**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELISABETE NAPOLEÃO LIMA

**O PACIENTE SOMOS NÓS:
UM ESTUDO DE CASO SOBRE EXPERIÊNCIAS E PRODUÇÃO DO
CUIDADO EM UM CONTEXTO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES DE SAÚDE**

**SÃO PAULO
2019**

ELISABETE NAPOLEÃO LIMA

**O PACIENTE SOMOS NÓS:
UM ESTUDO DE CASO SOBRE EXPERIÊNCIAS E PRODUÇÃO DO
CUIDADO EM UM CONTEXTO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES DE SAÚDE**

Versão corrigida da tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades EEUSP e EERP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Fundamentos teóricos e filosóficos do cuidar

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Szylit

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Lima, Elisabete Napoleão

O paciente somos nós: um estudo de caso sobre
experiências e produção do cuidado em um contexto de
práticas integrativas e complementares de saúde /
Elisabete Napoleão Lima. São Paulo, 2019.

215 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Szylit

1. Terapias Complementares. 2. Medicina Integrativa.
3. Assistência à saúde. 4. Saúde holística. I. Título.

Nome: Elisabete Napoleão Lima

Título: O paciente somos nós: um estudo de caso sobre experiências e produção do cuidado em um contexto de práticas integrativas e complementares de saúde

Tese apresentada ao Programa Interunidades de doutoramento em enfermagem da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Joaquim e Leozina, que não pouparam esforços para ensinar o valor dos estudos.

Ao meu esposo, Mauro, que sempre me incentivou a ir em busca dos sonhos.

À minha filha Luciana, meu maior aprendizado nesta vida.

Às minhas irmãs: Maria Antonia, Sueli, Vera Lúcia e Ana Cláudia, meus exemplos de luta e fé na vida.

AGRADECIMENTOS

À orientadora, Prof.^a Dr.^a Regina Szylit, pelo acolhimento e todo apoio dispensado.

À Prof.^a Dra.^a Dulce Maria Rosa Gualda, minha eterna gratidão por ter me ajudado a desbravar *“mares nunca dantes navegados”*.

Ao Prof.^o Dr.^o Edmilson Antunes Campos e à Prof.^a Dr.^a Neide Souza Praça, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

À Rosana Pegoraro, minha amiga e irmã de todas as horas.

À Dr.^a. Adriana Sampaio Liporoni, por ter sido um anjo da guarda em meu caminho.

Ao Prof.^o. Sergio Franceschini Filho e a todos da Casa da Terra, protagonistas deste estudo, que generosamente compartilharam um pouco de suas histórias.

A todos aqueles que, de uma forma ou de outra, colaboraram para a concretização deste estudo.

“Cada paciente leva seu próprio médico dentro de si. Esse paciente nos procura sem saber dessa verdade. O melhor que fazemos é dar ao médico que reside dentro de cada paciente a chance de trabalhar”.

(Albert Schweitzer)

Lima EN. O paciente somos nós: um estudo de caso sobre experiências e produção do cuidado em um contexto de práticas integrativas e complementares de saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: As práticas integrativas e complementares de saúde (PICS) vem apresentando um crescimento na oferta e na demanda dos serviços de saúde. Apesar dessa expansão, ainda há pouco conhecimento científico sobre os contextos em que ocorre a experiência de implementação dessas práticas de cuidado, as quais fogem à lógica das terapêuticas ofertadas pela medicina convencional.

Objetivo: Compreender as práticas e as experiências de cuidado de usuários e profissionais em um ambulatório de práticas integrativas e complementares de saúde. **Método:** Estudo qualitativo, de abordagem etnográfica, no qual foram utilizados elementos da antropologia médica com referencial interpretativo.

Participaram do estudo 19 informantes, sendo 10 profissionais que atuam no local e 9 usuários que recebem cuidado no ambulatório. A coleta de dados foi realizada em um ambulatório social na cidade de São Paulo no período de setembro de 2017 a dezembro de 2018, mediante observação participante e entrevista semi-estruturada.

Os dados foram submetidos à análise indutiva temática. **Resultados:** Três temas emergiram: *“Itinerário terapêutico até às PICS”*, *“Experiências de cuidado com as PICS”* e *“Pontos de vista em relação ao cuidado”*. Os resultados revelaram que as práticas de cuidado no contexto priorizaram as relações intersubjetivas, o estabelecimento de laços de confiança e o cuidar focado no colocar-se no lugar do outro. O cuidado foi significado pelos participantes como oportunidades de inter-relações e entrosamento, as quais influenciam os sujeitos culturalmente e conferem eficácia simbólica ao ato profissional. A experiência dos sujeitos tornou-se um referencial para reinterpretação e compreensão do processo saúde-doença.

Considerações ao final do estudo: Os dados apresentados neste estudo permitiram contribuir para maior exploração do tema, o que pode proporcionar maior expansão, visibilidade e legitimação das PICS entre profissionais e a população em geral. Refletir sobre práticas de saúde holística pode fomentar a integração de outras formas de cuidado no cotidiano da assistência à saúde nos diversos contextos da rede de serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias complementares. Medicina integrativa. Assistência à saúde. Saúde holística.

Lima EN. We are the patient: a case study on care experiences and production in a context of integrative and complementary health practices [Thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: Integrative and complementary health practices (PICS) have been showing a growth in the supply and demand of health services. Despite this expansion, there is still little scientific knowledge about the contexts in which the experience of implementing these care practices occurs, which is beyond the logic of the therapies offered by conventional medicine. **Objective:** To understand the practices and care experiences of users and professionals in an outpatient clinic of integrative and complementary health practices. **Method:** Qualitative study with ethnographic approach, in which elements of medical anthropology with interpretative framework were used. Nineteen informants participated in the study, being 10 professionals who work at the site and 9 clients who receive care at the outpatient clinic. Data collection was performed at a social outpatient clinic in the city of São Paulo from September 2017 to December 2018, through participant observation and half-structured interview. Data were submitted to inductive thematic analysis. **Results:** Three themes emerged: *“Therapeutic Itinerary to PICS”*, *“PICS Care Experiences”* and *“Views regarding care”*. The results revealed that the care practices in the context prioritized the intersubjective relationships, the establishment of bonds of trust and the care focused on putting oneself in the other's place. The care was meant by the participants as opportunities for interrelationships and interaction, which influence the subjects culturally and confer symbolic effectiveness to the professional act. The subjects' experience became a reference for reinterpretation and understanding of the health-disease process. **Final considerations:** The data presented in this study allowed to contribute to further exploration of the theme, which can provide greater expansion, visibility and legitimation of PICS between professionals and the general population. Reflecting on holistic health practices can foster the integration of other forms of care in daily health care in the various contexts of the health service network.

KEYWORDS: Complementary therapies. Integrative medicine. Health care. Holistic health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fachada da Casa da Terra	73
Figura 2	Ambulatório da Casa da Terra	74
Figura 3	Cipós de São João em floração sobre o telhado	76
Figura 4	Usuários sendo atendidos no ambulatório	81
Figura 5	Usuários na sala de espera	82
Figura 6	Diamante	102
Figura 7	Ametista	105
Figura 8	Topázio	108
Figura 9	Ágata	112
Figura 10	Safira	116
Figura 11	Turmalina	119
Figura 12	Sodalita	121
Figura 13	Quartzo Azul	123
Figura 14	Hematita	125
Figura 15	Ônix	126
Figura 16	Jade	128
Figura 17	Quartzo Fumê	129
Figura 18	Água Marinha	131
Figura 19	Amazonita	132
Figura 20	Citrino	134
Figura 21	Granada	136
Figura 22	Esmeralda	139
Figura 23	Jaspe	141

Figura 24	Causas de insatisfação com o modelo de saúde vigente	147
Figura 25	Pontos de vista em relação à implantação/implementação das PICS no SUS	157
Figura 26	Padrão da trajetória de usuários e profissionais até às PICS	163

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Descrição das Práticas Integrativas e Complementares incorporadas ao SUS	23
Quadro 2-	Doze princípios do modelo holístico segundo Davis-Floyd	42
Quadro 3-	Setores do Cuidado	58
Quadro 4 -	Apresentação dos participantes do estudo	78
Quadro 5 -	Descrição dos conceitos apresentados na Política Nacional de Humanização (PNH)	177

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
CRBM	Conselho Regional de Biomedicina
ESF	Estratégia Saúde da Família
INTERCONGREPICS	Congresso Internacional de Práticas Integrativas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PICS	Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
Renisus	Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)	20
1.2 A CRISE DE PARADIGMAS NO SISTEMA DE SAÚDE	30
1.3 MODELO BIOMÉDICO E MODELO HOLÍSTICO DE SAÚDE	36
1.3.1 Modelo Biomédico de Saúde	37
1.3.2 Modelo Holístico de Saúde	39
2 OBJETIVOS	51
2.1 OBJETIVO GERAL	51
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
3 METODOLOGIA.....	53
3.1 REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	53
3.2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	63
3.3 REFERENCIAIS METODOLÓGICOS.....	64
3.3.1 Pesquisa qualitativa.....	64
3.3.2 Abordagem etnográfica.....	67
3.3.3 Estudo de caso etnográfico.....	70
3.3.4 Cenário do estudo	73
3.3.5 Participantes do estudo	77
3.3.6 A pesquisa em campo	79
3.3.7 Procedimento de coleta de dados	82
3.3.8 A observação participante	82
3.3.9 A entrevista etnográfica	83

3.3.10 Análise dos dados	85
3.3.11 Considerações éticas	86
3.3.12 Rigor da pesquisa	87
3.3.13 Dificuldades e facilidades encontradas	87
4 RESULTADOS	90
4.1 NARRATIVAS DOS INFORMANTES	90
4.2 OS TEMAS E AS CATEGORIAS ANALÍTICAS	142
4.2.1 Itinerário terapêutico até às PICS	143
4.2.1.1 Razão para a busca das PICS	143
4.2.1.1.1 A dor como ponto de convergência	146
4.2.1.1.2 Insatisfação com o cuidado oferecido nas instituições de saúde.....	146
4.2.1.2 Caminho percorrido até chegar às PICS	149
4.2.2 Experiências de cuidado com as PICS	150
4.2.2.1 Formas de descrever o cuidado recebido	150
4.2.2.2 Formas de descrever o cuidado prestado	151
4.2.2.3 Convergência de sentimentos em relação ao cuidado	152
4.2.3 Pontos de vista em relação ao cuidado	154
4.2.3.1 Descrença e preconceito	155
4.2.3.2 Modos de explicar o cuidado holístico	156
4.2.3.3 Implantação e implementação das PICS no SUS	157
5 DISCUSSÃO	161
6 CONSIDERAÇÕES AO FINAL DO ESTUDO	188
REFERÊNCIAS	193
APÊNDICES	205
ANEXOS	210

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

“O homem é o seu livro de estudo. Ele precisa apenas ir virando as páginas deste livro e descobrir o Autor”. (Jean-Yves Leloup)

Minha imersão no universo das Práticas Integrativas e Complementares em saúde – PICS se deu quando ainda cursava o primeiro ano da graduação em enfermagem, em 2011 na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP. Na ocasião, a escola patrocinou uma palestra proferida por profissionais que atuavam nas diversas áreas da enfermagem. Cada qual apresentou as peculiaridades do fazer em seus respectivos campos de ação. Assim foi com enfermeiros da obstetrícia, pediatria, saúde mental, saúde da família, dentre outros. Chamou-me a atenção uma enfermeira, professora da escola, que explanou sobre as possibilidades de atuação na área das PICS. Naquele instante, o brilho nos seus olhos ao relatar o trabalho e a pesquisa que fazia, me contagiou, despertando a curiosidade pelas PICS.

A partir daí, com a curiosidade e o interesse aguçados, enveredei por esse caminho e nunca mais saí. Procurei acompanhar mais de perto tudo o que se referia ao assunto, e, desde então, defini como meta o aprofundamento dos estudos nessa abordagem de cuidado em saúde. A oportunidade de realizar iniciação científica na área de saúde da mulher sob a ótica da Antropologia serviu como coadjuvante para a construção de um olhar holístico do ser humano, como um todo integrado: biopsicossocial, cultural e espiritual. Ao beber da fonte desse novo campo do saber, passei a crer na possibilidade de um modelo de cuidado de saúde holístico, na contramão do processo de medicalização da vida e com vistas à promoção da reflexão crítica sobre os condicionantes e determinantes de saúde a que estão sujeitos indivíduos e coletividades.

Conforme me aprofundava nos estudos, mais o interesse crescia, ao ponto de conseguir fazer a conexão entre o que aprendi na graduação de Pedagogia na Faculdade de Educação da USP concluída em 2008, isto é, a valorização da incrível capacidade que o ser humano possui em construir seu conhecimento, e a sua busca por melhores formas de lidar com os imperativos da vida. Com esse pensamento, no

ano seguinte ao término do curso de enfermagem, em 2015, dei início à pós-graduação *lato sensu* em acupuntura, indo ao encontro do anseio de ampliar conhecimento nessa área.

Desta vez, descortinou-se para mim um universo prático-assistencial de um paradigma diferente da visão unidirecional e fragmentada do modelo biomédico presenciado, até então, nos serviços de saúde em que estagiei. Cada vez mais me convencia da flagrante insuficiência do atual modelo de saúde vigente que, para lidar com as emergentes demandas de cuidado, concentra o olhar apenas no corpo físico, demonstrando carência de novas abordagens e formas de visualizar o ser humano e suas complexidades.

