sob nº8467, versão 2, CAAE 96966618.5.0000.8467, com data de aprovação 24.10.2018.

4.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO

A pesquisa utilizou a entrevista semiestruturada como meio de coleta de dados. Conforme FLICK (2009), há um interesse crescente nas entrevistas semiestruturadas relacionado “à expectativa de que é mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planejamento aberto do que em uma entrevista padronizada ou um questionário” (p. 143).

A entrevista semiestruturada se mostrou adequada para captar a percepção dos usuários. Observou-se, entretanto, que, alguns entrevistados, apresentavam mais dificuldades em se expressar e relatar sua experiência. Para esses participantes, foi necessário ampliar o número de perguntas estruturadas, na busca de respostas mais significativas para a pesquisa. Essa é uma limitação do estudo, uma vez que investiga a percepção do usuário sobre sua saúde por meio da oralidade e nem todos tinham bom domínio da expressão oral.

Enquanto médica da USF, o ato da coleta de dados, por si só, gerou reflexões sobre o cotidiano do cuidado: foi possível perceber o impacto do trabalho realizado pela equipe com as PICS a partir do relato de cada entrevistado. Cada participante relatou aspectos da saúde e da vida que se modificaram a partir do tratamento na USF, muitas dos quais a pesquisadora não tinha conhecimento no momento inicial do estudo. O ato de entrevistar por si só, através dos depoimentos dos participantes, gerou sentido e motivação para a equipe continuar oferecendo as PICS, benefício não previsto do estudo, e de valor imensurável na atual conjuntura municipal e nacional para o trabalhador da ESF e do SUS.

O contexto municipal dos profissionais da ESF é de lidar com sofrimentos diversos de uma população empobrecida, adoecida, marginalizada, sujeita às mais diversas formas de violências. Assistir tudo isso enquanto profissional é uma tentativa diária de oferecer assistência de saúde com qualidade, com limitações, pouca governabilidade e grande sentimento de impotência. Soma-se a isso o contexto

nacional do SUS na presente conjuntura, com congelamento de financiamentos, desmontes e retrocesso. Nesse cenário, lidar com os dados de pesquisa, envoltos nas histórias de vida das pessoas e, por outro lado, ouvir seus relatos de algumas mudanças a partir das PICS, gerou emoções diversas.

A própria pesquisadora realizou as entrevistas e, uma vez que faz parte de uma das duas equipes da USF, enquanto médica assistente, gostaria de discorrer sobre esta dupla implicação. Conforme TAQUETTE (2016), nos estudos qualitativos “não se concebe que existam pesquisas com neutralidade absoluta por se tratar de seres humanos. (...) O que se propõe é que o pesquisador tenha consciência da interferência de seus valores na seleção e no encaminhamento do problema estudado” (p. 526).

Nesse sentido, a pesquisadora acredita que essa dupla implicação pôde trazer um olhar mais aprofundado e contribuir para o estudo. Avalia que o fato de estar previamente imersa na realidade a ser estudada contribuiu para maior fluidez à coleta de dados. Para a análise dos dados, acredita que seu conhecimento prévio do objeto e dos sujeitos do estudo foi fundamental para melhor entendimento da linguagem e subjetividade do discurso.

TAQUETTE (2016) afirma ainda que:

“a tarefa do pesquisador é reconhecer o viés para poder prevenir sua interferência nas conclusões. É fundamental a explicitação de todos os passos da pesquisa para evitar o viés do pesquisador. (...) Quanto mais o pesquisador tem consciência de suas preferências pessoais, mais ele é capaz de evitar o viés, ao contrário daqueles que trabalham com a ilusão de ser orientado apenas por considerações científicas” (p. 526-527).

A pesquisadora agendou as entrevistas previamente com os(as) usuários(as), e as realizou durante os períodos em que não estava responsável pela assistência médica da unidade, de modo que foi possível reservar horários adequados para cada entrevista. Antes do início de cada entrevista, procurou-se esclarecer os objetivos da pesquisa e a importância da fidedignidade das informações. Leu-se conjuntamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, esclarecendo cada informação.

A partir de DENZIN (2018), pode-se refletir sobre o “mito do observador objetivo”:

“O pesquisador qualitativo não é um observador objetivo, politicamente neutro e que se destaca do estudo do mundo social. Em vez disso, o pesquisador é situado historicamente e localmente dentro dos próprios processos em estudo. Um “self” histórico e de gênero é trazido para esse processo. Este “self”, enquanto um conjunto de identidades em mudança, tem sua própria história com as práticas situadas que definem e moldam as questões públicas e os problemas privados em estudo” (p. 7).

Acredita-se, portanto, que, atenta aos possíveis vieses, a subjetividade da pesquisadora pôde contribuir positivamente no estudo e, portanto, não poderia ficar à parte da pesquisa. Os afetos e impressões também são dados a serem refletidos, uma vez que a pesquisadora está imersa no cenário do estudo.

Por fim, reafirma sua responsabilidade ético-política com esta pesquisa, parafraseando Leslie Rebeca Bloom (2009, p. 253, apud DENZIN, 2018): “Cada um de nós tem a responsabilidade por conduzir pesquisas éticas que façam a diferença nas vidas daqueles cujas oportunidades de vida, saúde, segurança e bem-estar são reduzidas por condições de pobreza” (p.1).

4.4 METODOLOGIA E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, foi realizada transcrição das entrevistas e análise das mesmas com o método da análise de conteúdo, que é definido por BARDIN (2011) como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2011, p. 47).

Foram seguidas as três etapas descritas como pré-análise: descrição analítica e interpretação inferencial para o trabalho com os dados coletados em cada entrevista, a partir da caracterização dos grupos, sistematização dos dados por categorias e subcategorias de análise e entendimento dos relatos, segundo os significados identificados nas entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Ao todo, 14 participantes das Práticas Integrativas e Complementares da USF Caminho do Mar foram entrevistados. A amostra foi selecionada a partir de convites abertos nas sessões das práticas, observando-se os critérios de inclusão e de exclusão. O número da amostra pensado inicialmente era de 20. No entanto, ao se observar saturação dos dados, as entrevistas foram finalizadas. Dos 14 entrevistados, apenas um era do sexo masculino, e 13 do sexo feminino. Vale observar que a predominância do sexo feminino nas entrevistas reflete a já conhecida maior frequência de mulheres nas USFs.

Essa predominância do sexo feminino nos grupos de Lian Gong, foi constatada também em Belo Horizonte, município do ocidente que possui o maior número de praticantes. Na pesquisa realizada por RODRIGUES et al. (2015) sobre o perfil dos praticantes de Lian Gong no município de Belo Horizonte, a grande maioria dos praticantes (90,81%) foi do sexo feminino, sendo que 41,24% se identificavam como “Do lar” e a idade predominante de 60 a 79 anos representada por 52,35%.

Estudos têm mostrado, conforme consta na Política Nacional de Saúde do Homem (BRASIL, 2009), que os homens têm dificuldade em procurar assistência de saúde, o que se relaciona, entre outras coisas, a tabus e questões de gênero. Além disso, é frequente na comunidade, as mulheres, mais do que os homens, ficarem encarregadas dos trabalhos domésticos e dos cuidados das crianças, estando “mais disponíveis” no bairro nos horários de funcionamento da USF. Enquanto os homens e mulheres que trabalham em empregos formais, no horário administrativo, têm maior dificuldade de acesso à USF, cujo horário é de 7 às 16h, de segunda a sexta-feira. Vale observar também que a maioria dos entrevistados é de idosos, aposentados ou desempregados, o que se relaciona com a questão do horário de acesso à USF.

5.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

A partir das proposições iniciais da pesquisa e unidades significantes observadas na análise dos dados, foram definidas as seguintes categorias: Sentido e uso das Práticas Integrativas e Complementares; Promoção da saúde, Qualidade de Vida e redução da morbidade; Redução da necessidade de intervenções biomédicas

e aumento da Autonomia; Tecnologias leves no processo de cuidado; Valorização da Estratégia de Saúde da Família e do SUS.

Quadro 1 – Unidades Significantes, subcategorias e categorias de análise

Unidades Significantes	Subcategoria	Categoria
[US1]: Desconhecimento das PICS, medo do desconhecido	Imaginário sobre as PICS	Sentido e uso das Práticas Integrativas e Complementares
[US14]: Medo do desconhecido	Imaginário sobre recursos terapêuticos	
[US14]: Medo do desconhecido	Imaginário sobre práticas de atenção à saúde	
[US2]: Uso para Reabilitação	Melhora no processo de reabilitação	Promoção da saúde, qualidade de vida e redução da morbidade
[US3]: Melhora de dor osteomuscular	Melhora de quadro algico	
[US4]: Depressão, ansiedade, insônia, irritabilidade	Melhora de Sofrimento Mental	
[US6]: Bem-estar, autoestima	Melhora da qualidade de vida	
[US7]: Compensação de HAS/DM	Compensação do quadro de doenças crônicas	
[US10]: Melhora de outros sintomas: cefaleia, vertigem, etc.	Melhora do quadro clínico geral	
[US5]: Redução da necessidade de medicamentos	Redução da Polifarmácia	Redução da necessidade de intervenções biomédicas e aumento da Autonomia
[US8]: Redução da necessidade de procurar por atendimento	Redução de intervenções biomédicas	
[US12]: Melhora do autocuidado e reconhecimento do seu papel no processo saúde-doença	Corresponsabilização sobre processo saúde/doença/cuidado	
[US11]: Importância do vínculo e da afetividade na relação profissional de saúde/paciente;	Relação profissional de saúde/paciente;	Tecnologias leves no processo de cuidado

[US13] Valorização do estar em grupo, socializando, como um aspecto importante para sua saúde	Valorizar os sujeitos e oportunizar uma maior convivência	
[US9]: Valorização da Saúde da Família, dos profissionais da rede e do SUS	Valorização da prática profissional	Valorização da Estratégia de Saúde da Família e do SUS

5.2.1 CATEGORIA 1: SENTIDO E USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Os sujeitos entrevistados narraram elementos sobre o seu imaginário acerca das PICs, dos recursos terapêuticos e sobre práticas de atenção à saúde em geral. Muitos relataram medo, especialmente das agulhas da acupuntura:

“É porque doeu... O doutor colocou aqui e nos pés. Eu não sei se é porque eu também tava com medo, né? E aí a pessoa tem que estar relaxada também, né? Eu olhava e abria os olhos assim e via todo mundo cheio de agulha... (risos). Enquanto F. [outra paciente na acupuntura] de boa assim, na dela dormindo, cochilando... E aí eu só fiz uma vez só e não quis fazer mais não.” (11NAT)

“Em dúvida se continuo com a acupuntura, porque a acupuntura a gente não vê, o ozônio a gente vê as agulhas descartáveis, né?” (14VRS)

“Ela me falou que aqui no posto tava acontecendo o Lian Gong, a acupuntura com as agulhinhas... Eu tinha um pouquinho de medo! Mas isso é só mito, coisa que a gente põe na cabeça né?!” (1MRS)

Outros entrevistados demonstraram a necessidade de valorização das PICs, uma vez que, por desconhecimento, muitas pessoas tentam desqualificar esses recursos terapêuticos:

“Se todo mundo desse valor às coisas naturais... muita gente ia ficar curada de muitas doenças que tem aí viu? Mas tem pessoas que não conhecem e fala mal.” (1MRS)

Sampaio (2013), em sua pesquisa realizada com gestores, profissionais de saúde e usuários sobre o uso das PICs no Distrito Federal, observa que tais práticas apresentam fragilidades na inserção na rede de saúde e também nas discussões entre os profissionais, ocupando um lugar à margem do sistema. Ainda segundo Sampaio,

um fator fundamental para essa fragilidade é, principalmente, o desconhecimento dessas terapias alternativas, o que repercute tanto no preconceito no uso das PICS, quanto nas poucas ações da gestão que priorizem a ampliação das Práticas Integrativas na Atenção Básica.