A abordagem holística de cuidado foi presenciada durante o curso de acupuntura, onde a preocupação com a história de vida do paciente e seus determinantes era primordial. E assim dei início ao processo de reflexão sobre outras formas de cuidado em saúde, para além da visão unilateral do modelo biomédico apresentado durante os tempos de graduação. Reflexão esta que não nos fora estimulada durante o curso de enfermagem, sendo que em toda a grade curricular não havia uma disciplina que contemplasse PICS. Apenas uma disciplina optativa livre era oferecida, intitulada “Enfermagem nas Práticas Complementares de Saúde”, porém, por conta do cumprimento das disciplinas e estágios obrigatórios, cursá-la era privilégio para poucos, o que não me incluía na lista dos privilegiados.

Apesar disso, as práticas se tornaram uma questão central para mim. Continuei praticando com um grupo de pessoas no ambulatório da escola de acupuntura. Como estava cursando o doutorado, resolvi unir a prática e a pesquisa. Assim, aprofundei-me nos conhecimentos de PICS mediante especialização em ciências naturopáticas e fitoterapia e, paralelamente, optei por buscar respostas às minhas indagações sobre os perfis de cuidado nesse modelo de assistência à saúde. Portanto, enquanto profissional de saúde atuante em PICS, envolvida com pessoas em seu processo saúde-doença e na busca pelo restabelecimento das forças curativas do organismo, materializo este projeto estimulada pela curiosidade de explorar relações e trajetórias de pessoas envolvidas com a temática.

Ao conhecer em profundidade pontos de vista e significados construídos pelos atores sociais envolvidos no contexto, procuro compreender a interação entre as necessidades de cuidado em saúde de usuários e a filosofia do cuidar dos

profissionais de saúde. Neste exercício epistemológico, além da razão, darei voz também à minha intuição, usando dos recursos metodológicos para não deixar que a emoção ofusque o rigor exigido para a construção do conhecimento científico. Desta feita, como proferiu certa vez o educador Paulo Freire, conforme narrativa de sua esposa Nita Freire em colóquio realizado na Faculdade de Educação da USP em agosto de 2016, *“eu não escrevo apenas com a cabeça, eu escrevo com o corpo inteiro, emoções, intuições. Se me arrepia, é o corpo me dizendo: não tenha medo! Siga sua intuição!”*

1.1 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

“A saúde é uma experiência subjetiva, algo que pode ser conhecido intuitivamente, mas nunca descrito ou quantificado”.
(Fritjof Capra)

As PICS são “práticas de saúde, baseadas no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” (GLOSSÁRIO, BRASIL, MS, 2018, p.97). Trata-se de uma “proposta terapêutica que foge da racionalidade do modelo médico dominante, isto é, da medicina especializada, tecnológica e mercantilizada, enquanto adota uma postura holística e naturalística diante da saúde e da doença” (Queiroz, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adota o termo Medicinas Tradicionais e Complementares ao fazer referência às PICS, definindo-o como o conjunto de práticas e ações terapêuticas que não estão presentes na biomedicina, abrangendo produtos, práticas e praticantes. Procurando distinguir os dois tipos de medicinas, tradicional e complementar ou alternativa, define a primeira como possuidora de uma longa história e caracterizada pela soma total do conhecimento, habilidade e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências nativas em diferentes culturas, explicáveis ou não, usadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doença física e mental. A segunda é caracterizada pelo amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da tradição do país ou da medicina convencional e não estão totalmente integradas no sistema de saúde dominante (OMS, 2013).

Queiroz (2006) refere-se a Medicinas Alternativas, e as descreve sob uma perspectiva holística, sistêmica, vitalista¹ e interdisciplinar, cujo tratamento é realizado com base no respeito aos símbolos e visões de saúde e doença da população, com ênfase no doente e em sua experiência de vida, e não na doença. O

¹ Princípio segundo o qual existe uma força vital imaterial que regula o organismo de forma dinâmica e harmônica, sendo responsável por todos os fenômenos fisiológicos e que, quando em desequilíbrio, gera os sintomas de adoecimento (Glossário Temático, 2018).

movimento das Medicinas Alternativas critica o reducionismo biológico, o mecanicismo e a primazia da doença sobre o doente, característicos da Medicina de viés biomédico.

Portanto, na literatura encontramos diferentes denominações para as PICS, tais como: Medicina Tradicional, Medicina Complementar, Medicina Alternativa, Práticas Alternativas, dentre outras. No Brasil, o termo que foi divulgado e adotado, desde o ano de 2006 com o advento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), é Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Posteriormente, passou-se a utilizar o termo PICS. Este último será o termo adotado neste estudo conforme o significado explanado até então. (Lima, Silva, Tesser, 2014; OMS, 2014).

Historicamente, as PICS estavam presentes nos costumes das medicinas tradicionais exercidas há milhares de anos. Encontram-se registros de algumas práticas na medicina tibetana, ayurvédica, chinesa, egípcia, mesopotâmica e grega. Tratava-se de um conjunto de práticas e saberes direcionados à natureza verdadeira e integral da pessoa, em sintonia com o fascínio einsteiniano relativista do universo. A medicina tibetana, por exemplo, surgida por volta de 9.000 a.C., enfatizava a relação corpo-mente, determinando ações preventivas e curativas para manter e restaurar o equilíbrio cósmico, dentro e fora do indivíduo (Bontempo, 1995).

Considerada o maior manancial de cura da antiguidade e fonte de conhecimento para a medicina ayurvédica e chinesa, a medicina tibetana contava com tratamentos à base de plantas, extratos, massagem, acupuntura, dieta, orações, mentalizações, mandalas, cristais, astrologia, e *mantran*². Considerada um sistema médico de elevado grau e fundamentado em uma abordagem holística, visava o aumento das forças de cura do organismo. A doença era vista como um sinal de desajuste com a ordem do universo, assim, buscava-se reajustar o equilíbrio para criar harmonia através também do desenvolvimento da compaixão, da prática da virtude, da superação do orgulho, da purificação das inquietações e da libertação da aversão à dor e à adversidade (Bontempo, 1995).

A história mostra, portanto, que os primórdios das PICS remontam às medicinas tradicionais da antiguidade. Apesar da maioria dos historiadores e

² Plural de mantra, combinações de palavras ritmicamente dispostas através das quais se originam certas vibrações que produzem determinados efeitos sutis (Bontempo, 1995, p.400).

estudiosos ocidentais do campo da medicina enxergar uma conotação supersticiosa, selvagem, anímica e atrasada em comparação ao avanço tecnológico, as ideias centrais concentravam-se na saúde do indivíduo como um todo. Da figura médica era exigido o exemplo na saúde, no comportamento, nas atitudes, na fineza de trato e na compaixão para com o sofrimento alheio. Até mesmo Hipócrates, considerado o pai da medicina, confirmava a máxima “não é possível ser um médico verdadeiro sem que se tenha saúde”. Assim, o profissional era extremamente sensível e basicamente vidente ao enxergar os desequilíbrios e saber o tipo de remédio mais adequado para o doente (Bontempo, 1995).

Na atualidade, o marco para o desenvolvimento das PICS a nível mundial foi lançado com a conferência de Alma Ata, realizada na União Soviética em 1978 pela OMS. Sob o lema “Saúde para todos no ano 2000”, declarou-se a incapacidade da medicina tecnológica e especializante para resolver os problemas de saúde de dois terços da humanidade e, ao mesmo tempo, lançou-se o apelo para o desenvolvimento de formas simplificadas de atenção e modelos médicos ligados à medicina tradicional para as populações carentes. Desde então, a busca por outra racionalidade em saúde vem tomando corpo, imbuída por paradigmas distintos da medicina científica (Luz, 2005).

Segundo a OMS, em suas conferências mundiais, as metas propostas para a implementação das PICS nos países são:

- promover a integração das práticas aos sistemas oficiais de saúde;
- desenvolver legislação/normatização para oferta de serviços e produtos de qualidade;
- propiciar o desenvolvimento dos conhecimentos na área;
- qualificar os profissionais envolvidos com práticas complementares.

No Brasil, foram apresentadas algumas iniciativas de institucionalização das PICS mediante a PNPIC no Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. De início, foram incorporados os serviços de homeopatia, acupuntura, fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Em 2017, houve ampliação da PNPIC, mediante Portaria GM/MS nº 849, que acrescentou a oferta de mais 14 práticas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia,

naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. No ano seguinte, durante o 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública (INTERCONGREPICS), houve a inserção das seguintes práticas, referendada pela Portaria nº 702, de 21 de março 2018: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais.

Quadro 1 – Descrição das Práticas Integrativas e Complementares incorporadas ao SUS
Continua

Prática	Descrição
Acupuntura	Tecnologia de intervenção em saúde que faz parte dos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa (MTC) e estimula pontos espalhados por todo o corpo, ao longo dos meridianos, por meio da inserção de finas agulhas filiformes metálicas, visando à promoção, à manutenção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de agravos e doenças.
Apiterapia	Prática terapêutica que consiste em usar produtos derivados de abelhas – como apitoxinas, mel, pólen, geleia real, própolis – para promoção da saúde e fins terapêuticos.
Aromaterapia	Prática terapêutica que utiliza as propriedades dos óleos essenciais para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo visando à promoção da saúde física e mental.
Arteterapia	Prática expressiva artística, visual, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente, favorecendo a saúde física e mental do indivíduo.
Ayurveda	Abordagem terapêutica de origem indiana, segundo a qual o corpo humano é composto por cinco elementos – éter, ar, fogo, água e terra –, os quais compõem o organismo, os estados energéticos e emocionais e, em desequilíbrio, podem induzir o surgimento de doenças.
Biodança	Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano.
Bioenergética	Visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, os movimentos sincronizados com a respiração.
Constelação familiar	Método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações trazidas pelo usuário, bem como o que está encoberto nas relações familiares para, por meio do conhecimento das forças que atuam no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano, encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, criando condições para que a pessoa reoriente o seu movimento em direção à cura e ao crescimento.
Crenoterapia	Prática terapêutica que utiliza águas minerais com propriedades medicinais, de modo preventivo ou curativo, em complemento a outros tratamentos de saúde.

Quadro 1 – Descrição das Práticas Integrativas e Complementares incorporadas ao SUS

Continuação

Cromoterapia	Prática terapêutica que utiliza as cores do espectro solar – vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta – para restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo.
Dança circular	Prática expressiva corporal que utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando ao bem-estar físico, mental, emocional e social.
Fitoterapia	Estudo das plantas medicinais e suas aplicações na promoção, na proteção e na recuperação da saúde.
Geoterapia	Prática terapêutica natural que consiste na utilização de argila, barro e lamas medicinais, assim como pedras e cristais (frutos da terra), com objetivo de amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais por meio dos diferentes tipos de energia e propriedades químicas desses elementos.
Hipnoterapia	Conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados, como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas
Homeopatia	Abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes, e cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultra diluição de medicamentos.
Imposição de mãos	Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença.
Medicina antroposófica	Abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, que avalia o ser humano a partir dos conceitos da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos.
Meditação	Prática mental individual que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior.
Musicoterapia	Prática expressiva que utiliza basicamente a música e/ou seus elementos no seu mais amplo sentido – som, ritmo, melodia e harmonia –, em grupo ou de forma individualizada.
Naturopatia	Prática terapêutica que adota visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde-doença e utiliza um conjunto de práticas integrativas e complementares no cuidado e na atenção em saúde.
Osteopatia	Prática terapêutica que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais – entre elas, a da manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações) – para auxiliar no tratamento de doenças.
Ozonioterapia	Prática terapêutica que utiliza a aplicação de oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, como: endovenosa, retal, intra-articular, intramuscular, intravesical, entre outros. Auxilia o tratamento de doenças como o câncer, dores e inflamações crônicas, infecções variadas, além de feridas, queimaduras e problemas vasculares em que haja redução do fluxo sanguíneo.

Quadro 1 – Descrição das Práticas Integrativas e Complementares incorporadas ao SUS

Continuação

Quiropraxia	Prática terapêutica que atua no diagnóstico, no tratamento e na prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral.
Reflexoterapia	Prática terapêutica que utiliza os microssistemas e pontos reflexos do corpo, existentes nos pés, nas mãos e nas orelhas, para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento.
Reiki	Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental.
Shantala	Prática terapêutica que consiste na manipulação (massagem) do corpo do bebê pelos pais, favorecendo o vínculo entre estes e proporcionando uma série de benefícios em virtude do alongamento dos membros e da ativação da circulação.
Terapia comunitária integrativa	Prática terapêutica coletiva que envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades.
Terapia de florais	Prática terapêutica que utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais.
Termalismo social	Utilização das águas termominerais considerando seus aspectos ecológicos, históricos, sociais, e garantindo o acesso universal a estabelecimentos termais da Rede de Atenção à Saúde para fins preventivos, terapêuticos e de promoção.
Yoga	Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação.

Fonte: Glossário Temático: práticas integrativas e complementares em saúde/Ministério da Saúde, 2018.

A PNPIC propõe as seguintes propostas de ações para a efetividade da implementação das iniciativas:

1. Estruturação e fortalecimento da atenção em PICS no SUS, mediante:

- Incentivo à inserção das PICS em todos os níveis de atenção, com ênfase na Atenção Básica.
- Desenvolvimento das PICS em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.
- Implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes.
- Estabelecimento de mecanismos de financiamento.
- Elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS.

- Articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do MS.

2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICS para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.

3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das PICS para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional:

- Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em PICS que atuem na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

- Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e à divulgação das Práticas Integrativas e Complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do País, e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral.

- Inclusão das PICS na agenda de atividades da comunicação social do SUS.

- Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre PICS em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.

- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares.

4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

5. Fortalecimento da participação social.

6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos, na regulamentação sanitária.

7. Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos:

- Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.
- Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.
- Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.

8. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das PICS, com qualidade e segurança das ações.

9. Incentivo à pesquisa em PICS com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.

10. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das PICS, para instrumentalização de processos de gestão.

11. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em PICS nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.

12. Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as PICS estejam integradas ao serviço público de saúde.

13. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A oferta e a demanda pelas PICS têm crescido tanto em âmbito privado quanto público. Em 2016, foram registrados mais de 2 milhões de atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos quais mais de 770 mil foram de Medicina Tradicional Chinesa, que inclui a acupuntura; 85 mil de fitoterapia e 13 mil de homeopatia. Além disso, mais de 926 mil registros foram de outras práticas integrativas que não tinham um código próprio para registro e que passaram a ter com a publicação da nova portaria em 2018. Dos 1.708 municípios que ofereceram PICS em 2016, 78% da distribuição dos serviços estavam concentrados na atenção básica, 18% na atenção especializada e 4% na atenção hospitalar, resultando em

mais de 7.700 estabelecimentos de saúde em quase 30% dos municípios brasileiros, e em 100% das capitais brasileiras (Brasil, Ministério da Saúde, 2018)

Estudos revelam que a procura dos usuários pelas PICS pode estar relacionada às características peculiares desse tipo de assistência à saúde, quais sejam: o reposicionamento do paciente como centro do paradigma médico; a estreita relação curador-paciente como elemento fundamental da terapêutica; a construção de uma medicina que incentiva a autonomia do paciente e dá ênfase à saúde e não à doença; a busca por meios terapêuticos simples, mais baratos e menos dependentes de tecnologia científica dura³. Uma pesquisa, cujo objetivo foi caracterizar a participação de usuários na opção e no cuidado de enfermagem por meio das PICS, revelou que nesse tipo de assistência a horizontalidade no cuidado, ao invés do autoritarismo, foi um diferencial (Magalhães, Alvim, 2013; Tesser, Barros, 2008; Tesser, Santos, 2012;). Além disso, estudos vem atestando o baixo custo, a eficácia e a efetividade de PICS (Anzolin, Bertol, 2018; Bobbo et al., 2018; Dacal, Silva, 2018; Melo et al., 2018; Moura et al., 2018; Silva e Lara, 2018).

Apesar dos números apresentados e do incentivo de instâncias públicas, ainda persistem grandes desafios para a efetiva implementação das PICS, seja a ampliação do acesso e da oferta das PICS, a sustentabilidade dos serviços de saúde a partir de financiamento envolvendo as esferas de gestão, a evolução no campo legislativo que garanta o direito de cuidar e ser cuidado (Brasil, Ministério da Saúde, 2018). Um estudo que analisou a organização das PICS em um serviço de saúde, desvelou um descompasso na relação entre a oferta das práticas e as demandas da população, denunciando acesso restrito, determinado pela disponibilidade dos profissionais. Em algumas modalidades, como homeopatia e acupuntura, a espera na fila por uma consulta chegava a ser de um a dois anos (Lima, Silva, Tesser, 2014).

Outro agravante para a implementação das PICS refere-se ao fato de que o crescimento da oferta não tem acontecido de forma igualitária no País. Conforme dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e do

³Termo utilizado por Merhy ao se referir aos microprocessos de trabalho em saúde. Para o autor, todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo produtivo. Esses processos podem ser mais criativos e centrados nas relações ou mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas). As tecnologias duras são relacionadas aos instrumentos, as tecnologias leve-duras ao saber técnico estruturado e as tecnologias leves às relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato. (Mehry, 2002; Pereira, 2008)

Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), no ano de 2017 apenas 19% das UBS de todo o país ofereceram algum tipo de PICS. (Brasil, Ministério da Saúde, 2018; Dacal, Silva, 2018). Além disso, pouco se sabe sobre as instituições de saúde e os profissionais que empregam essas práticas no cuidado, bem como as circunstâncias de seu emprego pelos usuários e a caracterização dos recursos humanos para suprir as diferentes necessidades dos serviços de saúde (Alvim et al., 2011; Magalhães, Alvim, 2013).

As primeiras discussões sobre o tema no Brasil remontam à década de 1980, junto com a criação do SUS. Nos idos de 1990, surgiu o grupo de pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), sob a liderança da pesquisadora Madel Luz⁴, que se dedicou a estudos de sistemas médicos complexos como a homeopatia, medicina tradicional chinesa e ayurvédica, bem como à multiplicidade de saberes e práticas nas instituições de saúde, em sua diversidade política, cultural e epistemológica (Santos, Tesser, 2012; Tesser, Luz, 2008).

Na atualidade, as PICS vêm sendo reconhecidas pelo olhar criterioso das pesquisas científicas, respondendo a uma demanda da visão holística de um mundo globalizado, da autorresponsabilização pela saúde e do cuidado integral do indivíduo. Sua popularidade vem se configurando como uma das formas de lidar com a experiência do sofrimento relacionada às doenças (Helman, 2009; Martin, 2009; Salles, Silva, 2011, p.2).

Muitos aspectos da assistência à saúde com PICS começaram a ser desvelados, como a marginalidade institucional, a escassez de conhecimento sobre produção de conceitos, definições e cuidados referentes ao tema; bem como a carência de diretrizes operacionais para implantação das PICS, dificultando a consolidação dessas práticas, seja na Atenção Primária à Saúde (APS) ou em serviços de apoio matricial (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF), ou de referência como a atenção secundária e serviços especializados (Andrade, Costa,

⁴O grupo de pesquisas do CNPQ “Racionalidades Médicas” atualmente trabalha tanto com estudos teóricos comparativos das racionalidades médicas (sistemas médicos complexos que englobam as categorias terapêutica e diagnóstica, operando segundo concepções próprias sobre o processo de adoecimento, incluindo fisiologia e anatomia próprias) quanto com práticas de saúde desenvolvidas na sociedade civil e em instituições. (racionalidadesmedicas.pro.br, acessado em 10/05/2019)

2010; Lima, Silva, Tesser, 2014; Otani, Barros, 2011; Santos, Tesser, 2012; Tesser, Sousa, 2012).

Ainda persiste a necessidade de fomentar um processo educativo que forme profissionais de PICS, conforme diretrizes do SUS e princípios da saúde coletiva, pois a grande maioria das graduações em saúde ainda pratica o modelo biomédico de formação. Portanto, o uso das práticas complementares é um desafio ao profissional e requer novas abordagens e formas de pensar para que possa perceber e atuar, tanto no micro quanto no macrocosmo do universo humano (Azevedo, Pelicioni, 2012). Salles, Kurebayashi e Silva (2011) asseveram que, “para quem utiliza esse tipo de prática, é necessário estar preparado para a mobilização de conhecimentos que vão além do território que a comunidade científica estava acostumada a trilhar” (p.3). Médicos e enfermeiros generalistas podem ser grandemente enriquecidos em sua prática se aprenderem homeopatia, acupuntura, yoga, relaxamento, massagem, reiki etc (Lima, Silva, Tesser, 2014).

De igual maneira, estudos e publicações na área das PICS são importantes para a consolidação de seu movimento de expansão nacional e de sua legitimidade nos sistemas de saúde. Quanto a isso, uma avaliação feita pela OMS sobre os índices de utilização mundial das PICS concluiu que o aumento no uso das práticas foi bem maior do que o desenvolvimento das pesquisas científicas que buscam sua validação, o que corrobora a necessidade de ampliação do espectro de desenhos de pesquisa nessa área (Dacal, Silva, 2018; OMS, 2014).

1.2 A CRISE DE PARADIGMAS NO SISTEMA DE SAÚDE

“O paradigma novo não invalida o antigo, apenas mostra os seus limites e abre um novo horizonte para a ciência”. (Amit Goswami)

Entende-se por paradigma um esquema modelar para a descrição, explicação e compreensão da realidade, e em cuja essência aninham-se crenças, valores, procedimentos e técnicas partilhados no consenso em uma determinada comunidade. A sua construção requer dos investigadores científicos, principalmente no campo da ciência e da tecnologia, novos instrumentos teórico-metodológicos,

novas modalidades do processo de trabalho investigativo e a necessidade da elaboração de modelos de investigação que rompam com a lógica existente e transitem por campos de conhecimentos distintos (Kuhn, 2018; Minayo, 2014).

Conforme o filósofo Kuhn (2018), em seu ensaio sobre a estrutura das revoluções científicas e a noção de um paradigma científico, as falhas no modelo paradigmático vigente evidenciam-se nos momentos de crise, o que causa mal-estar generalizado e a expectativa de nova referência que resolva os paradoxos e dados anômalos desvelados. Dessa forma, a consolidação do conhecimento consensual (ciência normal) passa por uma descontinuidade (revoluções científicas), na qual se produz uma substituição de paradigmas. Conforme Kuhn, esse processo ocorre primeiro por uma fase pré-paradigmática na história das disciplinas, na qual o consenso é baixo e as escolas discutem entre si. Em seguida, após a aquisição de um paradigma estável, as divergências vão desaparecendo até que as questões metodológicas são assumidas e a ciência, então, torna-se uma ciência normal. Quando a ciência vai solucionando os quebra-cabeças, surgem as anomalias que, por sua vez, desencadeiam uma crise em seu interior, resolvida por uma revolução, implicando na substituição do paradigma antigo por um novo (Camargo Junior, 1992; Kuhn, 2018).

Tal fenômeno ocorreu no campo da física moderna, no início do século XX, onde rupturas e crises periódicas culminaram com a concepção de um novo paradigma (física quântica) que respondesse, pelo menos em parte, aos questionamentos vigentes. Essa nova visão da realidade levou os cientistas a pensarem sobre a inadequação de todo o seu modo de pensar os fenômenos atômicos. (Camargo Júnior, 1993; Capra, 2012, 2012a; Crema, 1995).

Camargo Junior (1993) descreve muito bem esse momento de ruptura da racionalidade científica ocorrida na física:

“A última ruptura, já desenhada em nosso século, deu-se com a superação da física newtoniana pela mecânica quântica, a partir do trabalho de Max Planck e das contribuições de vários outros físicos, como Dirac, Einstein e Heisenberg. A física de alta energia, como veio a ser chamada, reunifica o infinitamente pequeno e o infinitamente grande – fenômenos quânticos só são observados. Surge, a partir do trabalho de Hubble e da descoberta da radiação cósmica de fundo, uma cosmogonia baseada num momento original de criação do universo (o big-bang). Toda a cosmovisão desenhada pela mecânica clássica naufraga; ‘fatos’ clássicos tornam-se sem sentido. Matéria e energia são uma só coisa; partículas e ondas trocam de lugar com imensa facilidade; novas partículas elementares são descobertas em rápida sucessão, pondo em xeque o próprio conceito de ‘partícula elementar’; o

tempo não mais transcorre num fluxo imutável, nem a massa ou o volume são propriedades intrínsecas de um corpo, alterando-se todos com o aumento da velocidade. Num universo relativista, paradoxalmente sem referenciais absolutos, a velocidade da luz no vácuo é uma constante. Esta visão apaixonante do universo tem sido fator constante de confusão para estudiosos de outras áreas, às vezes servindo como álibi para inconsistências constrangedoras em suas disciplinas” (p.5).

Por conseguinte, o mundo contemporâneo vem passando por um momento de crise complexa e multidimensional, na qual muitas mudanças de conceitos e ideias vem ocorrendo em diversos campos, afetando aspectos da saúde, do modo de vida, da qualidade do meio ambiente, das relações sociais, da economia, da tecnologia e da política. Como exemplo, seguem a queda do muro de Berlim e a derrocada das ideologias (Capra, 2010, 2012; Crema, 1995).

No rol das grandes transformações, todas conectadas entre si e com todas as transformações históricas, em um movimento de questionamento das práticas vigentes dentro de cada contexto, incluem-se a economia solidária no campo da Economia, os direitos humanos no âmbito do Direito, a sustentabilidade no plano da Ecologia e o fenômeno da humanização e das PICS na área da Saúde. Conforme Capra, estamos vivenciando uma revisão radical de paradigmas sustentados por várias centenas de anos na cultura moderna da sociedade ocidental, dentre os quais: a visão do universo como um sistema mecânico composto de blocos de construção elementares, a visão do corpo humano como uma máquina e a visão da sociedade como uma luta competitiva pela existência. (Capra, 2012).

No livro em que aborda as várias manifestações e implicações da atual mudança de paradigma na visão de mundo econômico e científico, Capra explana sobre a construção de um novo paradigma científico e o desafio aos princípios sacramentados pela lógica científica moderna, onde a visão de mundo cartesiana e o sistema de valores limitados que permeiam a biologia e a medicina afetam seriamente a saúde individual e social. Por isso, a natureza não pode ser reduzida a entidades fundamentais, mas vista como uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados, nos quais seus elementos constituintes determinam a estrutura dessa teia (Capra, 2012).

De fato, essa transição de paradigma vem ocorrendo no campo da saúde, onde as deficiências decorrentes da natureza restritiva do atual paradigma dominante da medicina moderna se tornam evidentes. Configuram-se “os limites da expansão e das possibilidades da ciência e da tecnologia na resolução de alguns

dos mais importantes problemas humanos” (Queiroz, 2003, p.15). Evidencia-se um estremecimento das bases da biomedicina nas suas relações com os usuários, na inclinação ao uso abusivo de tecnologias duras, bem como em seus efeitos iatrogênicos e em uma significativa “desumanização” das suas práticas profissionais (Andrade, Costa, 2010; Otani, Barros, 2011; Tesser, Santos, 2012,).