A pesquisa realizada por Sampaio (2013) observou também que, na visão dos profissionais e usuários entrevistados, a condição de “ciência não hegemônica” das PICS faz com que a própria mídia “não informe nem divulgue tais práticas como uma opção segura e eficaz para a saúde, contribuindo para o desconhecimento e a insegurança da população quanto à sua eficácia”. (SAMPAIO, 2013: p. 60).

A Ozonioterapia, por exemplo, tem sido alvo de desconfiança e críticas pela mídia e, também, por entidades médicas, conforme abordado pela entrevistada abaixo:

“Tem muita matéria negativa sobre o ozônio né? Pra não usarem. Porque é uma coisa que tem o custo baixo, é muito poderoso e, assim, a indústria farmacêutica está perdendo dinheiro e nós estamos nos sentindo melhor.”
(4PJ)

Importante destacar que há um Projeto de Lei (Nº 9001/2017) tramitando no Congresso Nacional para regulamentar a prescrição da Ozonioterapia como tratamento médico de caráter complementar em todo o território nacional. Em 2017, o projeto foi aprovado por unanimidade no Senado Federal, na Comissão de Constituição e Justiça, e, atualmente, está em tramitação na Câmara dos Deputados.

Entretanto, entidades médicas brasileiras têm questionado a tentativa de regulamentação de certas práticas, como a Ozonioterapia, alegando que não há segurança e eficácia comprovada para seu uso. Em 2017, a Associação Brasileira de Ozonioterapia (ABOZ, 2017) emitiu uma Nota Pública de esclarecimento e de apelo para que a “interpretação sobre o procedimento não seja distorcida e obstruída por uma visão míope, preconceituosa e sem respaldo científico, para não falar sobre má vontade e conflitos de interesses.” (ABOZ, 2017).

Uma vez que a Ozonioterapia é um procedimento de baixo custo, eficaz e que vem sendo utilizado em diversos países, A ABOZ afirma que: “O objetivo das distorções repetidamente divulgadas pelos opositores da técnica é a manutenção do modelo desgastado da ‘Medicina focada na doença’, de forma antiética e irresponsável” (ABOZ, 2017: s/p.).

Em 2018, visando respaldar, regulamentar e ampliar o acesso às PICS, por meio da Portaria 702, o Ministério da Saúde incluiu outras 12 práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. A Ozonioterapia foi incluída por esta Portaria entre as 29 modalidades oferecidas pelo SUS. Conforme a Portaria, essa prática tem reconhecimento e segurança comprovada, sendo utilizada em vários países como Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba e China. (BRASIL, 2018)

Entretanto, ainda em 2018, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução nº 2.181/2018 que define a Ozonioterapia apenas como um procedimento de caráter experimental, ou seja, pode ser realizado apenas como parte de pesquisas, sob supervisão da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A Resolução enfatiza que o desrespeito à norma pode levar à abertura de sindicâncias e processos éticos-profissionais contra os médicos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

5.2.2 CATEGORIA 2: PROMOÇÃO DA SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REDUÇÃO DA MORBIDADE

Essa categoria foi bastante explorada nas entrevistas, uma vez que conhecer de que modo as práticas integrativas repercutiram na saúde dos participantes é questão central na pesquisa. A amplitude de possibilidade de usos e benefícios ressaltados pelos participantes das PICS entrevistados corrobora para a relação de tais práticas com a integralidade e com uma concepção ampliada de saúde.

Destacam-se aqui os principais usos e benefícios indicados pelos usuários entrevistados: melhorias referentes a processo de reabilitação; redução do sofrimento mental; qualidade de vida; compensação de doenças crônicas; melhoria do quadro álgico e clínico em geral.

A melhora do quadro clínico em geral e da mobilidade foram citadas por pacientes que vinham se recuperando de fraturas ou Acidente Vascular Cerebral. Vale ressaltar que esses pacientes não estavam no momento em acompanhamento de fisioterapia, fonoaudiologia ou qualquer outro tipo de tratamento, pela dificuldade de acesso à rede municipal.

“Há 1 ano, eu sofri um acidente e fracturei o pé e a bacia. Antes de começar esse tratamento, meu pé estava muito inchado por conta, eu andava de muleta, não tomava banho só, por causa da dor da bacia. Tinha medo de cair. Logo após começar o tratamento, já parei de usar as muletas e, agora, 6 meses depois, já ando e faço minhas coisas sozinha.” (1MRS)

“Tô me sentindo melhor. Eu sentia mais dificuldades no falar, no andar porque já tive AVC. Pra andar o que tá me ajudando é o Lian Gong. O caimento, que eu caía muito na rua eu não tô caindo mais, nem na rua, nem dentro de casa. Na fala é tudo, é estar sempre em contato, sempre conversando, mesmo com as colegas do Lian Gong. Tem sempre conversa depois com as colegas, com as médicas. As médicas perguntam, não forçam, não obriga a gente a fazer nada. Ela diz: ‘você faça no seu limite. Se aguenta abaixar, abaixa. Se não aguenta, não força. Suspenda o braço só até onde você guenta.’” (2MJC)

“Maravilhoso, né? Porque você trabalhar sentindo dor, sem conseguir mexer... Eu queria chorar... Porque tinha dia que eu queria pegar um garfo pra comer e eu não conseguia, não conseguia pegar um copo. Eu troquei tudo na minha casa, assim... Tem prato de vidro, tem xícara, tem tudo mas as minhas coisas eu comprei inquebrável, tudo plástico porque eu... Um copo pra mim pegar, eu tinha que pegar com as duas mãos no dia que eu estava bem, né? Porque no dia que eu não tava, eu não conseguia pegar um garfo, então eu tive que comprar tudo separado pra mim, na casa da minha irmã quando eu vou pra lá, já tem também os meus que ela comprou, meu copo, minha xícara... Tudo de plástico. Mas assim, pra cair como antes não cai mais.” (10ARS)

Uma pesquisa realizada no Distrito Federal, para avaliar o impacto do Lian Gong, com base no Questionário de Qualidade de Vida SF-36 observou que, após 6 meses de prática, o domínio Aspectos Físicos foi o que apresentou “melhora mais substancial, com aumento de quase 100% no escore e alcance do valor máximo em todos os pacientes que aderiram ao Lian Gong”. A respeito da Capacidade Funcional, um dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida SF-36, houve melhora no escore, com mudança da classificação para muito boa (ANDRADE et al, 2012).

Tais resultados dialogam com a proposta do Lian Gong, que significa: Lian “treinar, exercitar” e Gong “trabalho persistente”. O conceito de Lian Gong definido por LEE (2010, apud RODRIGUES, 2015) é: “o trabalho persistente e prolongado de treinar e exercitar o corpo físico com o objetivo de transformá-lo de fraco para forte e de doente para saudável” (p. 3).

A melhora da Capacidade Funcional também foi constatada nos relatos dos entrevistados da presente pesquisa:

“Eu sempre penteava pra cima e ficava embaraçando o tempo todo, tinha que pedir pra minha filha tá me ajudando e hoje em dia eu já consigo fazer sozinha, sem precisar de ajuda.... Pentear o cabelo pra mim era uma luta terrível, hoje em dia já penteio com mais facilidade... Lavar uma roupa dentro de casa, antes era muito horrível porque antes eu não conseguia nem terminar e agora eu termino e lavo tudo tranquilamente bem, sem as dores serem mais fortes... Acontece às vezes de ter, mas não com frequência como antes.” (13RAM)

Alguns entrevistados relataram satisfação em não precisar mais usar órteses (muletas), após alguns meses de acompanhamento com Acupuntura e Ozonioterapia:

“E me dei muito bem, graças a Deus! Eu andava de muleta (...) Quem me deu tristeza foi aquela muleta, é aquela muleta. Eu não me sinto bem com ela. Até hoje eu uso, mas não me sinto bem com ela, não sei por quê. Eu não me sinto bem de jeito nenhum com ela. E eu caí com ela, porque não é pra mim usar essa muleta, eu tenho um negócio assim comigo (...) Eu andava de muleta pra tudo quando é lugar, aqui dentro mesmo eu não uso mais muleta, só uso quando vou pra Camaçari porque em Camaçari é muito difícil pra gente andar sem muleta, mas eu me dei muito bem com o tratamento. Queria repetir novamente!” (12MFOA)

“Olha, eu sentia muita dor na coluna [e tem prótese nos dois joelhos], eu fiquei 8 meses sem fazer nada dentro de minha casa, hoje eu já varro uma casa – mesmo por cima, mas eu já varro, porque eu não varria uma casa, não limpava uma casa... Eu fazia uma comida, toda hora parava, sentava... E hoje eu já faço meu almoço, já limpo uma casa pelo meio, já fico mais tempo na pia que não ficava e não lavava um prato porque não aguentava ficar em pé e hoje graças a Deus, depois dos tratamentos, eu melhorei muito!” (12MFOA)

Em revisão sistemática realizada por COSTA et al. (2018), concluiu-se que ainda há pouca evidência disponível sobre o efeito da Ozonioterapia em pacientes com lombalgia por hérnia de disco. Embora escassos, os estudos reunidos relataram uma melhora na dor e em escores funcionais. Além disso, a Ozonioterapia se mostrou segura, uma vez que os estudos referem apenas pequenos efeitos colaterais ou, ainda, nenhum efeito colateral. COSTA et al. (2018) afirma que, ainda assim, há necessidade de investimentos em estudos adicionais com metodologias consistentes.

Os resultados da revisão sistemática realizada por Costa e colaboradores corroboram com o presente estudo, na medida em que foi observado melhora do quadro algico como uma das mudanças mais destacadas e como maior motivo de procura pelas PICS entre os entrevistados na USF Caminho do Mar.

Na pesquisa realizada por RODRIGUES et al. (2015) sobre o perfil dos praticantes de Lian Gong no município de Belo Horizonte, 35,04% dos entrevistados relataram ter alguma queixa ou patologia, sendo que as queixas osteomusculares foram as mais prevalentes (19,02%), seguidas pela Hipertensão Arterial 13,89% e o Diabetes 4,27%. Nessa mesma pesquisa, 79,27% dos entrevistados afirmaram ter alguma queixa de dor anterior à prática de Lian Gong, sendo que, em 63,68%, a dor não se manteve ao longo da prática. O nível de dor relatada também diminuiu: 45,09% demonstraram que a intensidade da dor chegou a ser nula.

Na pesquisa de ANDRADE et al (2012) sobre a eficácia do Lian Gong nos quadros algicos, também houve melhora no escore e mudança do nível de classificação.