Campos (2015) faz referência ao grave potencial iatrogênico que a medicalização⁵ pode provocar na forma como a medicina estabelece regras quanto às práticas de cuidado de saúde, normatizando a vida pessoal e social. Isso pode causar o uso abusivo das tecnologias médicas mais avançadas, a crescente dependência da população para com as drogas, os comportamentos e as medidas prescritas pela medicina; além da destruição do potencial cultural das pessoas e das comunidades para lidar de forma autônoma com a enfermidade, a dor e a morte. Se por uma lado a medicalização redefine os termos da responsabilidade do indivíduo no cuidado de sua saúde, por outro pode causar danos pela crescente dependência da figura onipotente do médico e de seu diagnóstico, pela consequente decadência do valor dado a outras práticas de cuidado, e pela perversa lógica médica de que as necessidades de cuidado do indivíduo devem ser regidas pela égide da medicina.

Por outro lado, vários autores evidenciam a insatisfação pública crescente em relação aos resultados com o tratamento de doenças crônicas, custos elevados da assistência médica e efeitos colaterais dos medicamentos alopáticos, o que vem gerando um misto de mal-estar e a sensação de que o caminho escolhido parece não levar mais ao objetivo visado (Dethelefsen, Dahlke, 2007; Helman, 2009; Luz, Rosenbaum, Barros, 2006; Salles, Kurebayashi, Silva, 2011).

O próprio paradigma que rege a medicina ocidental contemporânea afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas e em sua prática de intervenção. Esse sujeito ficou à margem do centro de investigação e da prática terapêutica, gerando uma dupla crise, na saúde das

⁵O conceito de medicalização foi proposto por autores críticos da medicina moderna, como Ivan Illich (1926-2002). Pode ser definido como a maneira pela qual a jurisdição da medicina moderna vem se expandindo nos últimos anos, abrangendo, atualmente, problemas que não eram definidos como entidades médicas (Helman, 2009, p.153). Processo no qual a medicina redescreve tanto os eventos considerados fisiológicos, tais como: a gravidez, o parto, a menopausa, o envelhecimento; como comportamentos sociais, considerados desviantes, tais como: o uso excessivo de bebidas alcoólicas, o uso de drogas ilícitas, a agressividade, a tristeza, o luto, formas de exercício da sexualidade. Todos esses fenômenos fisiológicos e sociais passam a ser submetidos à lógica da normatização médica, sendo remetidos à intervenção de alguma prática especializada da medicina (Campos, 2015, p.50).

populações e na medicina como instituição, detectada a partir da segunda metade do século XX. Dessa forma, a integralidade foi deslocada na sede, no espaço e no tempo: da relação com o curador para o conjunto dos serviços e curadores das profissões de saúde. (Luz, 2005; Tesser, Luz, 2008).

Luz (1993) reconhece diferenças de paradigmas em relação aos sistemas médicos, no que se refere a objetos e objetivos distintos, quais sejam:

- a medicina ocidental, assentada no modelo biomédico, tem por objeto a doença (através da identificação das patologias) e por objetivo o combate e a eliminação das doenças;
- as medicinas homeopática, chinesa e ayurvédica, assentadas no modelo holístico, tem como objeto o sujeito desequilibrado (doente) e por objetivo o restabelecimento de sua saúde, ou mesmo sua ampliação.

Segundo Queiroz (2003), dois fatores contribuíram para abalar os alicerces do paradigma mecanicista⁶ da medicina moderna: a deficiência do paradigma em conceitualizar os problemas modernos da saúde humana e os custos crescentes acarretados por esse tipo de medicina, tornando-a incompatível com o ideal democratizante da oferta de serviços médicos, em especial nos países em desenvolvimento. Assim, fica evidente o papel significativo da inadequação do paradigma mecanicista nas várias crises do setor saúde. Quanto a isso, Oliver Sacks, renomado neurologista e escritor, faz um desabafo sobre a limitação do atual modelo biomédico em sua forma de enxergar a dinâmica do ser humano:

“[...] por vezes sou levado a pensar se não seria necessário redefinir os conceitos de ‘saúde’ e ‘doença’, para vê-los em termos da capacidade do organismo de criar uma nova organização e ordem, adequada à sua disposição especial e modificada e a suas necessidades, mais do que em termos de uma ‘norma rigidamente definida’” (Sacks, 1995, p.4).

Luz (2005) assevera que ocorre “uma grande inquietação social associada a essa ‘perda da natureza’, se se pode qualificar assim a preocupação do movimento

⁶ A concepção mecanicista da medicina admite que a saúde e a doença podem ser explicadas exclusivamente pela interação mecânica das diferentes partes do organismo humano, não reconhecendo o papel da sociedade, da cultura, da comunidade científica e da própria história na determinação não só do objeto de conhecimento, como da maneira de abordá-lo. (Queiroz, 2003)

ecológico surgido nos últimos vinte anos, [...] incluindo-se basicamente a questão da saúde humana” (2005, p.153). A autora chama de “consciência ecológica” ligada à recuperação das categorias de vida, saúde, higiene, entre outras; levando à procura de outro paradigma em saúde, ao menos nas grandes cidades, ou nas regiões mais urbanizadas do mundo atual. Neste contexto, portanto, a medicina tecnológica é representada como antinatural e antiecológica, enquanto que a busca de medicinas “naturísticas” ganha adesão de camadas importantes das populações urbanas.

No campo das evidências científicas, o físico quântico e estudioso de assuntos relacionados à saúde, Goswami (2006), destaca que uma variedade de ensaios clínicos vem demonstrando a validade de práticas da medicina integrativa e complementar, constituindo-se em paradoxos para a medicina convencional. A produção científica de alguns pesquisadores comprometidos com esse movimento no campo da saúde coletiva é digna de nota e tem sido uma contribuição valiosa no movimento de fortalecimento da perspectiva holística em prol de mudanças no sistema de saúde e, inclusive, na maneira como os indivíduos lidam com os assuntos referentes à saúde e à própria vida. No entanto, ainda faltam lente e mapa que dimensionem aspectos da realidade evidenciada pelos estudos das PICS, uma vez que qualquer descoberta científica que vá de encontro ao paradigma dominante pode não ser aceita pela comunidade acadêmica. O reconhecimento de novos conhecimentos nas chamadas revoluções científicas só se dará com a emergência de um novo paradigma que esteja em sintonia com fatores sociais, culturais e econômicos da sociedade mais ampla (Contatore et al., 2015; Lima, Silva, Tesser, 2014; Queiroz, 2003; Santos, Tesser, 2012; Telesi Júnior, 2016).

Barros e Fiuza (2014) já denunciavam alguns vieses na disseminação da produção de conhecimentos na área da Medicina Integrativa e Complementar, o que contribuía para fortalecer a tendência de rejeição das PICS por profissionais, gestores e construtores de políticas de saúde. São eles: a publicação da maioria das evidências positivas em periódicos de baixo ou de nenhum fator de impacto; o maior número de publicação de evidências negativas em periódicos norte-americanos de alto impacto. Dessa forma, ocorre a manutenção do *status quo*, com um valor social negativo e com a lógica da monocultura do conhecimento dominante e da perpetuação do ciclo de rejeição das PICS por parte daqueles que buscam se atualizar mediante periódicos de maior impacto, e justamente dos que publicam a

maioria das evidências negativas. Para os autores, existe a necessidade de ampliar a perspectiva da ciência no campo da saúde, sendo apontados alguns fatores que contribuem para o menor número de publicações sobre PICS em periódicos de alto fator de impacto, quais sejam (p.2373):

- a baixa inclusão de profissionais praticantes de PICS no ambiente acadêmico, o que pode levar ao menor adestramento científico;
- a falta de financiamento adequado, devido não apenas ao distanciamento da academia, mas principalmente à falta de interesse por parte das instituições de apoio;
- a falta de cooperação entre pesquisadores biomédicos e Medicina Alternativa e Complementar.

Portanto, a necessidade de mudança para um paradigma que encerre uma visão integral do ser humano, uma dimensão global que abarque corpo, mente e espírito como instâncias interdependentes e complementares vem se sustentando cada vez mais e desafiando as bases epistemológicas e a práxis das ações de cuidado em saúde. Trata-se, portanto, da inserção de outras racionalidades e saberes médicos na hegemônica produção de cuidado modelar biomédico predominante.

1.3 MODELO BIOMÉDICO E MODELO HOLÍSTICO DE SAÚDE

“Qualquer medicina é parte constituinte de um contexto sócio histórico específico, exprimindo-o e constituindo-o, ao mesmo tempo, nos aspectos que concernem ao adoecer, ao recuperar-se ou ao morrer humano...” (Madel Luz).

Em termos de saúde, os indivíduos e grupos agem conforme diferentes tipos de abordagem, baseados em diversos conceitos de saúde e de doença. Diferentes modelos de organismos vivos levarão a diferentes definições de saúde. Portanto, o conceito de saúde e os conceitos afins de mal-estar, doença e patologia não se referem a algo bem definido, mas são partes integrantes de modelos limitados e aproximados que refletem uma teia de relações entre múltiplos aspectos do complexo e fluido fenômeno da vida. (Capra, 2012)

Ao explicar sobre a enfermagem holística, Dossey (2008) assevera que o sistema de cura comporta em sua estrutura duas vertentes: uma que se relaciona à ideia de curar sintomas, dentro de um modelo alopático e com os profissionais atuando sob competências de poder e pro atividade (*curing*); outra que está vinculada à ideia de despertar as capacidades curativas do organismo, dentro de um modelo de terapias integradas e com os profissionais atuando sob competências de corresponsabilidade e inter-relacionamento com o paciente (*healing*). O primeiro, portanto, estaria relacionado ao modelo biomédico de saúde e o segundo ao modelo holístico.

1.3.1 Modelo biomédico de saúde

O modelo biomédico de saúde está firmemente assentado no pensamento positivista⁷, cartesiano⁸ e embasado em uma epistemologia com visão de mundo mecanicista, a qual impregna o imaginário médico até nossos dias. As bases para a construção da concepção biomédica de saúde-doença, caracterizada como modelo de saúde hegemônico na medicina tradicional do ocidente desde o século XIX, assentam-se nos postulados de precisão matemática e metodologia científica-hipotética-dedutiva, com o cerne nas ideias de Galileu Galilei; empirismo e método indutivo, apoiados no desenvolvimento da estratégia de Francis Bacon; método analítico, fruto do racionalismo de René Descartes; mecanismos movidos por eternos ditames naturais, advindos da física mecânica de Isaac Newton. (Capra, 2012, Crema, 1989).

Em tal concepção, o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças, a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos e o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar os defeitos no funcionamento de um específico mecanismo

⁷ Concepção ideológica instituída nos séculos XVII e XVIII que contrapunha aos princípios teológicos e metafísicos os fatos e a razão como fundamentos da verdade, os quais seriam produzidos mediante atitude neutra e imparcial diante do objeto de conhecimento, livre e desinteressada de qualquer influência social, econômica, política e cultural (Queiroz, 2003).

⁸ René Descartes (1596-1650), filósofo francês, estabeleceu os métodos para se pensar o corpo humano como uma máquina. Seus princípios levaram à ideia de dicotomia entre mente – uma concepção divina, fora do alcance da ciência; e corpo – um organismo imperfeito que obedece a leis mecânicas (Queiroz, 2003).

enguçado. A atenção é dirigida a sujeitos individuais em suas unidades morfológicas, e não há espaço para a síntese entre o individual e o coletivo (Camargo Júnior, 1993; Capra, 2010; Coelho e Fonseca, 2005).

Ao abraçar as ideias positivistas, a medicina relegou a um plano totalmente secundário as dimensões humanas tais como sensibilidade, intuição e emoção, exigindo “uma rígida disciplina para controlar e impedir essas manifestações durante o processo de produção científica” (Queiroz, 2003, p.50). Dessa forma, houve uma forte perseguição às formas alternativas do pensamento, apesar destas persistirem marginalizadas ao longo do tempo. Assim, no esquema modelar biomédico, uma pessoa é como um relógio bem construído e em condições mecânicas perfeitas; o doente, um relógio cujas peças não funcionam apropriadamente. Prevalecem o dualismo e o reducionismo, onde este é caracterizado pela redução de qualquer sistema em partes mais simples ou menores, e aquele pela divisão de corpo e mente em entidades distintas e separadas. Além disso, os sujeitos sociais são desconsiderados em sua multidimensionalidade, o espaço do cuidado é restrito e a grande especialização dos profissionais resulta em perda de vista da totalidade do ser humano (Capra, 2012; Coelho, Fonseca, 2005; Queiroz, 2003; Waldow, 2001).

De acordo com esse modelo, o médico, figura central e de autoridade, concentra-se em partes cada vez menores do corpo, perdendo de vista o paciente como ser humano e reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico. O fenômeno da cura perde seu espaço e a promoção e manutenção da boa saúde perde a eficiência. O tratamento alopático ganha terreno, com foco nos sintomas e orientado pela funcionalidade e pela eficácia sob a égide de um profissional emocionalmente neutro na relação com o paciente (Capra, 2012; Dossey et al., 2008).

Em resumo, Capra (1993) define muito bem o modelo biomédico a partir de três premissas básicas:

- A separação cartesiana entre corpo e alma: o corpo deve ser um objeto de um conhecimento objetivo, que encontra sua formulação mais bem-acabada no saber da biomedicina;
- A metáfora do “corpo máquina”: materialidade do corpo, representado por um modelo mecanicista, no qual o corpo humano é concebido como um conjunto de órgãos e sistemas;

- O conhecimento anatomofisiológico: consolida a universalidade do corpo humano, compreendida a partir de sua constituição anatômica e fisiológica.

Davis-Floyd (2001), por sua vez, denomina esse modelo de tecnocrático, sendo pautado na ciência feita por tecnologia e realizado através de grandes instituições regidas por ideologias patriarcais em contexto econômico com fins lucrativos. Essa denominação da autora deriva do valor dado à tecnologia pelas sociedades ocidentais, principalmente a norte americana. Nesse contexto, de valorização da tecnologia, da competição, da produção e do resultado, nasceu o modelo biomédico ou tecnocrático. Como todo sistema médico traz em seu bojo ideais, valores e crenças de um determinado grupo social, a tecnologia, considerada um dos maiores bens dos indivíduos, respinga em todo o modelo e lhe dá embasamento.

Segundo a autora, os doze dogmas regentes desse modelo de cuidado em saúde são: Separação corpo e mente, o corpo máquina, paciente como objeto, alienação profissional do paciente, diagnóstico e tratamento de fora para dentro, organização hierárquica e padronização do atendimento, autoridade e responsabilidade inerente ao profissional e não ao paciente, supervalorização da ciência e da tecnologia, intervenção agressiva com ênfase em resultados de curto prazo, a morte como derrota, um sistema com fins lucrativos, e intolerância a outros modelos. Assim, “os sistemas médico e de saúde ocidentais contemporâneos estão fundamentados no modelo tecnocrático, na ciência por tecnologia, (Gualda, Campos, 2017).

1.3.2 Modelo holístico de saúde

O termo *holismo* foi inventado pelo estadista e intelectual Jan Christiaan Smuts em 1926, para designar a tendência do universo para construir unidades que formam um todo e de complexidade crescente. Oriundo da palavra grega *holos*, significa totalidade, globalidade. No campo da saúde, o holismo é caracterizado como uma forma mais ampla de ver o organismo humano, como um sistema cujos componentes estão todos interligados e interdependentes, interagindo continuamente com o seu meio ambiente físico e social e sendo constantemente afetado por ele; podendo, ainda, também agir sobre ele e modificá-lo (Capra, 2012).

O adjetivo *holístico* é utilizado em áreas diversas do conhecimento, tornando-se familiar no meio das medicinas complementares. Seu significado está atrelado à ideia de uma abordagem filosófica do cuidado de saúde, apoiada no holismo. Este, por sua vez, se contrapõe ao reducionismo, resistindo à ideia de que o ser humano pode ser comparado a uma máquina. (Carneiro, Soares, 2004).

Na estrutura modelar holística, há uma inter-relação e interdependência essenciais de todos os fenômenos. Na saúde, caracteriza-se como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes (Capra, 2012). Sob esta ótica, a interface cultural também se insere como aspecto modelador dos gradientes de saúde das pessoas, uma vez que, para lidar com o ambiente físico e social, o indivíduo se utiliza de informações culturalmente transmitidas e simbolicamente codificadas (Crema, 1995; Shweder, LeVine, 1984; Weil, 1988).

Na concepção holística de saúde-doença, ser saudável significa estar em sincronia consigo mesmo, física e mentalmente, e também com o mundo circundante. A doença, por sua vez, é vista como consequência de desequilíbrio e desarmonia, podendo, com frequência, ser decorrente de uma falta de integração. O modelo holístico de saúde distingue claramente as origens da doença e sua manifestação, bem como a tendência inata do organismo para curar-se. Para isso, assume a tarefa de inventar uma nova linguagem e um novo código para remover o ser mutilado, fragmentado na mente, no coração e no existir (Capra, 2012a; Crema, 1995; Lima, Silva, Tesser, 2014).

A respeito disso, Dossey (2008) discorre sobre o cuidado de saúde dentro desse modelo, o qual deve desenvolver um foco que transcenda o biomédico, as técnicas funcionais e os conhecimentos subespecializados. Para tanto, levanta as seguintes premissas (p.10):

- Busca por padrões e causas, ao invés de sintomas.
- Modelo integrado e interessado no paciente como um todo, em oposição a um modelo especializado.
- Ênfase nos valores humanos, e não na eficiência.
- Cuidar do profissional é um componente de cura, este deixa de ser emocionalmente neutro.

- Dor e doença podem ser sinais valiosos de conflitos internos e não são vistos como totalmente negativos.
- Intervenções mínimas com tecnologia apropriada e complementada com uma gama de técnicas não invasivas (psicotecnologias⁹, dieta, exercício), ao invés de intervenção com medicamentos e cirurgia como primeiro recurso.
- Corpo visto como um sistema dinâmico, um campo complexo de energia dentro de campos (família, local de trabalho, meio ambiente, cultura, história de vida), e não como uma máquina em boa ou má recuperação.
- Doença ou incapacidade visto como um processo, ao invés de uma entidade.
- Ênfase em alcançar o máximo de saúde mente-corpo, em oposição ao eliminar sintomas e doenças.
- O paciente é autônomo, e não dependente.
- O profissional é parceiro terapêutico, e não autoridade.
- Perspectiva corpo-mente, onde a doença psicossomática é esfera de ação de todos os profissionais de saúde.
- O efeito placebo é evidência do papel da mente na doença e na cura, não se constituindo em poder de sugestão.
- Principal ênfase em informação qualitativa, incluindo relatos de paciente e intuição do profissional; os dados quantitativos, como gráficos, testes e datas, são complementares.
- Prevenção como sinônimo de totalidade: no trabalho, relacionamentos, objetivos, corpo-mente-espírito.

O modelo holístico de saúde é compatível com os modelos das medicinas tradicionais e com as modernas teorias científicas modernas. Nele encontra-se implícita a complementaridade das polaridades análise-síntese, o equilíbrio entre a parte e a totalidade, o específico e o total, o singular e o geral, o somático e o psíquico, a exterioridade e a interioridade; na dinâmica do todo e as partes que se integram (Capra, 2012a; Crema, 1995).

⁹ Termo criado pelo sociólogo e doutor em Língua e Literatura Francesa, Derrick de Kerckhove. Refere-se às inovações tecnológicas que causam impacto direto no sistema nervoso e nas emoções, mudando a maneira como percebemos o mundo. As psicotecnologias “mudam relações no tecido social, reestruturam ou modificam também aspectos psicológicos, especialmente aqueles que dependem da interação entre linguagem e o organismo humano (...)” (Kerckhove, 1997, p. 275).

Com relação aos modelos de cuidado de saúde, a antropóloga Davis-Floyd (2001) descreve três tipos: o tecnocrático (citado anteriormente), o humanístico e o holístico. O segundo modelo, considerado biopsicossocial, pauta-se pelo movimento mundial de humanização, sendo menos radical que o holístico e representado pelos esforços dos profissionais em prestar uma assistência mais interativa, participativa e atenta às necessidades individuais.

Dessa forma, são características do modelo humanístico: conexão corpo-mente; corpo como organismo (embora em alguns aspectos ainda se pareça com uma máquina); paciente como sujeito relacional; conexão e cuidado entre o profissional e o paciente; diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora; equilíbrio entre as necessidades da instituição e as do indivíduo; informação, poder de decisão e responsabilidade do paciente e do médico; ciência e tecnologia contrabalançada com o humanismo; foco na prevenção de doenças; a morte como um resultado aceitável; cuidado com compaixão; abertura para outras modalidades.

Quanto ao terceiro modelo, o holístico, Davis-Floyd (2001), em seus estudos sobre contextos de reprodução humana e nascimento na sociedade americana, sintetiza-o em doze princípios, conforme quadro a seguir.

Quadro 2 – Doze princípios do modelo holístico segundo Davis-Floyd

Unidade de corpo-mente-espírito
O corpo como um sistema de energia interligado com outros sistemas de energia
Cura integral da pessoa no contexto total de vida
Unidade essencial do terapeuta e do cliente
O diagnóstico e cura de dentro para fora
A individualidade no atendimento
Autoridade e responsabilidade inerentes ao indivíduo
Ciência e tecnologia a serviço do indivíduo
A foco <i>long-term on</i> criando e mantendo saúde e bem estar
A morte como uma etapa de um processo
A cura como o foco
Aceitação de múltiplas modalidades de cura

Fonte: Gualda, Campos, 2017.

Importante frisar que, particularmente, interesse-me pelo modelo humanístico e o holístico de saúde. Porém, na verdade, as práticas de cuidado investigadas neste estudo são baseadas no modelo holístico, pois segundo Davis-Floyd, o modelo humanístico trata-se de um ajuste dentro do modelo biomédico ou tecnocrático de saúde, no qual a esfera espiritual e energética do ser humano não é abordada. A abordagem humanística não demarca uma separação total entre corpo e mente como a tecnomedicina, mas também não faz alusão a uma unidade mente-corpo como no holístico. O modelo humanístico “contrabalança a tecnomedicina com uma abordagem mais flexível, que pode ser uma simples sobreposição de métodos ou adoção de outros profundamente alternativos”(Gualda, Campos, 2017, p.68). Por isso, a predileção pelo modelo holístico neste estudo.

Assim, na abordagem holística, mente e corpo são integrados com a participação do espírito em todo ser humano, resgatando a ideia de que o cérebro está presente em todo o corpo e de que o mundo espiritual e o mundo metafísico estão incorporados no processo de cura. Extrapola-se a visão do corpo como máquina, o qual é visto como energia sem limites, abrindo campo para terapêuticas como acupuntura, homeopatia, reiki, imposição de mãos e outras. Admite-se, ainda, a influência de vibrações ou campos eletromagnéticos do ambiente que são nocivos à saúde, como: hostilidade, microondas, usinas ou torres de energia elétrica (Gualda, Campos, 2017).

Além da abordagem pessoa e meio ambiente como um todo, estimula-se um relacionamento mutuamente cooperativo e igualitário entre terapeuta e cliente (não mais paciente). A mescla dos campos de energia de ambos favorece o uso da intuição por parte do terapeuta no conhecimento de seu cliente, proporcionando o diagnóstico e cura de dentro para fora. Assim, o cuidado é individualizado e voltado para a autonomia e co-participação do cliente, que assume a responsabilidade pela sua saúde e bem-estar. A assistência à saúde caracteriza-se por oferecer acolhimento e cuidados de maior amplitude à multiplicidade de queixas clínicas, enfatizando o valor da cura e do cuidado, encorajando expectativas positivas e solidariedade nos usuários. Pode ser qualificada como medicina baseada em narrativas, resgatando o sujeito, sua singularidade e integralidade para a prática clínica (Gualda, Campos, 2017; Luz, Rosenbaum, Barros, 2006).

Nesse modelo de saúde, ciência e tecnologia são colocadas a serviço do cliente, buscando-se não ser invasivo e não produzir efeitos adversos. Além disso, firmam-se compromissos de melhora e manutenção da saúde em longo prazo, com vistas à reflexão sobre hábitos e estilo de vida. Parcerias são formadas entre terapeutas e usuários com trocas de energia frente ao lento e longo caminhar para a saúde. Desse modo, a vida é vista como um processo, assim como a morte, que se torna um passo essencial no processo de viver (Gualda, Campos, 2017).

“A definição do paradigma holístico do corpo como um campo de energia em constante interação com outros campos de energia possibilita a adoção de várias modalidades de cura. A visão holística implica uma profunda revolução na área da saúde.” (Gualda, Campos, 2017, p.74). Abre-se campo para múltiplas disciplinas, cada qual com sua colaboração para restauração e manutenção do equilíbrio biopsicossocial, cultural e espiritual do ser. Quanto a isso, a recomendação número 20 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 12 de abril de 2019, que versa sobre a contratação multiprofissional pelos gestores públicos que efetivarem políticas ou programas de saúde orientados às PICS, constitui-se em incentivo à valorização do trabalho multidisciplinar no sistema de saúde, ainda que a realidade nas unidades de saúde seja outra.

A verdade é que os vários modelos de saúde sempre coexistiram, incluindo os dois apresentados anteriormente, porém sempre intermediados por uma relação de poder. Além disso, vivemos em uma sociedade onde existem diversas formas de viver, classes sociais, religiões, etnias. Por isso, não temos um modelo puro que seja essencialmente biomédico ou holístico. Verifica-se uma mescla, pois um só não é capaz de dar conta de todas as demandas e diversidades. Muitas vezes, observa-se também valores conflitantes.

Em relação a isso, a antropóloga do nascimento Brigitte Jordan (1993), em suas reflexões sobre o conhecimento autoritativo¹⁰, expõe a existência de vários sistemas de conhecimento construídos por processos sociais dentro de qualquer domínio em particular. Dentro dessa lógica, um dos sistemas passa a assumir a hegemonia e o peso maior em detrimento dos outros sistemas de conhecimento, em

¹⁰ Processo que constrói e reflete as relações de poder num grupo profissional. Processa-se de uma maneira tal, que os participantes visualizam a ordem social presente como natural e adequada e se constitui a base para as decisões e justificam o curso das ações (Gualda, Campos, 2017).

um mecanismo cujas estruturas sociais hierárquicas são criadas, mantidas e exibidas. Traduzindo para o contexto dos modelos de saúde, verificamos que a concepção biomédica assumiu o papel de conhecimento autoritativo, considerado pela sociedade ocidental contemporânea como “legítimo, consequente, oficial, digno de discussão e apropriado para justificar ações particulares das pessoas engajadas em realizar as tarefas disponíveis” (Jordan, 1993, p.154).