Na presente pesquisa, no que concerne à melhoria do quadro algico, apenas uma das entrevistadas não relatou melhora de dor osteomuscular, o que pode ser atribuído ao fato de estar há menos de dois meses no grupo das PICS. A maioria dos entrevistados apontou melhora de dor osteomuscular como uma das mudanças mais significativas observadas:

“Faz tempo que eu não sei o que é dor de coluna, não sei o que é dor no pescoço, não sei o que é dor...antigamente eu sentia. Aí fui fazendo ozônio, a ginástica [Lian Gong] e acupuntura... Agora já consigo até capinar a horta, é... Ah, a minha casa ne? Não conseguia fazer limpeza na minha casa que a coluna não deixava e agora consigo. (...) Minha comida, eu faço limpeza, limpo... Eu escolho um dia da semana e faço tudo isso aí. E subo a estante e vou e tomo meu banho, não sinto mais aquelas dores, aquelas... É bom demais. Até parece que tirou 15 anos! (8ENJ)

“Das costas e dos ombros, graças a Deus que eu não tô sentindo mais nada, agora só o joelho porque ando subindo escada... eu moro em cima ne? (...)Através do Lian Gong, as dores do ombro, dos braços graças a Deus já melhorei bastante, não estou sentindo mais. (...) acredito que foi o exercício do Lian Gong que melhorou 1000%, nem falo 100%, 1000% as dores da coluna e do ombro.” (9ARSC)

O ortopedista chinês Dr. Zhuang Yuan Ming criou o Lian Gong 18 Terapias com objetivo de prevenir e tratar dores no corpo. Ele comprovou sua eficácia em uma pesquisa com 1.361 pessoas com dores, tratadas apenas com o Lian Gong duas vezes ao dia, durante 30 minutos por cerca de dois a quatro meses. Como resultado, 98,2% dos praticantes referiram alguma melhora, sendo que destes, 38,4%, referiram melhora expressiva. (LIVRAMENTO et al., 2010).

Em outra revisão de literatura sobre a eficácia da Ozonioterapia, concluiu-se que este método é eficaz no tratamento da lombalgia com ou sem ciatalgia, sendo associada a poucos eventos adversos. Ressaltam que o grau de evidência para alicerçar uma recomendação mais vigorosa ainda é considerado baixo (II-3 para a administração intradiscal e II-1 para intramuscular paravertebral ou intraforaminal), porém, segundo os autores, este panorama é dinâmico e favorável à indicação da indicação da ozonioterapia no tratamento da lombociatalgia (OLIVEIRA JUNIOR et al., 2012).

A acupuntura, por sua vez, vem sendo legitimada no Brasil por meio de evidências científicas e, também, por ter se tornado especialização médica no país. Encontram-se diversas revisões sistemáticas e estudos experimentais para os mais diversos usos dessa prática. Estudos em periódicos de renome como **Nature** relatam alterações positivas da acupuntura em marcadores biológicos de dor, o que reforça a

aceitação dessa abordagem em pacientes com dores físicas independentemente de sua proveniência (NUNES et al., 2016).

Em 2007, uma revisão sistemática já evidenciava o respaldo científico para a Acupuntura em relação à dor de joelhos; a Acupuntura que satisfaz os critérios para o tratamento adequado é significativamente superior em relação à Acupuntura simulada e em relação a terapêutica convencional isolada (WHITE, 2007).

Ainda sobre a melhora de dor osteomuscular, outro entrevistado relata que:

“Às vezes de manhã eu levantava pra tomar café ou almoçar e não conseguia nem pegar um garfo pra almoçar, porque a dor era demais... E com a dor vinha a dormência, então não tinha firmeza. Aí eu fiz todos os exames, ele me afastou, mas eu não tenho como me afastar... Eu não tenho carteira assinada e aí tem um tempo que eu parei de pagar. Como sou só eu e meu filho, meu filho não tem idade ainda pra trabalhar... Então, eu não tenho como parar porque eu não tenho quem pague as contas, então eu só diminuí... Foi aí que eu diminuí, aí fiquei só com os três dias. Aí ele me encaminhou pra um cirurgião que era pra mim fazer, mas aí eu fiquei com medo e não fui. Aí quando eu, aí eu falei ‘eu vou conseguir fazer’ [a acupuntura], aí eu fiquei, persisti, vinha toda semana, toda semana, foi quando eu consegui marcar, dois meses depois eu comecei a fazer. Agora graças a Deus eu durmo melhor, que eu não dormia... Quatro anos praticamente, eu perdi um filho... Vai fazer quatro anos agora, então mudou tudo. Aí as dores eram mais forte, eu não tinha sono, vinha a insônia, virava a noite, virava o dia sem conseguir dormir e aí so piorou a situação. E aí depois da acupuntura, da aurículo, durmo melhor... Melhorei assim, 100% mesmo.” (10ARS)

Importante destacar o relato de uma das entrevistadas apresentava uma doença reumatológica que acarreta dor e artrite importante. A usuária há algum tempo não fazia uso de medicamentos, apesar da prescrição médica. No entanto, começou a fazer uso de todas as PICS ofertadas na USF e referiu melhora importante:

“Quando eu cheguei aqui, meu joelho estava inflamado. De tempos em tempos ele inflam. (...) Ainda doe as vezes, inflama, incha, mas eu já consigo fazer muito mais. O braço também. Antes das práticas não tava conseguindo levantar o braço e agora tô conseguindo levantar um pouco mais.” (4PJ)

Chamou atenção, entretanto, a retomada da sintomatologia quando a usuária não realizava as PICS, especialmente a Ozonioterapia. Relatou que o mesmo ocorria quando, em outra época, vinha em uso contínuo dos medicamentos prescritos e interrompia o uso abruptamente. Entretanto, relata que, com as medicações o resultado era mais limitado e os efeitos colaterais, maiores.

Outra entrevistada também referiu essa “dependência” do tratamento com a Ozonioterapia:

“Mas se eu passar uma semana sem fazer sessão de Ozônio, seu sinto dificuldade, dói.” (1MRS)

Ainda para estes pacientes que não conseguem ter alta por problemas severos e crônicos, o benefício de melhora da sintomatologia enquanto mantêm o tratamento, é vantajoso o suficiente para que mantenham a adesão. Sobre tais situações de tratamento contínuo com PICS, MONTEIRO advoga que, antes pessoas voltadas para a homeopatia ou para a acupuntura (“homeopatizadas”, “acupunturadas”), que uma população continental medicalizada do ponto de vista biomédico, “a exigir do SUS intervenções químico-cirúrgicas para qualquer incômodo”. Desse modo, o potencial desmedicalizante das MAC é reforçado através da analogia com a política de redução de danos. (MONTEIRO apud TESSER, 2008 b).

Acerca dos pacientes que apresentavam dor crônica, a maior parte realizava pelo menos duas práticas. Chamou a atenção o depoimento da entrevistada abaixo, que realizava apenas auriculoterapia e obteve o resultado desejado. Além disso, ela relata que deixou de comparecer às sessões porque as dores não retornaram:

“Da agulha sim, fiz mas desisti, e fiquei com esse tratamento [auriculoterapia], que melhorou bastante. As dores passam realmente, né? E eu fico mais também assim... Mais tranquila, mais... Assim, relaxada... Mais natural né, esse tratamento? E eu gosto por isso. (...) As dores no corpo, né? E eu tenho problema assim...meu corpo dói muito devido ao movimento repetitivo, né? Que eu tenho uma mãe cadeirante aí eu tenho que ficar lidando com ela todos os dias. É levar cadeira de roda, é levantar, é botar ela pra deitar, levantar... E eu passei uma época, há cinco anos atrás... Já fiz otorrino, já fiz luzes vermelhas pras dores no braço... Eu esqueci o nome... fisioterapia. Então, eu já fiz umas duas vezes esse tratamento, aí deu um tempo, a dor voltou de novo e já conheci aqui agora esse tratamento que eu tô fazendo, melhorou bastante e continuo fazendo trabalho e as dores passou realmente. Eram na lombar, nas costas, né? No braço e na perna. É o peso mesmo... E aí aliviou mais, tanto que eu fiquei mais ou menos 1 mês, né? Ou 2 sem vir, mais ou menos... Esse final de ano. E as dores passou, né? Fiquei bem...” (11NAT)

As PICS, pelo seu caráter holístico, individualizador, empoderador e de natureza educacional pode ser um importante instrumento na melhora do quadro algico e clínico geral do paciente. Diversas práticas não convencionais têm sido buscadas e estudadas para dor crônica, em especial a Acupuntura. Berman et al. (apud FLEMING, 2007), por exemplo, conduziram um estudo com acupuntura para osteoartrite em joelhos, evidenciando melhora da funcionalidade e da dor em comparação com o grupo controle, que recebia uma simulação de acupuntura. Na Medicina Tradicional Chinesa, a dor não é entendida como uma entidade a ser

combatida, mas como um professor, um guia sobre possíveis desequilíbrios da energia vital.

Alguns estudos para avaliar a eficácia da auriculoterapia têm sido realizados. Em Cuba, foi realizado por ABLEAR DE LA TORRE e colaboradores (2016) um *follow up* do tipo caso controle de 2015 a 2016, com 100 pacientes com sacrolombalgia. Um grupo recebeu apenas tratamento farmacológico e ou outro grupo recebeu apenas auriculoterapia. O resultado foi que o grupo tratado com auriculoterapia, em sua maioria, apresentou melhora mais rápida e com menos reações adversas (ABLEAR DE LA TORRE et al., 2016).

Outro estudo cubano prospectivo, realizado por LLANES TORRES (2016), com pacientes com síndrome lombar comparou: pacientes em tratamento com fisioterapia convencional e medicação *versus* pacientes que, além desse tratamento convencional, recebiam auriculoterapia. Concluíram que ambos os grupos evoluíram satisfatoriamente, entretanto, foi mais efetivo o tratamento que incluiu a auriculoterapia (LLANES TORRES, 2016).

Dentre os motivos da grande procura por esses recursos terapêuticos em relação aos quais os entrevistados referiram melhora no quadro clínico, estão os sintomas de sofrimento mental: ansiedade; tristeza; psicossomatização; insônia, entre outros sintomas. Alguns entrevistados apresentavam diagnóstico de depressão; outros, apresentavam sintomas diversos de sofrimento mental, muitas vezes relacionados às condições de vida, como violência no bairro e doméstica; situação de pobreza; isolamento social, além da ausência de uma rede de apoio familiar.

“Hoje eu estou bem melhor eu antes em relação à depressão. Não tenho nem palavras (risos). Não tenho nem palavras pra explicar direito o que eu sinto hoje e o que eu sentia antes. Antes do tratamento, tinha dias em que eu acordava sem vontade nem de sair da cama nem do quarto, com uma tristeza, um coisa ruim, pressão, abafamento, uma dor o coração. Mas hoje não. Já levanto com energia, já saio, já faço tudo que tenho que fazer, correria o dia todo. Chego em casa já bem, já durmo de novo e todo dia é assim. Eu notei que eu tô dormindo melhor. Se eu pudesse, se eu tivesse tempo eu dormiria até 9h.” (6AJA)

“Melhorei bastante da ansiedade. (...) A minha ansiedade é mais porque eu tenho muito problema com meu marido porque ele bebe muito, quando chega do trabalho já chega bebendo, aí quando ele chega tem aquele tumulto (...) ele tem aquela coisa assim de ficar me xingando, aqueles nomes horrorosos e tudo, aí me xinga de tudo que é nome e eu fico naquela ansiedade e da vontade de voar em cima dele e tudo, mas agora eu parei mais... Aí eu deixo. Ontem mesmo foi um dia desses, então vem aquela ansiedade, aquela coisa assim... Eu já dei vontade de fazer besteira, às vezes eu choro... Tudo isso. Aí eu já tive depressão, tive o começo da depressão, fiz tratamento e fiquei

boa, mas tem hora assim que eu penso que vai voltar tudo...Depois do falecimento do meu filho, eu vinha e chegava aqui muito ansiosa, muita ansiedade, aí depois fazendo os exercícios eu já melhorei bastante, eu já melhorei bastante e então eu tô me sentindo bem. Meu único problema só é à noite por causa do meu marido. (7JJA)

“Quando eu cheguei aqui ei tava mal... Bebia...E eu procuro dormir rápido, porque se eu tô parado lembro dessas coisas do passado...É por isso que eu leio muito também, quando cê ver eu tô lendo pra desviar dos pensamentos...Principalmente no Lian Gong, elimino totalmente esses pensamentos.” (8ENJ)

“Pra mim mudou muito, mesmo que existam algumas mudanças que eu não encontre as palavras pra dizer, mas mudou pra melhor. No meu ser, no meu estar, na minha postura... Postura corporal, ne? De dor, de agonia, de nervoso... Às vezes quebrava as coisas dentro de casa, agora não tô mais...Nunca mais eu quebrei nada, então por falar nisso... Nunca mais eu quebrei nada. Que eu tava assim quieta e, do nada, vinha aquele negócio na cabeça...” (2MJC)

Conforme NUNES et al. (2016), sobreviventes de trauma e violência apresentam sintomas emocionais e fisiológicos que impactam na saúde e qualidade de vida. Muitas vezes a dor física, inclusive, é resultado de estresse emocional advindo das situações de violência. A complexidade dessa situação demanda do profissional da saúde uma abordagem integral ao paciente, holística, que pode ser encontrada nas PICS. A OMS, inclusive, lista ansiedade e depressão entre as condições tratadas com sucesso pela acupuntura.