Para a concepção holística de saúde-doença coube o papel de um sistema atrasado, ignorante e ingênuo, sendo que tudo o que tende a dizer sobre as questões intrínsecas à área pode ser julgado irrelevante, infundado e, por vezes, sem objetividade (Jordan, 1993). Assim, apesar da restauração e manutenção do equilíbrio dinâmico de indivíduos, famílias e outros grupos sociais proporcionados pela assistência de saúde com visão holística, geralmente as pessoas não só aceitam, validam e reforçam o conhecimento autoritativo da concepção biomédica de saúde-doença, mas também se envolvem ativa e inconscientemente em sua rotina de produção e reprodução (Crema, 1986; Jordan, 1993).

Por conseguinte, o cuidado em saúde assentado na estrutura modelar holística, tem a ver com reflexão crítica sobre a complexa rede de interações que moldam as práticas de saúde dentro de um contexto sócio cultural, sinalizando para um modo específico de ser e relacionar-se, no qual a responsabilidade de cuidar do outro implica em valorizar singularidades e particularidades na relação com a totalidade. O profissional de saúde torna-se um facilitador do processo de cura, atento à autoeducação, autocuidado e compromisso evolutivo, como parte de um processo que passa a significar pessoas cuidando de sua própria saúde individualmente, como uma sociedade, e com a ajuda de terapeutas. Enxergar a realidade dos problemas de saúde sob essa ótica pode evitar uma visão reducionista do processo de cuidado (Campos, 2009; Coelho, Fonseca, 2005; Crema, 1995).

Essa nova abordagem de cuidado em saúde vem se formatando como novo paradigma, com forte identidade com a integralidade do cuidado, humanização das relações, construção de evidências científicas e mudanças na educação em saúde (Otani, Barros, 2011). No Brasil, ainda há muito que se construir para a inserção e fortalecimento dessas outras racionalidades e saberes médicos no cotidiano da produção de cuidados em saúde, que podem contribuir para “a discussão sobre a humanização dos serviços de saúde, a excessiva normatividade ante os usuários e

pacientes, o alto custo dos atendimentos e procedimentos, a medicalização abusiva e a sua consequente iatrogenia” (Coelho, Fonseca, 2005, p.362).

Embora haja todas as recomendações do MS, no Brasil poucos são os serviços de saúde que tem desenvolvido as PICS. Apesar de ser um modelo ideologicamente sólido e igualitário, com vistas à equidade e à integralidade na assistência à saúde e pautado em um modelo biomédico hegemônico, apresenta indícios notórios de insuficiência, clamando pela reformulação de pontos de vista, métodos e caminhos adotados para a prestação de cuidados em saúde. Alguns serviços que oferecem PICS vem fazendo o empreendimento de auxiliar na supressão dessa demanda.

A inclusão das PICS no SUS tem acontecido de forma gradual e muito lentificada. Há dificuldades e aspectos negativos na implantação e estruturação, como a legitimação de novas racionalidades médicas, que, embora regulamentadas por uma política nacional, ainda tem espaço restrito entre profissionais de saúde e gestores; a sobrecarga de trabalho dos profissionais que conduzem as PICS, ocasionada por recursos humanos e estruturas insuficientes para a realização das atividades básicas do processo de trabalho dos profissionais; e a não priorização das PICS na rotina de atendimento das equipes no serviço (Barros, Spadacio, Costa, 2018; Dacal, Silva, 2018).

Por isso, verifica-se conflito de baixo reconhecimento e visibilidades das PICS, implicando na necessidade de reformulações em direção ao fomento à pesquisa, ensino e extensão, além da participação e do controle popular na execução dessa política, com o intuito de fortalecer um movimento de expansão nacional mais uniforme quanto ao acesso e às garantias de direito ao cidadão (Barros, Spadacio, Costa, 2018; Dacal, Silva, 2018).

Geralmente, essas práticas se desenvolvem em grupos de profissionais que as estudam fora da academia e do sistema de saúde. É justamente nesse contexto que tenho atuado e, por isso, foi escolhido como local de estudo para o desenvolvimento desta pesquisa. Ademais, para compreender as práticas de saúde e suas nuances, torna-se necessária a utilização de métodos compreensivos, que não sejam mensuráveis com indicadores quantitativos. Para estudar esses grupos, a antropologia oferece uma maior possibilidade de subsidiar este estudo, uma vez que “o fazer antropológico é um exercício constante de estranhamento e relativização de

crenças, valores, enfim, de visão de mundo, em um esforço de compreensão das formas de vida que são estranhas à qual se está inserido” (Campos 2009, p.63); por isso a escolha dessa epistemologia para nortear o presente estudo.

A antropologia é o estudo das culturas humanas como um todo em suas diversidades históricas e geográficas, preocupando-se em entender “o outro”. Ao centrar sua atenção na pessoa, considera todos os aspectos da existência humana, biológica e cultural, passada e presente; além de combinar esses diversos materiais em um abordar integrado do problema da experiência humana (Herskovits, 1973). “Pela sua própria natureza, a Antropologia ensina-nos a compreender e a avaliar as formas culturais de todas as sociedades...” (Bernardi, 2007, p.123).

No campo da saúde, a Antropologia é utilizada a fim de trazer luz e compreensão sobre as práticas de cuidado e os significados do processo saúde e doença nas diferentes culturas; além de levar em consideração que a maneira mediante a qual um determinado grupo social pensa e se organiza para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociada da visão de mundo e da experiência geral a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturalmente informados. Sendo assim, na perspectiva antropológica, o universo sócio cultural é visto como o contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e os comportamentos diante delas, permitindo examinar as relações (interações e contradições) entre os modelos de práticas de saúde e os modelos culturais dos usuários. (Langdon, Wilk, 2010; Laplantine, 1994; McGee, Warm, 2004, Uchoa, Vidal, 1994).

Neste caso, num determinado grupo. Segundo Langdon e Wilk (2010), um dos papéis da antropologia é inferir sobre o que há em comum nas ações, atribuições de sentido, significados e simbolismo projetados pelos indivíduos sobre o mundo material e “natural”. Por isso, será realizado um trabalho de exploração da natureza, processos e funcionamento do grupo de pessoas que interagem no serviço de saúde, baseado em suas experiências e significados próprios a fim de alcançar perspectivas outras em favor de tendências mais “contextualistas, antiformalistas e relativistas” (Geertz, 1997, p.11).

A respeito disso, na enfermagem, disciplina cujo cuidado é o conceito mais essencial, merecem destaque os trabalhos da enfermeira teórica Madeleine Leininger, que foi a primeira enfermeira a trazer a antropologia para essa disciplina,

aplicando o método antropológico e aproximando cultura e cuidado. Em seus escritos, propõe descobrir diversidades e universalidades do cuidado humano em relação às dimensões de visão de mundo e estrutura social, dentre outras. A partir daí, providenciar o cuidado culturalmente congruente às pessoas de culturas diferentes ou similares, de forma a proporcionar o que é benéfico, útil e se encaixe dentro dos modos de vida da pessoa, família ou grupo cultural. Sendo assim, os cuidados com a saúde devem privilegiar tanto as condicionantes sociais como o universo simbólico da cultura, correspondentes à teia de significados que a pessoa mesma teceu e a partir dela vê o mundo (Leininger, 1991).

No grupo cultural do contexto deste estudo, buscamos evidências que desvelassem a forma como as pessoas gostariam de ser cuidadas em seu atual processo saúde-doença, bem como a caracterização do cuidado recebido no local, em seus aspectos culturais das necessidades humanas.

Ao unir cultura e enfermagem, Leininger (1991) define o cuidado não como um ato ou atividade isolada, mas como um fenômeno intelectual e abstrato, de conotação ampla, no qual as dimensões do cuidado profissional e popular precisam ser descobertas por completo. Para a autora, o cuidado cultural observa as nuances da diversidade (padrões, valores, modos de vida ou símbolos que variam ou se diferem) e da universalidade (significados, padrões, valores, estilos de vida ou símbolos comuns, similares ou dominantes) do cuidado, primando pela valorização dos aspectos culturais das necessidades humanas e a conjugação de valores e visões de mundo dos profissionais e dos populares. Sendo assim, as ideias de Leininger estimulam a visão compreensiva do conhecimento cultural das pessoas e “advogam a abordagem qualitativa na busca dos aspectos epistemológicos e ontológicos do cuidado e do cuidar” (Gualda, Lima, 2017, p.141), por isso, essas ideias serão retomadas e aprofundadas posteriormente nos referenciais teóricos.

Este estudo, enquanto relevância acadêmica e social, visa contribuir para a produção de conhecimento original que subsidie práticas de cuidado, em nosso sistema de saúde, nos moldes terapêuticos das PICS, as quais se traduzem em promotoras de melhoria da qualidade de vida e dignidade à totalidade do ser humano, de forma integral, cultural e humanizada. Com tais ferramentas, os profissionais de saúde que comunguem com essas práticas poderão favorecer, de

forma mais consistente, a construção de maior autonomia e co-responsabilidade em indivíduos e grupos na formas de lidar com seus problemas de saúde.

Do ponto de vista assistencial, dado o avanço das PICS nos diversos cenários da atenção à saúde, busca incrementar as práticas dos profissionais que trabalham nessa vertente, ao desvelar experiências de ações em saúde e perfis de modelos terapêuticos holísticos. Busca, ainda, promover a reflexão do profissional a respeito da maneira como tem disponibilizado o cuidado em saúde e qual seu papel frente aos desafios rumo a um modelo de saúde que vai ao encontro de políticas de humanização e cuidado integral. De fato, os sujeitos da atenção em saúde precisam ter acesso a instrumentos que potencializem subjetividades e favoreça a autonomia, o que pode ser alcançado de forma cooperativa e relacional. Ao refletir sobre *o que* se faz, abrem-se caminhos para melhorar *como* se faz, oportunizando a renovação e, portanto, a transformação da realidade (Ayres, 2001).

Com o avanço da PNPIC no SUS, ações de cuidado em saúde de caráter integrativo e complementar são incentivadas em todas as suas diretrizes e vertentes conformes com preconizações da OMS. Dentre elas, a pesquisa que visa ampliação do conhecimento sobre as PICS, a fim de aprimoramento da atenção à saúde e avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados. Dada a escassez de publicações desse jaez no Brasil (Barros, Spadacio, Costa, 2018; Dacal, Silva, 2018; Tesser, Sousa, Nascimento, 2018), este estudo pode contribuir para a produção de saberes, visando subsidiar práticas baseadas em evidências e contribuir para o fortalecimento das políticas públicas voltadas, principalmente, para as terapêuticas com enfoque nas PICS.

Por fim, o grupo de pessoas deste estudo possui sua própria cultura, suas próprias crenças e seus próprios valores em relação ao cuidado de saúde, que é o que eu busco investigar. Considerando o local, o referencial e o problema, tracei os objetivos citados a seguir.

2 OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as práticas e as experiências de cuidado de usuários e profissionais em um ambulatório de práticas integrativas e complementares de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a trajetória de profissionais que assistem e de pessoas que frequentam o serviço de saúde.
- Conhecer os significados do cuidar para os profissionais e para as pessoas que recebem o cuidado de saúde.
- Conhecer os sentimentos do grupo de pessoas em relação aos cuidados prestados e recebidos.

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 REFERENCIAIS TEÓRICOS

Embora tenha havido várias tentativas, a construção de um referencial para a área da saúde, que supere as dicotomias entre as estruturas objetivas e as relações intersubjetivas, exige uma visão complexa da realidade e um real aprofundamento teórico, tornando necessário o entrelaçamento de perspectivas, sobretudo interdisciplinaridade (Minayo, 2014).

Gualda (1998), fundamentada em Uchôa e Vidal, destaca a contribuição enriquecedora da antropologia para a abordagem de temas relativos ao processo saúde-doença nos universos sociais e culturais onde ocorrem, tornando possível uma perspectiva crítica frente às nossas verdades mais fundamentais e favorecendo a construção de um novo paradigma que aborde saúde e doença, de modo a estimular o diálogo e não o confronto. Sendo assim, neste estudo de cunho antropológico, utilizo elementos da antropologia médica com referencial interpretativo.

A antropologia médica, ramo da antropologia social e cultural¹¹, com raízes na medicina e em outras ciências naturais, é uma área que concentra os estudos do processo saúde doença e faz uso dos conceitos e referenciais da antropologia geral. Essa esfera de conhecimento aborda as formas como as pessoas, em diferentes culturas e grupos, explicam as causas dos problemas de saúde. Além disso, estuda os tipos de tratamentos nos quais as pessoas acreditam e a quem recorre quando estão doentes. (Helman, 2009).

Nakamura (2009) explica que a denominação genérica de “antropologia médica” refere-se a um campo específico de estudos nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra nos anos de 1960, que passou a designar pesquisas sobre saúde abordadas a partir de uma perspectiva antropológica, as quais afirmavam que a identificação e a classificação das doenças diferiam segundo o grupo estudado, não

¹¹ A antropologia social trata do estudo comparativo das sociedades humanas, enfatizando as dimensões sociais da vida humana. A antropologia cultural trata do estudo dos sistemas culturais das sociedades humanas, dando enfoque aos sistemas de símbolos, ideias e significados que constituem uma cultura e dos quais a organização social é apenas uma expressão (Helman, 2009).

sendo, portanto, correspondentes necessárias das categorias da biomedicina. A autora destaca algumas linhas de pesquisa na abordagem da antropologia médica:

- Estudos de cuidados oferecidos nas instituições médicas (hospitais, Unidades Básicas de Saúde etc.), procurando analisar as relações entre médicos ou outros profissionais de saúde e pacientes;
- Estudos de problemas de saúde de populações específicas como idosos, mulheres, crianças, homossexuais etc., cujo foco principal são os comportamentos desses grupos de indivíduos;
- Estudos sobre as práticas, os conhecimentos e as crenças terapêuticas relativas a etiologias, métodos de diagnóstico e tratamento das doenças, buscando identificar os significados atribuídos à saúde e à doença em diferentes sociedades ou grupos sociais;
- Estudo do significado da saúde e da doença relacionado aos usos simbólicos do corpo e à constituição da noção de pessoa.

Gualda (2009) evidencia que a antropologia médica não é uma subdisciplina da antropologia, uma vez que não é detentora de um paradigma central, mas possui várias orientações teóricas que lhe dão corpo. Na verdade, apropria-se de teorias antropológicas e métodos para estudar as questões de saúde, doença, medicina, cuidado e cura. A palavra “antropologia” advém da premissa de que todo conhecimento é culturalmente localizado, vinculando-se à história. O termo “médico”, por sua vez, refere-se ao cuidado e às práticas de saúde que as pessoas adotam quando ficam doentes. Talvez o termo antropologia “da saúde e da doença” seja o mais adequado, conforme defendem alguns autores, para que o termo “médico” não seja confundido com a racionalidade própria da profissão médica atual (Gualda, 2009).

A antropologia médica, portanto, é o estudo de questões relacionadas ao processo saúde-doença, indo além do aspecto fisiológico. Adota uma abordagem biossociocultural para se remeter à saúde como um aspecto da condição humana. Preocupa-se com as questões de saúde que ocorrem em diferentes espaços e em tempos diversos. Vai além da condição biológica primária, buscando compreender as origens da doença, a construção cultural dos sintomas e tratamentos, a natureza das interações entre biologia, sociedade e cultura. Também tende a não aceitar a soberania ou a autoridade de qualquer sistema de saúde (Gualda, Campos, 2017).

Segundo Helman (2009), a antropologia médica se volta para as crenças e práticas relacionadas às alterações biológicas, psicológicas e sociais no organismo humano, seja na saúde ou na doença. Seu enfoque abrange, ainda, o sofrimento humano e as etapas pelas quais as pessoas passam para atendê-lo ou aliviá-lo.

Algumas premissas são comuns a todas as teorias da antropologia médica, quais sejam (Gualda, 2009, p.41):

- A doença e a cura são experiências humanas básicas e melhor compreendidas no complexo das interações entre a biologia e a cultura;
- A doença é influenciada por comportamentos culturais específicos e condições econômicas e sociopolíticas;
- O corpo humano e os sintomas são interpretados por meio dos filtros das crenças culturais;
- Aspectos culturais dos sistemas de cura têm consequências pragmáticas importantes para a aceitabilidade, a eficácia e a melhoria da saúde nas sociedades humanas;
- Os sistemas médicos refletem realidades sociais;
- A biomedicina é uma etnomedicina¹² da cultura ocidental;
- Todas as etnomedicinas estão enraizadas em pressupostos culturais, crenças e valores associados às regras de conduta e articulados a um contexto mais amplo;
- Todos os sistemas médicos envolvem sistemas de símbolos no processo de cura;
- A distinção entre a doença (*disease*) e a experiência da doença (*illness*) tem importância fundamental. A doença (*disease*) é considerada na dimensão da fisiopatologia, enquanto a experiência da doença (*illness*) inclui as dimensões psicossociais.

É importante destacar que a noção de cultura utilizada neste estudo é a de Geertz (1989), para quem a cultura é concebida como conhecimento, símbolo e teia de significados, ao invés de apenas hábito e comportamento. É ativa e participativa, abrangendo estrutura de significados aos quais as pessoas dão sentido às

¹²A etnomedicina, dentro da Antropologia Médica, refere-se à medicina tradicional de um determinado grupo cultural em um dado momento (Tabakian, 2017).

experiências, se comunicam, interagem e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação às suas vidas. Fundamentado nas ideias de Weber, concebia o homem como “um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo criou” (p.15), vendo, portanto, a cultura como uma ciência interpretativa, à procura do significado. Desse modo, “o universo de símbolos e significados permite aos indivíduos de um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações, ressaltando a importância da cultura na construção de todo o fenômeno humano” (Gualda, 1998, p.28).

Para Geertz (1989), a cultura modela os indivíduos como espécie única e, ao mesmo tempo, os modela como indivíduos em separado, o que os torna individual um por um. Assim, cada qual tem sua experiência e se auto orienta baseado nos símbolos culturais a que está exposto e ordena o seu comportamento. Por este ângulo, percepções, interpretações e ações são consideradas culturalmente construídas e também singulares (Gualda, 1998). Por outro lado, Geertz define cultura como “o padrão de significados historicamente e incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas, expressas de formas simbólicas por meio dos quais os homens se comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e atitudes em relação à vida” (Gualda 1998, p.27).

Com essa visão, o estudo pretende decodificar o universo de símbolos e significados construídos culturalmente pelo grupo de pessoas do ambulatório que lhes permite interpretar sua experiência e guiar suas ações em relação aos cuidados de saúde. Prochnow, Leite e Erdmann (2005), citando Geertz, destacam que

“Pressupõe-se que as interpretações ganham significado quando os acontecimentos são inspecionados por determinadas pessoas em determinados contextos, tais como um cristal que, diante do reflexo solar, gera muitas cores de diversas tonalidades, ou seja, a revelação somente acontece a partir da aplicação do sol; pois, até aquele momento, o cerne do fenômeno ainda estava oculto, demonstrando apenas seu aspecto explícito. Vale dizer que cada pessoa de um grupo social verá diferentes tonalidades e diferentes formas de um mesmo fenômeno” (p.585)

Geertz (1989, 1997) concebe também a cultura como texto a ser interpretado, cuja compreensão perpassa pela interpretação da teia de significados construídos por essas pessoas. Sendo assim, a interpretação das experiências deve ser realizada antes de se utilizar os relatos das interpretações a fim de se chegar a algumas conclusões. Essa dinâmica faz uma análise dos entendimentos diferentes

dos já estabelecidos culturalmente e se distancia dos estilos-padrão de demonstração.

Na visão da antropologia médica, a doença é um conjunto de experiências associadas às redes de significados e de interação social e fundamentalmente biocultural, situando-se na interseção da biologia com a cultura. Esses significados estão atrelados ao que foi vivido, desenvolvendo-se modos rotineiros de lidar com a situação. Ocorre, então, uma reconfiguração das teias de significados, nos contextos particulares, encontrando novas densidades no ambiente familiar, nos serviços formais de saúde ou no espaço comunitário, desenhando-se diferentes processos de negociação dos sentidos do adoecer e do cuidar (Gualda 2009, p.44; Souza et al., 2013). Portanto,

“... cada pessoa tem um modo próprio de vivenciar a doença e essa singularidade resulta do seu modo de ‘ser no mundo’, como ser relacional, criador de cultura, em processo de construção da autoconsciência e da própria identidade. De outro lado, essa singularidade implica negociações de sentidos ocorridas ao longo de itinerários terapêuticos, percorridos em diversos contextos (formais ou informais, institucionais ou não etc.), acionando elementos próprios desses contextos, assim como da história de vida e da trajetória dos sujeitos em situação de adoecimento” (Souza et al., 2013, p.192).

Por tudo isso, a cultura deve ser vista como um conjunto complexo de idiomas, linguagens, sistemas de signos e teias de significado, passível de diferentes arranjos, sentidos e densidades, principalmente no contexto das interações sociais. Somado a isso, deve-se reconhecer a existência de diferentes contextos sociais de significação das práticas, saberes e sujeitos do adoecimento e do cuidado, conceituado por Kleinman como “setores de cuidado” (Quadro 3). Cada qual com sua densidade em relação à realidade e com dimensionamento próprio das situações enfrentadas no processo de adoecer. Cada qual com suas características em relação à assistência, fontes de cuidado, fontes de saber, tipos de terapêutica e paradigma que orienta as práticas e os saberes que os compõem (Souza et al., 2013). Importante, ainda, destacar que há “trajetos que atravessam os diferentes setores de cuidado. Por isso, o itinerário terapêutico pode produzir particulares sentidos e horizontes às situações enfrentadas nas dimensões espacial e temporal” (Souza et al., 2013, p.195).

O ambulatório de PICS, por abranger atividades da medicina integrativa e complementar, “sobrepõe-se tanto ao setor popular tradicional quanto ao

profissional” (Helman, 2009, p.81). Esse sistema médico, baseado no paradigma holístico de saúde, vem crescendo em popularidade, conforme já observado anteriormente no capítulo sobre as PICS. Isso torna o local fértil na captação de sentidos e horizontes às situações enfrentadas pelas pessoas que o buscam como meio de cuidado de saúde.

Quadro 3 – Setores do Cuidado

Setor Informal	Delinea-se nas famílias e grupos de convívio, portanto, é composto por cuidadores leigos (familiares, amigos, colegas de trabalho). A experiência pessoal desses sujeitos representa a principal fonte de saber, complementada com conhecimentos obtidos por meio de literatura não científica, mídia etc. As terapêuticas incluem um leque amplo de práticas tradicionais (ervas, rezas) e/ou convencionais (automedicação), não orientadas por um agente especializado. Essas práticas e saberes geralmente são compreendidos dentro de um paradigma holístico, assumido pelos sujeitos que as implementam.
Setor popular (<i>folk</i>)	Apresenta-se principalmente nos espaços religiosos (templos, terreiros etc.), mas também visível em lojas, feiras e outros espaços não religiosos. Neste caso, são ocupados por cuidadores especializados (xamãs, pais de santo, pastores, rezadeiras, benzedeiros, erveiros). O conhecimento tradicional desses sujeitos, adquirido mediante um treinamento especializado – muitas vezes não legalizado e baseado na tradição oral – representa a principal fonte de saber. As terapêuticas incluem um leque amplo de práticas tradicionais (ervas, rezas etc.), orientadas por um agente especializado. Essas práticas e saberes também são compreendidos dentro de um paradigma holístico.
Setor profissional	Delinea-se pelos serviços e profissionais legalmente autorizados para exercer práticas de cura e de cuidado na sociedade (médicos, enfermeiros, no caso das sociedades urbano-industriais). O conhecimento científico representa a principal fonte de saber para esses sujeitos, complementado pela experiência profissional de cada um. As terapêuticas incluem um leque amplo de práticas convencionais (biomédicas), orientadas por conhecimentos científicos especializados. Essas práticas e saberes são compreendidos dentro de um paradigma que ficou conhecido como cartesiano.

Fonte: Quadro Setores do Cuidado, Kleinman (Souza et al., 2013, p.194).

O referencial interpretativo da antropologia traz melhor compreensão sobre a lógica operante nos processos de cuidado em saúde, nas inter-relações do grupo de pessoas e nos significados atribuídos por elas às práticas de cuidado prevalentes no local. Sob esta perspectiva, adoecer e se cuidar equivale a uma experiência eminentemente intersubjetiva e relacional, mediada pelo fenômeno cultural (Gualda, 1998).

A antropologia interpretativa ou hermenêutica¹³ é uma das vertentes da antropologia contemporânea, tendo Clifford Geertz como um dos pioneiros. Trata-se de um estudo que pretende entender quem as pessoas de determinada formação cultural acham que são, o que elas fazem e por que razões elas creem que fazem o que fazem. Ocupa-se da leitura das sociedades como textos ou como análogas a textos. Assim, a interpretação se dá em todos os momentos do estudo, desde a leitura do “texto” cheio de significados que é a sociedade até a escritura do texto/ensaio do antropólogo, o qual é interpretado por aqueles que não passaram pelas experiências do autor do texto escrito (Tsu, 2004).

Os pesquisadores Arthur Kleinman, para quem o sistema médico é um sistema cultural passível de investigação antropológica, e Byron Good, cujo interesse estava nas formas simbólicas e nas práticas culturais, são considerados representantes importantes da corrente interpretativa na antropologia médica, elaborando “um quadro teórico e metodológico para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde” (Gualda, 2009, p.28); por isso são referenciais teóricos para este estudo.

Para esses autores, a mediação cultural é que torna possível a interpretação da doença e seus desdobramentos pelo doente, pelo médico e pelas famílias. Os significados da interpretação dos distúrbios devem ser buscados dentro dos sistemas de interpretação aos quais doentes, médicos e famílias estão ligados. Assim, “o médico decodifica os sintomas de seu paciente de acordo com as categorias presentes no modelo biomédico [...], o doente e seus familiares, por seu turno, tem uma compreensão própria de seu estado de saúde e elaboram uma interpretação para o mal que os aflige, cujos significados estão ligados aos valores próprios ao contexto sociocultural no qual eles estão inseridos” (Campos, 2009).

Campos (2009), baseado em Kleinman, discorre sobre o conceito de modelo explicativo (*explanatory model*) da doença, segundo o qual crenças e valores orientam as condutas terapêuticas de profissionais da saúde, pacientes e familiares no interior do processo saúde-doença. Conforme o autor desse conceito, os modelos explicativos refletem as noções elaboradas sobre os episódios de doença e sobre os tratamentos que foram empregadas por todos aqueles que se engajaram no

¹³ A palavra hermenêutica sugere o processo de trazer uma situação ou uma coisa, da inteligibilidade à compreensão, ou seja, tornar compreensível. Ou ainda, o estudo dos princípios metodológicos de interpretação e explicação (Prochnow, Leite, Erdmann, 2005).

processo terapêutico, sendo o entrelaçamento deles o componente central nos cuidados em saúde (p.65).