NUNES et al. (2016) realizaram uma revisão sistemática da literatura médica científica relacionada à eficácia e viabilidade de algumas modalidades de PICS aplicadas a mulheres vítimas de violência. Observou que, apesar das controvérsias a respeito da eficácia das PICS, muitas vezes questionadas pela falta de metodologia satisfatória, os estudos que atendem ao princípio da individualização do tratamento apresentam evidências com efeitos positivos das PICS em vítimas de situações de trauma ou violência. Os resultados qualitativos incluíram efeitos psicoterapêuticos positivos das PICS nos relatos clínicos de saúde mental. Concluiu que a integração de PICS à assistência às mulheres em situações de violência “pode melhorar qualidade de vida e melhorar os desafios de satisfação dos usuários do sistema de saúde atual que se apresenta como segmentado” (p. 271).

Essa mesma revisão apontou que, para sobreviventes de traumas e sua complexidade sintomática, a acupuntura tem se revelado opção de tratamento promissor para a ansiedade, distúrbios do sono, depressão e dores crônicas. Conclui que: “Estudos utilizando acupuntura em sobreviventes de trauma apresentaram

redução de todos os sintomas e disfunções da síndrome pós-traumática, incluindo a redução na necessidade de medicamentos”, mesmo após o término das intervenções (NUNES et al., 2016: p. 275).

A revisão realizada por NUNES et al. (2016) encontrou vários artigos publicados no Brasil que demonstram a contribuição do Lian Gong na saúde integrada da mulher em situações de violência. Assim como nesta pesquisa, a revisão demonstrou que Grupos de Lian Gong têm contribuído na:

“interrupção do isolamento e fortalecimento de vínculos; na redução no uso de medicação e melhora do humor; na melhoria da qualidade de sono e do tônus muscular, diminuição de dores musculares e aumento da flexibilidade; na sensação de bem-estar físico, mental e emocional, como também no aumento da motivação e disposição para as atividades acadêmicas, controle do estresse e melhoria da autoestima” (NUNES et al., 2016: p. 276).

Uma revisão sistemática realizada por SMITH et al. (2018), publicada na **Cochrane Database of Systematic Reviews** e depositada na *Cochrane Library*, observou, entretanto, que ainda há escassez de estudos com metodologia adequada para que se possa avaliar a eficácia da acupuntura para depressão. O estudo indica a necessidade de pesquisas de alta qualidade, randomizadas e controladas, para testar a eficácia clínica da acupuntura para tal problema.

No tocante a insônia, HAYHOE (2016) pondera que, apesar das evidências para uso da acupuntura como tratamento de insônia ainda não serem suficientes, por falta de estudos metodologicamente adequados, os resultados têm sugerido efeito positivo. Uma vez que este método já está bem respaldado no que se refere a tratamento de dor, e a dor pode ser causa de insônia e vice-versa (a falta de sono pode exacerbar a dor por meio do aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias), Hayhoe argumenta que: considerando o perfil de segurança da acupuntura, que para ele é excelente, parece razoável utilizar a acupuntura em uma abordagem não farmacológica para combater a insônia, apesar da falta de evidências formais no presente momento.

Quanto a sofrimento mental, a pesquisa de ANDRADE et al. (2012) encontrou uma melhora da classificação da Saúde Mental, que passou de boa para muito boa,

após 6 meses de prática de Lian Gong. Além disso, houve um incremento de mais de vinte pontos no escore do domínio aspectos emocionais. (ANDRADE et al, 2012).

No estudo do Projeto DANT (2006), que avaliou a eficácia do Lian Gong para promoção de saúde em São Paulo, foram observados: diminuição de ansiedade, agressividade e depressão relacionado ao estímulo para o convívio social. (YAMAKAWA et al, 2006). Segundo Yamakawa et al, (2006), a prática do Lian Gong promove, “na esfera individual o desenvolvimento de habilidades pessoais e sua utilização reverte em melhoria da qualidade de vida e saúde” (p. 8).

A auriculoterapia e o Lian Gong foram muito usadas pelos pacientes da USF Caminho do Mar com objetivo de relaxamento e melhora de insônia.

“A sementinha da orelha [Auriculoterapia] eu faço porque, antes, eu tomava remédio pra dormir, amitriptilina. Ele era meu amigo né?! Só que agora ele não é mais porque com a sementinha eu tô morrendo de sono, ela me faz dormir, eu não tenho mais depressão.” (1MRS)

“Um pouco né? Sou um pouco ansiosa. Eu relaxei mais também, até pra falar eu disparava assim e agora melhorou mais. Quando faço [a auriculoterapia], eu me acho mais tranquila, eu fico mais calminha assim, mais... Descanso mais assim, eu acho assim que eu fico mais relaxada mesmo, fico mais calma.” (11NAT)

“Sou mais ansiosa. Eu tenho um neto que ele tá com 20 anos e ele me dá muita preocupação, porque sabe... Já sabe os jovens de hoje como é, né? Rueiro, fumava maconha e tudo isso eu ficava preocupada, né? Ficava não, ainda fico até hoje, ainda fico até hoje. Ele tá até aí passando uns dias comigo...E esse me deu assim uma dor de cabeça, eu pensava muito nele e aí tinha dia que eu ficava assim, é... Ansiosa, né? Quando faço a ginástica, eu fico mais tranquila, a ansiedade diminui, entendeu? E eu tô gostando muito! To me sentindo bem melhor, bem melhor...” (14VRS)

“É como se fosse ontem que perdi meu filho (...) sinto saudade, sinto muita saudade... Falta, né?... De ver, de abraçar, de falar, de conversar... Mas angustia não sinto mais. Tristeza, as vezes, né? Porque todo mundo tem aquele dia de ficar, né? Mas é mais saudade. (...) às vezes quando eu saio daqui, chego em casa, tomo um banho, deito... Às vezes até adormeço, durmo assim... 2-3h, porque tanto me acalma, como alivia a tensão. Principalmente as sementinhas, eu melhorei muito, muito, muito mesmo. Aí, passo a semana tranquila.” (10ARS)

“Sentia bastante tristeza. Eu me emociono só de falar, lembrar, mas... Esse choro de hoje não é assim, de tristeza porque eu realmente vi que me ajudou a me libertar, graças a Deus tô evoluindo bastante por que eu já fiz punção e tudo... Eu vou sozinha pro médico, faço tudinho sozinha e Deus e isso tudo me deu força. (...)Se não tivesse me indicado [o Lian Gong], talvez eu tivesse até entrado em depressão, porque eu não queria tá saindo mais de casa, só saía mesmo pra ir pra médico quando era necessário, mas eu não queria. Até os meninos também tavam sofrendo com isso porque eu ficava só trancada dentro de casa com eles, só saía pra ir pra escola, aí levava eles pra escola e ficava sentada no posto o resto da tarde, ou na praça e sem conversar com ninguém. E às vezes até pra sair pra levar eles na escola era difícil, na hora de me arrumar e tudo, eu não tinha vontade nem de me arrumar nem pra sair

pra levar eles, aí chegou um momento que... Depois disso [do Lian Gong] eu comecei a ter mais vontade de realmente, de mudar tudo isso então isso me ajudou bastante. Então realmente, foi muito bom! Está sendo muito bom, né? (13RAM)

O potencial das PICS em se configurar como recurso de promoção foi reportado na literatura revisada, conforme TESSER (2009). Esse benefício das práticas esteve presente no discurso dos entrevistados da USF Caminho do Mar, que relataram melhora da qualidade de vida em geral e promoção de saúde, descritos como melhoria do bem-estar ou melhora da autoestima.

“Estou gostando bastante [do Lian Gong]. Tive uma evolução significativa na minha vida tanto no sentido emocional, afetivo, como físico e mental. Ultimamente, graças a Deus, devido a essa prática do Lian Gong eu melhorei bastante a minha auto-estima. (...) eu estava me largando demais e, com isso [o Lian Gong], eu comecei a perceber que realmente começou a melhorar minha autoestima e graças a Deus eu estou levando em frente, estou conseguindo me achar melhor... Já comecei a fazer caminhada também, auxiliando juntamente com o Lian Gong e faço as duas práticas ao mesmo tempo e estou me sentindo ótima! E isso me fez despertar mais pra vida, me dá uma vontade de viver e lutar”. (13RAM)

LIMA et al (2014) afirmam que essa relação das PICS com a promoção de saúde se dá sobretudo, porque tais práticas “estabelecem uma nova compreensão do processo saúde-doença, em que se destaca a perspectiva holística e o empoderamento individual” (p. 982).

No estudo de ANDRADE et al. (2012), a classificação geral da saúde dos entrevistados, após 6 meses de Lian Gong, aumentou cerca de trinta pontos no escore SF-36, mostrando que a autodefinição de saúde por parte dos entrevistados melhorou de forma substancial.

Quanto à compensação de doenças crônicas, especialmente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), os entrevistados não trouxeram informações espontaneamente, mas quando questionados, referiram que têm observado maior compensação:

“Tô usando os mesmos remédios de antes pra pressão, mas agora nunca mais a pressão foi pra 17. Ela anda estacionada em 12...13...” (2MJC)

Na literatura, foi encontrado um estudo do tipo *follow up*, realizado por PINO GARCIA e colaboradores (2017), que acompanhou um grupo de 84 pacientes que foi tratado com medicamentos e auriculoterapia, e o outro, também de 84 pacientes, que

foi tratado apenas com medicamentos, por um ano, em Cuba. A pesquisa evidenciou diferenças significativas no controle da pressão arterial entre os dois tratamentos: a combinação de terapia auricular e medicamentos foi mais eficaz que o tratamento convencional (PINO GARCIA, et al., 2017).

Diversas foram as indicações e os sintomas que levaram os pacientes às práticas. A acupuntura, por exemplo, é um procedimento médico com uma ampla gama de indicações de acordo com a OMS. Para avaliar a solidez das evidências científicas que respaldam a legitimam a acupuntura, foi realizada uma revisão sistemática sobre a eficácia da acupuntura para seus mais diversos usos. Concluiu que já existem evidências científicas que apoiam sua indicação no tratamento de dores de cabeça, enxaquecas, lombalgias, cervicalgias e osteoartrite. Para outras patologias, ainda há necessidade de mais estudos. (Muñoz-Ortego et al., 2016)

Outros sintomas relatados pelos pacientes foram cefaleia e vertigem:

“Faço as práticas por conta do AVC. Me ajudou muito, muito...Às vezes eu tinha tremor no corpo e não tô sentindo mais; a dor que me atacava na cabeça não tenho sentido mais...O médico disse, o primeiro neurologista que passei, disse que eu ia ter que me acostumar a conviver com essa dor de cabeça. (...)E tinha vez que era forte mesmo, chegava lacrimejar os olhos. Era forte, era forte.. Depois de uns meses aqui nas práticas, ela diminuiu. Quando ela ataca, não ataca tão forte como antes. A dor daqui da frente, que era como um puxão, não tô sentindo mais. Nada assim, as dores de cabeça melhoraram muito mesmo.” (2MJC)

“Tive o problema da tontura... depois daquele problema da tontura que eu me queixei com a senhora, aí a senhora mandou eu fazer aqueles exercícios de virar a cabeça pro lado e pro outro [do Lian Gong], e aí eu comecei a fazer em casa e aí eu melhorei, não tô sentindo mais.” (7JJA)

5.2.3 CATEGORIA 3: REDUÇÃO DA NECESSIDADE DE INTERVENÇÕES BIOMÉDICAS E AUMENTO DA AUTONOMIA

Uma das hipóteses prévias dessa pesquisa foi afirmar que as práticas integrativas realizadas na USF têm reduzido a necessidade de intervenções biomédicas, aumentando o autocuidado e autonomia nos usuários? Em relação a essa hipótese de trabalho, os participantes fizeram afirmações positivas. Por exemplo, houve redução da necessidade do uso de medicações para dor, medicações para dormir e medicações para as doenças crônicas:

“Já tem uns 6 meses já...Desde que iniciei esse tratamento, parei o remédio pra dormir [amitriptilina]. (...) Eu tomava dipirona pra a dor no tornozelo e na bacia, mas também nunca mais precisei tomar não, desde que eu tô fazendo o tratamento.” (1MRS)

“Nossa eu usava um monte de coisa, remédio para passar a dor e hoje eu não preciso mais. Usava analgésico, usava aquele anti-inflamatório, tudo que você pensava eu usava...Usava chá, tudo que você imaginar.(...) Antes, a minha caixinha era cheia de remédio, eu pedia, dava... Os vizinhos já sabiam que lá em casa tinha (risos). Hoje eu já não tenho mais. Às vezes, até quando alguém pede, eu não tenho, mando pro médico. Falo ‘Vai no postinho. Passa lá na consulta e pede lá, porque eu não tenho mais não’. (...) Sobre a insônia, eu ainda tenho que tomar aquele remedinho, Amitriptilina, mas o tarja preta não preciso mais.” (6AJA)

“Eu não uso mais o rivotril nem o amarelinho [Amitriptilina] faz um ano, desde que comecei a me consultar aqui. (...) porque eu era dependente de muitos remédios, principalmente os depressivos e depois do Lian Gong e desses exercícios aí eu melhorei bastante sem precisar estar tomando remédio controlado. (...) eu tomava até omeprazol, devido à quantidade de remédio que eu tomava. Saiu a amitriptilina, saiu o rivotril, saiu ASS e o omeprazol...” (7JJA)

“Tinha dor em tudo, cabeça, tronco e membros...E...chegando aqui eu fui oferecido os tratamentos. E antigamente eu ficava...eu andava com o bolso cheio de comprimido pra dor, e hoje somente pra colesterol, o AAS e o de pressão. Só esses três comprimidos que eu uso. Antigamente eu usava e o bolso não cabiam mais de tanto remédio pra dor e hoje, graças a Deus, eu não sinto nada.” (8ENJ)

Aquelas pessoas que não referiram mudanças no padrão de uso de medicações, foram as que afirmaram não ter o hábito ou necessidade de fazer uso de medicações mesmo antes do tratamento com as PICS.

Além das medicações, os pacientes foram questionados sobre necessidade de procurar por serviços ambulatoriais ou de emergência para consultas. Aqueles que costumavam procurar a emergência por crises de dor ou pico hipertensivo, relataram que, desde que começara a ser acompanhados com as PICS, reduziram drasticamente a necessidade de procurar a emergência.

“A dor de coluna fazia eu ir muito na UPA. Mas depois que comecei o tratamento aqui, tem um bom tempo que não vou. E também eu tinha tratamento no CAPS, da depressão, de 3 em 3 meses, agora só faço o acompanhamento aqui.” (6AJA)

“Antes eu parava muito na emergência, ela [a pressão] ficava alta demais, eu começava a me sentir aquela agonia, aquela dor na nuca, aquela coisa assim, aí eu ia pra tirar a pressão, ou ia pra Arembepe, quando não tinha o posto aqui eu ia pra Arembepe medir a pressão, quando chegava lá e ficava internada. E agora depois disso tudo aí eu não tô indo mais. Os remédios continuam os mesmos. Eu tomo losartana, o atenolol e hidroclorotiazida.” (7JJA)

“Porque a dor é insuportável então eu tinha mesmo que ir pra emergência. Tinha que ir pra emergência, toda a semana, toda a semana. Não tinha uma

semana que eu não tinha que ir. Diminuiu bastante, fui diminuindo, ne? Antes de começar o tratamento da acupuntura eu ia toda semana...Agora, depois...Não fui mais.” (10ARS)

“Depois que eu fiz o tratamento daqui eu melhorei mais, eu não fui mais em emergência...Eu ia na emergência quando eu ficava com falta de ar, mas nunca mais eu cansei. Ou ia também pela pressão. E aí é que tem, minha pressão ficou boa, melhorou... Melhorou minha pressão, diabetes também, eu fazia exame 2x no ano e agora eu só faço 1x no ano, vou fazer agora...” (12MFOA)

RODRIGUES et al. (2015), na pesquisa sobre os benefícios do Lian Gong em Belo Horizonte, observou que 78,21% dos praticantes afirmaram ter reduzido a procura por acolhimento nos centros de saúde. Conforme sua pesquisa, “alguns usuários buscam a unidade como alternativa para se queixarem dos problemas e dificuldades que vivem em casa, com a inclusão de programas de atividades físicas os usuários se sentem inseridos socialmente” (GIRALDO et al., 2013 apud RODRIGUES et al., 2015: p. 11). Além disso, Rodrigues (2015) afirma que os usuários podem passar a procurar menos os Centros de Saúde porque a prática corporal “proporciona uma maior percepção corporal e, conseqüentemente, uma melhor relação de autocuidado, responsabilização, bem-estar e melhoria da sua qualidade de vida”.

Tais mudanças citadas por Rodrigues (2015) corroboram os relatos dos entrevistados da USF Caminho do Mar, quando, de forma espontânea, relataram a importância da corresponsabilização sobre seu processo saúde/doença/cuidado:

“Acho que as pessoas precisam acreditar e precisam fazer. Quando comecei a acupuntura a sala estava cheia e, ao fim de algumas sessões, a sala estava vazia. As pessoas precisam acreditar e precisam persistir. Eu não posso te ajudar se você não quer ser ajudada.” (4PJ)

“Se alguém tá levando aqui só na esportiva, vindo quando quer ou quando pode, não sabe o que está perdendo, porque nós temos que levar mesmo a sério tanto o Auriculo, como o Lian Gong ou até mesmo a horta. Nós temos que levar a sério, porque tudo na vida pra gente ter um bom resultado, temos que levar a sério...” (2MJC)

“É, eu acho que eu tô bem (risos). Acho não, ne? Eu tô. Agora eu preciso caminhar, continuar viva, continuar andando, continuar a luta, manter o foco e não desanimar. Que é aí que a gente consegue tudo.” (6AJA)

Embora o presente estudo tenha buscado entender a percepção dos usuários sob sua experiência com as PICS, alguns entrevistados abordaram espontaneamente as insatisfações com dificuldades em acessar exames e especialidades. Apesar da importância destes outros serviços e procedimentos, a garantia destes extrapola a

governabilidade da Atenção Básica. Esse entendimento do papel da Atenção Básica por parte dos usuários requer tempo hábil e continuidade de um trabalho que reforce o cuidado e a assistência de qualidade ofertados pela equipe de Saúde da Família.

Em geral, os resultados dessa pesquisa estão em consonância com os achados da literatura sobre a eficácia das PICS. Rodrigues (2015) afirma que a prática corporal do Lian Gong “é capaz de promover, aos praticantes, a diminuição da dor, a diminuição no uso de medicamento e a diminuição na procura pelos Centros de Saúde” (p. 11).

Na presente pesquisa, resultados semelhantes foram observados:

“A dor, é... Que inchava, ficava uma laranja assim no pescoço e eu não conseguia me mover e eu ficava com medo, né? De ficar assim pra sempre, de não pode mexer e dar um nó no pescoço. (...) Eu deixava ele sobreaviso, porque qualquer coisa eu ligava pra ele, ele vinha, me levava, ficava lá me esperando e me trazia de volta. Hoje não, hoje eu deito tranquila, não sinto dor... Parei e suspendi todos os remédios. Eu tomava Beta 30 uma vez no mês e Alginac, né? Tomava ele e acabou com meu estômago. Tomava todos os dias... As dores eram muito fortes então eu tinha que tomar dois por dia. Um pela manhã e um pela noite, então não tomo mais. E com tudo isso, mesmo tomando o comprimido e a injeção eu ainda tinha que ir pra emergência. Aí eu tomava Profenid e Dipirona. E hoje eu não tomo nada. Mal assim, às vezes, uma vez ou outra aquela dor de cabeça, eu tomo um Dorflex mas não é sempre.” (10ARS)

“Não tenho pressão alta, mas no início do tratamento eu tava assim... A pressão tava um pouco, né? Alta... Mas eu consegui né? Eu tava vindo medir a pressão e ficou melhor já. Normalizou. E eu também faço caminhada, né? Eu faço caminhada, diminuo o açúcar e faço minha dieta em casa também.” (11NAT)

Desse modo, diante de tantas mudanças de concepção presente no discurso dos entrevistados, há de se concordar com o estudo de Rodrigues (2015) que, a prática do Lian Gong, “sinaliza uma possível inversão de modelo assistencial, onde o praticante busca aumentar seu gradiente de saúde em locais que tradicionalmente se trata a doença” (p. 11).

Por fim, partindo-se dos resultados dessa pesquisa, acredita-se que as PICS podem representar um instrumento de mudança de modelo de atenção, de maior autonomia do usuário sobre seu processo saúde-doença e redução de intervenções médicas desnecessárias.

5.2.4 CATEGORIA 4: TECNOLOGIAS LEVES NO PROCESSO DE CUIDADO

Quando abordados sobre o processo de cuidado, muitos entrevistados relataram espontaneamente a importância da relação com os profissionais e da afetividade no cuidado.

“Então essa forma de vocês tratarem a gente deixa a pessoa a vontade e ajuda a gente a cicatrizar, muitas vezes a gente não precisa nem de remédio, a gente cicatriza só de ter apoio, com uma palavra de carinho, de conforto, entendeu? Isso deixa a gente confortável. Não é aquilo de ‘faça se quiser! se não quiser, não faça!’, como já ouvi em muito lugar. (...) Aqui é um tratamento de igual pra igual. No Lian Gong, não tem negócio de ‘ah, porque você tá praticando a mais tempo, venha pra cá pra frente, e você que chegou agora, novata, fica lá no fundo.’ Não existe isso aqui. Eu observo muito e isso fez com que eu continuasse a vir, porque eu sou mais cismada do que rato. E aí não tem essa coisa, sabe? A professora, a orientadora, seja lá como queiram chamar, ela trata a pessoa de igual pra igual. Se é uma coisa que ela não quer ser lá, é médica nem dentista. Ela diz ‘aqui eu não sou nem médica nem dentista’.” (2MJC)

“É doutora, e depois que comecei com minha médica, minha professora do Lian, que eu amo muito vocês e tudo, meu deus do céu... Aí que tudo melhorou. É porque tem aquela áurea, aquela coisa assim que conquista a gente... Só a gente assim olhar pro médico e tudo, é aquela coisa... Passa aquela energia pra gente. O paciente tá ali depressivo, mas daqui a pouco com a atitude do médico ou da médica, a gente se sente super bem e com vocês é a mesma coisa... É o que acontece. (...) Que vocês passam, assim... Uma energia positiva e ainda mais fazendo o próprio exercício de curar a saúde, aí não tem coisa melhor.” (7JJA)

Além da relação afetiva com os profissionais, os entrevistados observaram o quanto a convivência com outros pacientes, nas atividades de grupo do Lian Gong, foi positiva para sua saúde:

“O tratamento é completamente especial...Porque passa muitas coisas, a gente se envolve a mente, chega com aquele problema assim aí divide de tá conversando com as pessoas, aí quando você chega então preenche aquele vazio e a gente se sente muito bem e através dos exercícios, saímos daqui super leves e super bem.” (7JJA)

“E quando você vê eu tô com alguém, eu tô conversando. Eu não sei se você percebeu que eu falo demais, não é que eu fale demais, eu procuro me sentir bem ne? Venho também pra conversar...Não é que eu goste de posto não. Agora eu peguei muita amizade aqui, pensaram até que eu tava namorando uma pessoa, mas...” (8ENJ)

“Acho que é muito bom para as pessoas, se todo mundo que viesse para assistir as aulas, eu tenho certeza que elas vinham participar. Porque além da saúde, é um grupo muito bom, muito importante, eu já fiz muita amizade. Eu não conhecia E.. E C. mora na outra rua, mas a gente não tinha aproximação, viu? Neuma mora no mesmo corredor, eu moro num prédio aqui e ela mora no mesmo corredor e a gente só ‘oi, oi, oi’, num tinha aproximação...Agora não, às vezes ela vai lá em casa, a gente bate um papo e outras...R., N....Tem muitas pessoas aí que eu passei a conhecer através do Lian gong, foi. E aí elas as vezes freqüentam minha casa, as vezes(...) não direto, ne? Vez e outra a gente se encontra assim... a gente bate um

papo, que eu andava muito presa, muito só em casa, porque só é eu e meu marido. Meu filho mora em Feira, a outra mora em Ilhéus e aí pronto, só era mais dentro de casa. (...) antigamente eu ficava assim em casa pensativa... “ah, vou fazer o que? Vou pra onde?”, mas aí quando é dia da segunda até terça (...) vou pro Lian Gong, pra ginástica no posto. (...) Aí tiro um pouquinho o foco daquela preocupação, porque tô conversando com o pessoal e aí pronto. (...)gosto mesmo de conversar, porque aí a gente descontraí.” (9ARSC)

“Só o fato de estar ali no meio de tantas pessoas que tão... Graças a Deus as pessoas são ótimas, a gente conversa, se distrai... Não fica só focada na ginástica. Tudo bem que tem os momentos super sérios, mas só em tá ali no meio de outras pessoas... Porque eu não tenho amizades, sou difícil de fazer amizades porque eu não tenho, porque a única amizade assim coisa, são com minhas irmãs, mas estão tudo longe, a gente se comunica com telefone, mas muitas dela por estarem longe e algumas também tem uma vida também meio difícil, às vezes é difícil ter um crédito, aí a comunicação é bem mais difícil, mas aqui eu sei que a maioria eu posso ter como amigos de verdade, porque conversam, têm as vezes que começam a contar os problemas deles e eu também devagarinho conto, não tudo do meu, mas conto algumas coisas... Aí as pessoas, como eu sei que têm pessoas mais velhas do que eu, me orientam também e dizem: “ó minha filha, tente, lute!”, me dão uma força pra conseguir, pra seguir na jornada e graças a Deus eu tô conseguindo. (...) graças a Deus virei essa página, agradeço a Deus em primeiro lugar, depois a senhora e o pessoal, todos os outros amigos que eu fiz aqui no Lian...” (RAM)

CINTRA (2012 apud RODRIGUES et al., 2015: p. 13) afirma que o Lian Gong proporciona aos usuários “qualidade de vida e saúde por oferecer possibilidades de convivência e fortalecimento no coletivo”. E que, além disso, “coopera para o desenvolvimento de habilidades pessoais para o cuidado da saúde”.

O estudo de ANDRADE et al. (2012) também reforça esse entendimento: no domínio dos Aspectos Sociais do escore SF-36 foi constatada melhora importante após 6 meses de Lian Gong, alcançando média maior que 95 pontos.

5.2.5 CATEGORIA 5: VALORIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DO SUS

Foi interessante notar o quanto que, por meio das PICS, houve um processo de reconhecimento e legitimação do papel da Saúde da Família, na população estudada que vinha de uma cultura centrada em Unidade de Pronto Atendimento, medicação e especialidades médicas focais. Esses pacientes, conforme foram experimentando as PICS ofertadas, passaram a defender e valorizar a equipe de saúde próxima ao território, e, também, a Clínica Ampliada, a promoção da saúde, a Estratégia de Saúde da Família e o SUS:

“Eu tava até falando esses dias pra uma colega, que o povo tem um ditado que fala “santo de casa não faz milagre”, não é isso? Mas o santo de casa, ele faz milagre sim, é porque as pessoas não têm fé no santo. E nós temos que ter fé no santo de casa, que esses santos são vocês aqui. (...) isso... que é o posto da família né... muito bom... até agora eu só tenho a dizer que, não existe outro (...) é porque as pessoas, hoje, estão com uma mania de desclassificar o SUS... é tudo particular, ‘porque o SUS é coisa de pobre’. Não, não é nada de pobre não. O SUS não é pobre, o SUS é rico. Os médicos bons estão dentro do SUS, só que as pessoas só dão valor ao médico particular, acha é melhor, mas não é não (...) oh, pra mim não tem melhor como o posto de saúde (...) eu brigo, porque o SUS é uma coisa nossa. E a gente é quem tem que dá valor. Nós temos que dar valor ao SUS, nós temos que dar valor ao nosso posto de saúde.” (1MRS)

“Em Londres, a medicina alternativa não é muito popular. Eu fazia tratamento da Artrite Reumatoide com o médico da clínica do bairro e ele me encaminhava para o Reumatologista, que ficava em um hospital a 2 horas de minha casa. Mas tudo levava muito tempo, mínimo 3 meses pra marcar. Eu ia de 3 em 3 meses. Você senta, e em 10 minutos, o reumatologista atendia: fazia o mapa do corpo, perguntava onde sentia dor, passava medicação e retorno de 3 em 3 meses. Se estivesse com de dor, eles me davam injeção de esteroides. Sempre só medicação. E se eu tivesse crise, não tinha onde ir. Aqui eu tenho. Na clínica do bairro em Londres, eu perguntei sobre terapia alternativa, eles responderam “vá ser vegana”. Mas cadê a ajuda do nutricionista? Como se fosse fácil virar vegana. Tem o acesso a medicação, mas, se você quer fazer outra coisa alternativa, tem várias clínicas chinesas, mas tudo pago por fora. Então não tive condições de fazer. E tratamento assim contínuo, toda semana, fica caro... E na clínica do bairro eles dão aviso pra não fazer porque pode interferir na medicação. Aqui não, aqui eu consigo fazer.” (4PJ)

SAMPAIO (2013) sugere em seu estudo que as Práticas Integrativas “caminham em direção à promoção da saúde e da humanização da atenção, reafirmando os valores, princípios e bases organizativas da Estratégia Saúde da Família” (p. 4). Ainda segundo a autora, a necessidade de expansão da oferta das PICS fica evidente na fala dos usuários que descreveram como um “privilegio” residirem em uma região de saúde que tem acesso a tais práticas.

Os resultados da presente pesquisa também indicam o potencial das PICS na construção de um modelo de cuidado amplo, integral e eficaz, por meio do qual a Estratégia de Saúde da Família e o SUS obtêm legitimidade e satisfação dos usuários. Reafirma-se, portanto, a necessidade de expansão do acesso às práticas integrativas, de modo que mais usuários possam se beneficiar de suas abordagens e terapêuticas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados, a partir dos relatos dos entrevistados, esse estudo evidencia mudanças positivas em diversos aspectos do processo saúde/doença/cuidado, a partir do uso das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica. Embora alguns relatos demonstrem desconhecimento, “medo”, e preconceito da população quanto ao uso das PICS nos serviços de saúde, os entrevistados observam, por outro lado, melhora no quadro clínico, com redução de dor osteomuscular, aumento da funcionalidade, melhoria de qualidade de vida, redução em sintomas de sofrimento mental, além de melhor controle de patologias crônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Os depoimentos reforçam também o reconhecimento da importância das tecnologias leves, das relações sociais, bem como do vínculo com os profissionais como parte do cuidado em saúde. Destacam também a redução da necessidade de medicamentos e de consultas na USF ou em unidades de emergência.

De modo geral, os resultados das entrevistas indicam as PICS como uma ferramenta importante na construção de uma lógica de cuidado que preze pelo fortalecimento da saúde com integralidade e centralidade no sujeito, como corresponsável por seu processo saúde-doença. Diante dos benefícios observados, os entrevistados demonstraram mudanças na concepção de saúde e de assistência em saúde, relatando satisfação com a Unidade de Saúde da Família e valorização do SUS.

As PICS têm demonstrado seu potencial e eficácia para prevenir e tratar os mais diversos tipos de adoecimento. São potentes instrumentos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Cabe destacar, contudo, os questionamentos no meio acadêmico sobre escassez de estudos experimentais, randomizados e duplo-cegos, com todo o rigor científico “padrão-ouro” para as PICS.

Faz-se necessário investimento e recursos para a realização de tais estudos. Documentar e discutir a eficácia são de suma importância para todo o tipo de prática em saúde. Entretanto, ao analisar os discursos dos próprios usuários, e os estudos sobre o tema, não parece que o problema central seja “eficácia pouco estabelecida”. Há outros elementos em jogo. Continuar exigindo mais estudos para que as PICS saiam da marginalização do sistema de saúde parece uma armadilha ou subterfúgio daqueles que estão interessados na medicina que não gera autonomia, que não cuida,

que não alivia, e sim na medicina da doença, do negócio, que apreende as pessoas, as deslocam do seu papel de sujeitos e as tornam dependentes de intervenções excessivas em suas vidas e saúde.

Nessa pesquisa, observou-se que a população legitima e valoriza aquilo que propicia bem-estar, cura e/ou cuidado. Diferente de discursar para a população sobre o papel da Saúde da Família, a experiência das pessoas com um serviço de saúde que dá conta das suas necessidades, é o que contribui para mudança do modelo de atenção. Por conta disso, essa pesquisa destaca a necessidade de ampliar o acesso às práticas terapêuticas que promovam integralidade, resolubilidade e fortaleçam a saúde da população.

Entretanto, a oferta concreta e contínua das PICS na Atenção Básica ainda é incipiente em muitos municípios, gerando baixo acesso e sectarização das PICS, que muitas vezes ficam restritas a serviços de referência, quando disponíveis. A continuidade da oferta dessas práticas nos serviços e a sua ampliação esbarra, por vezes, em preconceito e despriorização por parte de gestores e profissionais, falta de insumos e de profissionais capacitados.

Nesse sentido, sugere-se aqui a necessidade de pensar estratégias para a ampliação do acesso às PICS, de modo a se configurar uma oferta contínua, integrada e qualificada. Esse desafio suscita diversos questionamento, tais como: De que modo pode-se potencializar a qualificação de profissionais para PICS na Atenção Básica? Seria uma estratégia ter profissional especializado em PICS no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, realizando matriciamento com as equipes das USFs? Como garantir espaço de discussão nas agendas dos gestores para que direcionem investimentos nas PICS? Quais ações são necessárias para que os serviços da Atenção Básica consigam ofertar as PICS?

Por fim, conclui-se que as repercussões das PICS sobre a saúde dos participantes da USF Caminho do Mar englobaram melhorias nos mais diversos campos da saúde, em uma lógica de atenção que favorece a integralidade e o fortalecimento dos usuários, bem como da Estratégia de Saúde da Família. Espera-se que, por meio de abordagens, ferramentas e estratégias adequadas, mais pessoas e comunidades tenham acesso à medicina do cuidado, centrada nos sujeitos e na sua qualidade de vida. Espera-se também que os resultados venham contribuir para as discussões a respeito das Práticas Integrativas e Complementares, para sua legitimidade e maior integração ao sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBEAR DE LA TORRE, Dagmaris et al . Eficacia de la auriculoterapia en pacientes con sacrolumbalgia aguda. MEDISAN, Santiago de Cuba , v. 20, n. 6, p. 739-745, jun. 2016 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000600001&lng=es&nrm=iso>. accedido en 20 abr. 2019.

ANDRADE, S. C., LEÃO, D. A. O., SILVA, K. V., MELO, B. C., GUIMARÃES, A. M. S., PAULO, G. P. Experiência da inserção do Lian Gong na Estratégia Saúde da Família de Samambaia – Distrito Federal. Com. Ciências Saúde. v. 23, n. 1, p. 9-18. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OZONIOTERAPIA. Nota de Esclarecimento sobre a Ozonioterapia. 2017. Disponível em: <<https://www.aboz.org.br/noticias/nota-de-esclarecimento-sobre-a-oz%20onioterapia/74/>>. Acesso em: 12 de maio de 2019.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Tradução Luiz Antonio Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União. Brasília. Seção I, pp 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 23 fev 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. As práticas integrativas e complementares. Painel Temático saúde da família. 2 (4): 30-1. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. Ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS

: atitude de ampliação de acesso / Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. – 2. Ed. – Brasília : Ministério da saúde, 2015. 96 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 21 de março de 2018.

BOTELHO, Maristela. Lian Gong em 18 Terapias: forjando um corpo saudável – ginástica chinesa do Dr. Zhuang Yuan Ming/ Maristela Botelho e Maria Lucia Lee. Associação Brasileira de Lian Gong em 18 Terapias, 2017

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.13, supl.1, p.531-542. 2009

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Estabelece a ozonioterapia como procedimento experimental, só podendo ser utilizada em experimentação clínica dentro dos protocolos do sistema CEP/Conep. Resolução 2.181, de 20 de abril de 2018. Diário Oficial da União, nº 131. 10 de julho de 2018.

COSTA, T.; LINHARES, D.; RIBEIRO DA SILVA, M.; NEVES, N. Ozone therapy for low back pain. A systematic review. Acta Reumatol Port. 2018 Jul-Sep;43(3):172-181. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30414366>> Acesso em: 19 de abril de 2019.

CRUZ, Perola L. B.; SAMPAIO, Sueli F.; As práticas terapêuticas não convencionais nos serviços de saúde: revisão integrativa. Revista APS, São Carlos, v. 3, n. 19, p.483-494, Jul/Set, 2016

DENZIN, N.K. Investigação Qualitativa Crítica. Sociedade, Contabilidade e Gestão, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan/abr, 2018. [Versão Preliminar - Edição em Andamento, Diogo Vera de Carvalho (tradutor). Original em Qualitative Inquiry, 2017, 23(1), 8–16. DOI: 10.1177/1077800416681864 qix.sagepub.com]

FARIA, Lina; CASTRO SANTOS, Luiz Antonio. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 227-240, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500012&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702011000500012>.

FARIA, Lina. O profissional de saúde como artífice do cuidado com paciente idoso com Alzheimer: diálogo com Richard Sennett. In Lina Faria, Luciana Calábria, Wanessa Alves. Envelhecimento: um olhar interdisciplinar – 1. ed. – São Paulo : Hucitec, 2016. 438 p.

FLEMING S, Rabago DP, Mundt MP, Fleming MF. CAM therapies among primary care patients using opioid therapy for chronic pain. BMC Complementary and Alternative

Medicine. 2007;7:15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885447/>. Acessado em 23 de janeiro de 2018.

FLICK, Uwe. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 408p. (Série Métodos de Pesquisa)

FOUCAULT, M. Naissance de la Clinique. Paris: PUF, 1963. Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FRANCO, T.B.; GALAVOTE, H.S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T.B.; RAMOS, V.C. (Orgs.). Semiótica, afecção e cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010. p.176-99.

GARCIA, EG. Auriculoterapia. São Paulo: ROCA; 1999.

GÉRVAS, Juan. São e salvo: e livre de intervenções médicas desnecessárias [recurso eletrônico] / Juan Gérvas, Mercedes Pérez Fernández ; tradução: Marcela Ceci Dohms, Gustavo de Araujo Porto Landsberg ; revisão técnica: Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – Porto Alegre : Artmed, 2016.

GIL, Antônio Carlos, 1946 Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002

GIOVANELLA Ligia. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

HAYHOE, Simon. Insomnia: can acupuncture help?. Pain Management. 7. 10.2217/pmt-2016-0025. (2016). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27578355>>. Acessado em: 20 de abril de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Camaçari - BA. Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/camacari/pesquisa/36/0>. Acesso em 13 de abril. 2019

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo populacional 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 13 de abril de 2019.

ILLICH Ivan. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.

LIMA, Karla Morais Seabra Vieira; SILVA, Kênia Lara; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 49, p. 261-272, June 2014. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2019. Epub Mar 10, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0133>.

LIVRAMENTO, Gutemberg; FRANCO, Tânia; LIVRAMENTO, Alaíde. A ginástica terapêutica e preventiva chinesa Lian Gong/Qi Gong como um dos instrumentos na prevenção e reabilitação da LER/DORT. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 74-86, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000100009>.

LLANES TORRES, Haydeé Mabel. Tratamiento del síndrome lumbálgico agudo con auriculoterapia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, [S.l.], v. 32, n. 4, dic. 2016. ISSN 1561-3038. Disponible en: <<http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/249/107>>. Fecha de acceso: 20 abr. 2019

LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, Rio de Janeiro, 15(Supl):145-176, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>. Acesso em 28 de janeiro de 2018.

LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Luz MT, Barros FB. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2012. 452p.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 14a ed., São Paulo: HUCITEC, 2014. 407p. Cap. 5: Modalidades de abordagens compreensivas, p.143-174.

MUÑOZ-ORTEGO, et al. (2016). Indicaciones médicas de la acupuntura: revisión sistemática. *Medicina Clínica*. 147. 10.1016/j.medcli.2016.02.029. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316001822>>. Acessado em: 19 de abril de 2019.

NCCIH. National Center Complementary and Integrative Health. <https://nccih.nih.gov/>

NEVES, ML. Manual prático de auriculoterapia. Porto Alegre: Merithus; 2014.

NUNES, Gelza Matos et al. Uso de práticas complementares na abordagem à mulher em situação de violência. In: MELO, Elza Machado de, et al. Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós. Belo Horizonte: Folium, 2016. 298 p. : il. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 2). Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-947682>> Acessado em: 19 de abril de 2019.

OLIVEIRA JUNIOR, José Oswaldo de; LAGES, Gustavo Veloso. Ozonioterapia em lombociatalgia. *Rev. dor*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 261-270, Sept. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-

00132012000300012&Ing=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000300012>.

OMS/OPAS – Organização Panamericana da Saúde. Estratégia de La OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Genebra: WHO/EDM/TRM; 2002.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan; BARROS, Nelson Filice de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, Mar. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300016&Ing=en&nrm=iso>. access on 23 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300016>.

PINO GARCIA, Anais; SANTANA ALVAREZ, Jorge; RODRIGUEZ DE LA ROSA, Graciela. Efectividad de la auriculoterapia en la hipertensión arterial primaria en adultos según diagnóstico tradicional. *AMC, Camagüey*, v. 21, n. 1, p. 787-805, feb. 2017. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000100005&Ing=es&nrm=iso>. accedido en 20 abr. 2019

RODRIGUES SC, Philomeno BLS, Bahia RR, Abreu MNS, Campos KFC, Roquete FF, et al. Benefícios da prática de Lian Gong em 18 terapias no município de Belo Horizonte - Minas Gerais. In: *Anais do Convibra Gestão, Educação e Promoção da Saúde*; 2015 Disponível em: <<http://www.convibra.com.br/artigo.asp?ev=90&id=11376>> Acesso e, 14 de abril de 2019

SAMPAIO. Tatiana Lotfi de. *Análise das Práticas Integrativas em saúde na Atenção Básica no Distrito Federal*. 2013. 85f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências, Saúde da Universidade de Brasília, Distrito Federal. 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2000.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, June 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&Ing=en&nrm=iso>. Access on 13 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.

SCHVEITZER, Mariana Cabral et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 36(3):442-451, 2012. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/praticas_integrativas_complementares_atencao_primaria.pdf. Acessado em 13 de janeiro de 2018.

SMITH, CA; ARMOUR, M; LEE, MS; WANG, LQ; HAY, PJ. Acupuncture for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.:

CD004046. DOI: 10.1002/14651858.CD004046.pub4. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004046.pub4/full#0>. Acessado em: 19 de abril de 2019.

STEWART, M. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Moira Stewart .[et al.] ; tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa ; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes . – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017. e-PUB.

TAQUETTE, Stella R. Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. Ata do Quinto Congresso Iberoamericano de Investigação Qualitativa. Investigación Cualitativa em Salud/Volume 2. 2016.

TESSERa, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 195-206, Feb. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>. Access on 08 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>.

TESSERb, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 42, n. 5, p. 914-920, Oct. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>.

TESSER, Charles Dalcanale. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 8, p. 1732-1742, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800009&lng=en&nrm=iso>. Access on 13 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública. Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica. Módulos I, II, III, IV e V. Florianópolis: Fett Educação e Ensino; 2016.

YAMAKAWA, Angela H.H. et at. A Interface Das Doenças Crônicas e a Prática Do Lian Gong. Projeto: DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Supervisão Técnica de Saúde Penha. São Paulo, 2006. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/luciene_sudeste_dant_completo_revisado_II_1254427891.pdf> Acessado em 14 de abril de 2019.

WHITE, Adrian; FOSTER, Nadine E.; CUMMINGS, Mike; BARLAS, Panos. Acupuncture treatment for chronic knee pain: a systematic review, Rheumatology, Volume 46, Issue 3, March 2007, Pages 384–390. Disponível em: <<https://academic.oup.com/rheumatology/article/46/3/384/2256028>>. Acessado em: 20 de abril de 2019.

ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA

As entrevistas serão realizadas pela própria pesquisadora, na Unidade de Saúde da Família onde se dará o estudo, ao fim do turno em que são realizadas as Práticas Integrativas, semanalmente, no período de outubro a novembro de 2018.

Como uma entrevista semi-estruturada, terá as seguintes questões norteadoras:

- 1- *Você poderia dizer, brevemente, quando ouviu falar sobre a prática do Lian Gong/Auriculoterapia/Acupuntura/Ozonioterapia?*
- 2- *Desde quando pratica Lian Gong/Auriculoterapia/Acupuntura/Ozonioterapia?*
- 3- *Por que você faz Lian Gong/Auriculoterapia/Acupuntura/Ozonioterapia?*
- 4- *O que você pensa sobre a prática do Lian Gong/Auriculoterapia/Acupuntura/Ozonioterapia?*
- 5- *Me conte como está a sua vida desde a prática de Lian Gong/Auriculoterapia/Acupuntura/Ozonioterapia? E sua saúde? Se relatar que mudou, perguntar: O que mudou? Por quê?*

Caso os temas centrais dos objetivos específicos da pesquisa não sejam abordados, pode-se lançar mão dos seguintes questionamentos:

- 6- *Tem observado algum efeito no seu ânimo, no seu humor (alegria/tristeza)? E no sono? Como tem observado sua sensação de bem-estar?*
- 7- *Como tem sido o controle do DM/HAS/outro desde então?*
- 8- *Tem dor crônica? Houve alguma mudança em relação à dor? depois que começou a praticar?*
- 9- *Como tem sido o uso de medicações? Continua na mesma quantidade/dose? Você considera que foi houve diminuição significativa da medicação?*
- 10- *Tem necessitado de atendimento na Unidade de Saúde da Família ou na emergência? Tem procurado com qual frequência?*

ANEXO A – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

UFSB - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO SUL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: EM BUSCA DE UMA SAÚDE INTEGRAL E DESMEDICALIZANTE

Pesquisador: MYLENA CAROSO MELHEM

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96966618.5.0000.8467

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.924.239

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo estudo de caso que procura responder à seguinte questão de pesquisa: de que modo as Práticas Integrativas e Complementares ofertadas na Unidade de Saúde da Família Caminho do Mar (Lian Gong, Acupuntura, Auriculoterapia e Ozonioterapia) repercutem na saúde dos usuários?

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar os efeitos das Práticas Integrativas e Complementares de uma Unidade de Saúde da Família na saúde dos participantes, sob sua ótica, na perspectiva da promoção de saúde integral.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Investigar a percepção de efeitos das Práticas Integrativas e Complementares no bem-estar e em sintomas relacionados à saúde mental dos participantes;
- Investigar se observam alguma repercussão na compensação de doenças crônicas;
- Investigar se reportam redução da dor (para os portadores de dor crônica);
- Investigar se ocorreu redução da necessidade de medicações;
- Investigar se os participantes reduziram sua necessidade de procura por atendimento médico e hospitalizações.

Endereço: Praça Joana Angélica, 250, bairro São José

Bairro: SAO JOSE **CEP:** 45.088-058

UF: BA **Município:** TEIXEIRA DE FREITAS

Telefone: (73)3291-2089

E-mail: cep@ufsb.edu.br

Continuação do Parecer: 2.924.239

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

O protocolo de pesquisa traz que: É considerada pesquisa de risco mínimo, segundo as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, propostas pelo CIOMS, em 1993. O estudo irá empregar técnicas e métodos onde não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. A participação na pesquisa consistirá em responder a uma entrevista na própria Unidade de Saúde da Família. A entrevista será gravada e abordará sua percepção sobre a saúde e bem-estar, desde que começou a realizar tais práticas na Unidade de Saúde da Família. Será questionado também sobre dor, tristeza, doenças, uso de medicações e procura por consultas. A qualquer momento, o participante poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Esta recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. A participação não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo dos participantes. A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. No entanto, àqueles que permitirem o uso dos registros audiovisuais, será oferecido o Termo de Autorização de Imagem e Depoimentos.

Os riscos devem ser com base na resolução 466/2012, trazendo as estratégias para minimização, caso ocorram.

BENEFÍCIOS

Quanto aos benefícios, este projeto de visa a produção de reflexão e conhecimento sobre a temática, e poderá ser utilizado para aperfeiçoamento das Práticas Integrativas e Complementares realizadas na Unidade de Saúde da Família e contribuir para a produção de saúde das pessoas. Não haverá benefício direto para os participantes durante a pesquisa. No entanto, as conclusões da pesquisa poderão ser utilizadas pela equipe para aprimorar a oferta das Práticas Integrativas e Complementares na Unidade de Saúde da Família. Desse modo, se espera que a pesquisa venha a contribuir posteriormente para melhor qualidade de vida e saúde dos participantes e população adscrita em geral.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da

Endereço: Praça Joana Angélica, 250, bairro São José
 Bairro: SAO JOSE CEP: 45.988-058
 UF: BA Município: TEIXEIRA DE FREITAS
 Telefone: (73)3291-2089 E-mail: cep@ufsb.edu.br

UFSB - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO SUL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 2.924.239

Universidade Federal do Sul da Bahia e aprovado no Exame de Qualificação. As práticas integrativas abordadas neste trabalho guardam relação com a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), sistema médico integral, originado há milhares de anos na China: Lian Gong, Acupuntura e Auriculoterapia. Uma vez que as PICs se integram às demais tecnologias e abordagens na Estratégia de Saúde da Família, esta pesquisa procura avaliar a efetividade destas práticas no contexto desta USF na perspectiva do usuário, se tais práticas são capazes de apontar caminhos para a produção de saúde de forma integral. Especificamente, investigará efeitos no bem-estar, na sintomatologia, na compensação de doenças crônicas e repercussões no processo de desmedicalização e autonomia nos usuários de práticas integrativas da USF.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com delineamento de estudo de caso. A pesquisa será realizada no município de Camaçari, localizado na região metropolitana de Salvador- BA. O município possui 242.970 habitantes pelo censo do IBGE de 2010. A USF Caminho do Mar foi inaugurada em setembro de 2017 e conta com duas equipes de saúde da família e uma equipe de saúde bucal. A autora faz parte da equipe de Saúde da Família que, desde a inauguração, iniciou a atuação no território.

Serão incluídos no estudo aqueles que tenham iniciado uma ou mais práticas nos últimos 3 meses na USF Caminho do Mar e que tenham comparecido para as sessões ao menos 3 vezes por mês. A estes, será oferecida a participação na pesquisa, sem que a negativa acarrete em prejuízo ao usuário, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os que desejarem participar serão submetidos a entrevista semi-estruturada. Aqueles que permitirem o uso de imagem e voz, assinarão também o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz.

** Pergunta-se: Qual a idade mínima para participar do estudo?

** Se irá realizar uma entrevista semi-estruturada e esta será posteriormente transcrita, a gravação da mesma será necessária, sendo assim, é importante acrescentar esta gravação no TCLE e em média o tempo de duração da entrevista.

** Os critérios de exclusão não foram definidos.

Após a coleta, será realizada transcrição das entrevistas e análise dos dados colhidos com o método da análise de conteúdo, que é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das informações e

Endereço: Praça Joana Angélica, 250, bairro São José
Bairro: SAO JOSE CEP: 45.088-058
UF: BA Município: TEIXEIRA DE FREITAS
Telefone: (73)3291-2089 E-mail: cep@ufsb.edu.br

UFSB - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO SUL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 2.924.239

representações, obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção dos conteúdos. Serão seguidas as três etapas descritas como pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial para o trabalho com os dados coletados em cada entrevista, os quais serão organizados, primeiramente, com a caracterização dos grupos e, na sequência, sistematizados por categorias de análise, propostas segundo os significados identificados pela pesquisadora.

O Cronograma precisará ser readequado em função do tempo consumido em sua avaliação neste CEP (Orçamento e Termo de Anuência precisaram ser anexados).

O Orçamento parece adequado e será custeado pela própria pesquisadora.

O instrumento de coleta de dados (roteiro da entrevista) anexado está adequado aos objetivos da pesquisa, mas não há qualquer referência quanto aos cuidados metodológicos a sua aplicação (quem aplicará, como aplicará e quando aplicará).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto anexada.

TCLE- Adequar os risco com base na resolução 466/2012; acrescentar a gravação e o tempo médio de duração da entrevista, bem como acrescentar o endereço e telefone do CEP-UFSB. Colocar espaço para datiloscopia.

Termo de Autorização para Uso de Imagem adequado, mas pergunta-se quanto ao uso que se fará dessas imagens tendo em vista que não há qualquer referência a esse recurso na Metodologia.

Termo de Anuência anexado, assinado pela Diretora do Departamento de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa deve atender totalmente as seguintes pendências:

1) O instrumento de coleta de dados (roteiro da entrevista) está adequado aos objetivos da pesquisa, mas não há qualquer referência quanto aos cuidados metodológicos na sua aplicação (quem aplicará - tendo em vista que a autora faz parte da equipe de Saúde da Família desde a inauguração; como aplicará; e quando aplicará);

Endereço: Praça Joana Angélica, 250, bairro São José
Bairro: SAO JOSE CEP: 45.088-058
UF: BA Município: TEIXEIRA DE FREITAS
Telefone: (73)3291-2089 E-mail: cep@ufsb.edu.br

Continuação do Parecer: 2.924.239

- 2) Pergunta-se quanto ao uso que se fará das imagens, tendo em vista que não há qualquer referência a esse recurso na Metodologia, e se é necessário, de fato, para o cumprimento dos objetivos da pesquisa.
- 3) Termo de Autorização para Uso de Imagem adequado, mas pergunta-se quanto ao uso que se fará dessas imagens tendo em vista que não há qualquer referência a esse recurso na Metodologia.
- 4) Definir Critérios de Exclusão e definir nos critérios de inclusão a idade mínima dos participantes do estudo.
- 5) TCLE- Adequar os possíveis riscos conforme resolução 466/2012: acrescentar a gravação e o tempo médio de duração da entrevista; acrescentar endereço e telefone do CEP. Acrescentar também espaço para datiloscopia, uma vez que a escolaridade não foi definida nos critérios de inclusão.
- 6) Termo de Autorização para Uso de Imagem adequado, mas pergunta-se quanto ao uso que se fará dessas imagens tendo em vista que não há qualquer referência a esse recurso na Metodologia.
- &) Readequar no cronograma o período de início da coleta de dados com base na previsão de aprovação pelo CEP-UFSB.

Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo de pesquisa deverá atender TOTALMENTE as pendências com base na resolução 466/2012 no prazo de 30 dias.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1145651.pdf	25/08/2018 13:04:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	25/08/2018 13:03:18	MYLENA CAROSO MELHEM	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia.jpg	11/08/2018 13:00:40	MYLENA CAROSO MELHEM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/06/2018 21:35:37	MYLENA CAROSO MELHEM	Aceito
TCLE / Termos de	Termodelimagem.docx	09/06/2018	MYLENA CAROSO	Aceito

Endereço: Praça Joana Angélica, 250, bairro São José
 Bairro: SAO JOSE CEP: 45.988-058
 UF: BA Município: TEIXEIRA DE FREITAS
 Telefone: (73)3291-2089 E-mail: cep@ufsb.edu.br

UFSB - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO SUL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 2.924.239

Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodelmagem.docx	17:42:51	MELHEM	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	09/06/2018 17:41:05	MYLENA CAROSO MELHEM	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/06/2018 17:38:19	MYLENA CAROSO MELHEM	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TEIXEIRA DE FREITAS, 28 de Setembro de 2018

Assinado por:
Ana Paula Pessoa de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Praça Joana Angélica, 250, bairro São José
Bairro: SAO JOSE CEP: 45.988-058
UF: BA Município: TEIXEIRA DE FREITAS
Telefone: (73)3291-2089 E-mail: cep@ufsb.edu.br