Desenvolvido com o intuito de estudar traços cognitivos e os problemas de comunicação associados à assistência e à saúde, o conceito de modelo explicativo “também permite lançar uma luz sobre as relações entre o modelo biomédico e a visão dos doentes e de seus familiares a propósito das enfermidades” (Campos, 2009, p.66). Quanto a isso, a biomedicina insiste em afirmar que existe uma realidade objetiva da doença pautada em suas premissas básicas da separação entre corpo e alma, que fundamentou a ideia de que o corpo deve ser objeto de um conhecimento objetivo; da metáfora do corpo máquina¹⁴, que configura a materialidade do corpo, representado por um modelo mecanicista; e do conhecimento anatomofisiológico, que consolida o campo do conhecimento objetivo (Campos, 2009).

A hegemonia do modelo biomédico na abordagem do processo saúde-doença, principalmente em relação à representação do corpo, fez com que o antropólogo Le Breton se pronunciasse sobre o processo de despersonalização do doente, no qual houve o esquecimento de que a pessoa é um ser relacional e simbólico, e não se resume apenas a um conjunto de órgãos e sistemas que precisa ser reparado (Campos 2009).

Quanto às diferentes interpretações sobre a doença oferecidas pelos doentes e seus familiares, a biomedicina as caracteriza como simples tradução de uma realidade única e imutável apreendida, objetivamente, pela medicina científica; ou seja, trata como uma crença cultural traduzível na linguagem do modelo biomédico e não são vistas como construções subjetivamente dotadas de sentido e dentro de um contexto sociocultural (Campos, 2009).

Good, por sua vez, traz a noção de “perspectivas de rede” e interpretações reveladas nos sintomas e doenças e em todos os sistemas médicos. Nessa perspectiva, “a significação dos episódios patológicos seria construída em redes de significação, por meio das quais os aspectos cognitivos, afetivos e vivenciais se articulam no universo das relações sociais e configurações sociais” (Gualda, 1998, p.31). Dessa forma, os indivíduos se apropriam das redes simbólicas de

¹⁴ O conceito corpo máquina foi abordado no capítulo sobre o modelo biomédico e o modelo holístico de saúde.

significações associadas a doenças para interpretar o vivido, articularem a experiência e exprimi-la de forma socialmente legítima (Gualda, 1998).

Para Good, o aprendizado de uma condição como a doença se dá de forma gradual mediante interações com a figura médica, pessoas com quadro semelhante, literatura popular e a própria experiência corporificada. Nesse processo, o indivíduo aprende a visualizar a doença na perspectiva dos outros e da própria narrativa, onde as opiniões vão emergindo com o tempo e nenhuma síntese é completamente finalizada. Por isso o aspecto simbólico da doença deveria ser tratado como uma linguagem cultural rica, ligado a uma versão especializada da realidade e dos sistemas de relações sociais. (Gualda, 1998).

Em relação a isso, “tanto as práticas e as interpretações profissionais quanto as populares devem ser estudadas para revelar as diversas atividades interpretadas através das quais as realidades são construídas, autorizadas e contestadas na vida pessoal e social das instituições” (Gualda, 1998, p.32). Portanto, as crenças do doente e de seus familiares e os valores da biomedicina constituem-se como representantes de uma resposta social e culturalmente organizada frente às desordens (Campos, 2009).

Conforme já retomado anteriormente, fundamento-me em aspectos da teoria de Madeleine Leininger, que desenvolveu o primeiro método de pesquisa genuinamente da enfermagem, a etnoenfermagem, cujos referenciais estavam embasados na antropologia. Sua dedicação ativa na concepção e conceituação de maneiras de estudar o cuidado sob a esfera da enfermagem e da antropologia, que culminou com a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural, tem servido de referência para várias pesquisas e para a prática assistencial (Cardoso, Ribeiro, Martins, 2019; Fernandes et al., 2018; Ruiz, Martinez, 2017).

Em sua teoria, Leininger advoga que o cuidado é culturalmente constituído e que cada cultura tem sua forma, seus padrões, suas expressões e estruturas para conhecer, explicar e predizer o estado de bem-estar, saúde ou doença. Com esses conceitos, inaugurou o movimento da enfermagem transcultural no mundo que, para a autora, tem a ver com o desenvolvimento de um corpo de conhecimento científico e humanizado a fim de viabilizar prática do cuidado universal e culturalmente específico, dando enfoque ao estudo e à análise comparativa de diferentes culturas ou subculturas mediante observação do comportamento relativo ao cuidado

oferecido e aos valores, crenças e padrões de comportamento relacionados à saúde e doença (Gualda, Lima, 2017).

Portanto, “a teoria fundamenta-se na crença de que a maioria das culturas pode determinar o tipo de cuidado desejado e é direcionada para os consumidores dos serviços de saúde, buscando compreender sua perspectiva, sua visão de mundo, seu conhecimento e suas práticas como base para decisões e ações assistenciais” (Gualda, Lima, 2017, p.139).

Partindo da premissa de que o cuidado é foco central dominante e unificador da enfermagem, cuja essência é o cuidar, destaco algumas justificativas de Leininger que apoiam tal argumento (Gualda, Lima, 2017, p.138):

1. O cuidado é essencial para o crescimento, o desenvolvimento e a sobrevivência humana.
3. A finalidade é explicar e compreender o papel daquele que cuida e daquele que recebe o cuidado.
4. A preservação e a manutenção do cuidado como um atributo humano é essencial para a sobrevivência de seres humanos e das culturas através dos tempos.

Ao formular sua teoria, Leininger estava particularmente interessada em descobrir como os fatores da estrutura social, como o parentesco, a política, a religião, os valores legais, tecnológicos e outros valores culturais específicos influenciaram ou estruturaram as práticas de cuidado das sociedades humanas. A partir daí, objetivou obter uma compreensão completa dos seres humanos e de sua humanidade, em grande parte por meio de descobertas indutivas. Mediante seu modelo “*Sunrise model*”, que considera a operacionalização da teoria e da pesquisa e orienta o estudo da diversidade e universalidade cultural no cuidado, intenta-se chegar à descoberta do significado do cuidado para as diversas culturas (Gualda, Lima, 2017). Assim, sua teoria “permite predizer e explicar padrões de cuidado humano das diversas culturas e as práticas do cuidado de enfermagem, bem como os fatores que os influenciam” (Gualda, Lima, 2017, p.140).

Partindo do pressuposto de que as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem (Langdon, Wilk, 2010), o ambulatório onde se configuram as práticas de cuidado no âmbito das PICS é o contexto deste estudo, e traz em si a

configuração de um sistema significativo e, portanto, passível de interpretação. Serão levadas em consideração as interpretações sobre saúde e doença que permeiam o referido contexto, e a corrente interpretativa da Antropologia, por sua vez, nos conduz à interpretação dos significados.

Por tudo o que foi apresentado, utilizo-me dos referenciais teórico-conceituais de escolha, congruentes com as ideias e finalidades desta pesquisa, para compreender como se configura o cuidado de saúde oferecido dentro de um contexto sociocultural e qual o significado para esse grupo de pessoas envolvidas no cuidado.

3.2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Com base nos objetivos do estudo, na metodologia adotada e no referencial teórico metodológico, foram levantados os seguintes pressupostos:

- Saúde e doença é um processo multidimensional que acontece na vida das pessoas, envolvendo aspectos físicos, socioculturais, psicológicos e espirituais.
- As questões inerentes à saúde e à doença precisam ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais ocorrem, dando-se especial atenção à construção dos significados onde ocorre a sobreposição da causalidade e racionalidade biomédicas (Langdon, Wilk, 2010). Neste caso, o contexto cultural é um ambulatório de PICS.
- As pessoas cuidam de acordo com o contexto e o significado atribuído às informações culturalmente transmitidas e simbolicamente codificadas. As crenças, valores e expectativas em relação ao cuidado são aprendidos, compartilhados e transmitidos, e envolvem símbolos culturais. Os profissionais do local de estudo cuidam conforme suas crenças e valores.
- O processo de cura se dá nos diferentes contextos seguindo as práticas específicas locais. No local de estudo é adotado o modelo holístico e o grupo de pessoas conhece, explica e produz conhecimento específico sobre o processo saúde-doença.

3.3 REFERENCIAIS METODOLÓGICOS

3.3.1 Pesquisa qualitativa

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, a pesquisa qualitativa é a que melhor responde a este imperativo, uma vez que se encontra alicerçada em um paradigma naturalista, o qual permite a investigação da realidade construída pelos sujeitos, com suas subjetividades e valores, mediante a investigação interativa do pesquisador com o que está sendo investigado. Permite, ainda, o emprego de novas perspectivas sobre o social, bem como a produção de interpretações mais próximas do contexto das situações (Groulx, 2014; Polit e Beck, 2018).

Conforme Flick (2009), “a pesquisa qualitativa não se baseia em um conceito teórico e metodológico unificado. Diversas abordagens teóricas e seus métodos caracterizam as discussões e a prática da pesquisa” (p.25). Por isso, os referenciais teóricos deste estudo articulam fundamentos da corrente interpretativa da antropologia, da antropologia médica e da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Leininger, conforme apresentados anteriormente.

A pesquisa qualitativa tem suas origens na sociologia, nos anos 1920 e 1930 com estudos da Escola de Chicago, que discutiam a sua importância para a exploração da vida de grupos humanos. Concomitantemente, na antropologia, os métodos de trabalho de campo foram introduzidos nos estudos de Evans-Pritchard, Radcliffe-Brow e Malinowski, a fim de compreender culturas diversas do pesquisador. Nos anos 1970, a pesquisa qualitativa ganha força em um movimento oposto à concepção positivista¹⁵ da ciência, com crítica à pesquisa social padronizada e quantitativa, dando ênfase aos fatos e causas dos fenômenos sociais, bem como aos estados subjetivos dos indivíduos. Assim, houve um renascimento da pesquisa qualitativa nas ciências sociais e também, com certo atraso, na psicologia (Denzin, Lincoln, 2006; Flick, 2009; Schwandt, 2006).

¹⁵ A concepção positivista caracteriza-se por buscar informações através de meios de quantificação ou procedimentos estatísticos, que permitem estabelecer e provar relações entre variáveis definidas. Para garantir a objetividade do estudo, as opiniões subjetivas, tanto do pesquisador quanto dos indivíduos submetidos ao estudo são, em grande parte, desconsideradas (Denzin, Lincoln, 2006; Flick, 2009; Strauss, Corbin, 2008).

Atualmente, a pesquisa qualitativa, ocorre em diversos campos das ciências sociais e comportamentais, tendo cada um deles se caracterizado por um embasamento teórico específico, por conceitos de realidade específicos e por seus próprios programas metodológicos (Flick, 2009). Em relação às ciências da saúde, “é preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais incluindo o social e o subjetivo como elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos ‘científicas’, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam” (Minayo, 2014, p.31).

Para Campos (2013), a antropologia e seu método etnográfico de investigação são instrumentos poderosos para compreender os fenômenos complexos do campo da saúde com seus aspectos biológicos, socioculturais, econômicos e políticos; uma vez que evidenciam os limites do modelo biomédico, revelando as práticas de saúde de uma população, que estão diretamente ligadas ao seu modo de vida, dentro de um contexto sociocultural.

O método qualitativo, portanto, caracteriza-se por uma abordagem interpretativa do mundo, na qual os pesquisadores realizam seus estudos nos cenários naturais, na busca de entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem. Além disso, ocorre a flexibilidade de adaptação durante seu desenvolvimento, inclusive no que se refere à construção progressiva do objeto da investigação e à descrição em profundidade de vários aspectos importantes da vida social concernentes à cultura e à experiência vivida (Denzin, Lincoln, 2006; Poupart et al., 2014).

“De um ponto de vista qualitativo, os sujeitos sociais interpretam sua situação, concebem estratégias e mobilizam recursos” (Groulx, 2014, p.98). Desse modo, as experiências do cotidiano do senso comum são interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam, o que permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando que novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias sejam construídas durante a investigação. Por fim, a pesquisa qualitativa aplica-se ao estudo dos produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (Denzin, Lincoln, 2006; Minayo, 2014; Poupart et al., 2014).

Outro ponto considerável da pesquisa qualitativa é a reflexividade do pesquisador, uma vez que fazem parte do processo de pesquisa sua comunicação, que é parte explícita da produção de conhecimento, e sua subjetividade somada à daqueles que estão sendo estudados. Assim, as reflexões sobre suas próprias atitudes e observações em campo, suas impressões e sentimentos constituem-se como dados em si mesmos, tornando-se parte da interpretação. Por isso, devem ser documentados em diários de pesquisa ou em protocolos de contexto (Flick, 2009).

Para a pesquisa de campo, utilizei-me do diário de campo como instrumento de operacionalização no intuito de “fazer um registro fiel e detalhado de todas as atividades observadas em cada visita ao campo de estudo” (Campos, 2013, p.94). Desse modo, os elementos registrados podem ser fundamentais para expandir as informações obtidas no campo e oferecer subsídios valiosos para a análise do material coletado na observação sistemática. Segundo González (2011), por meio do diário de campo é possível visualizar as raízes dos comportamentos observáveis e explicá-los de forma compreensível mediante a explicitação dos significados ocultos em camadas compostas por um material inapreensível, quais sejam: crenças, sentimentos e valores, dentre outros.

Ainda sobre a vertente qualitativa de pesquisa, a fonte direta de dados é o ambiente natural, onde o pesquisador torna-se o principal instrumento e os dados coletados são predominantemente descritivos, com a preocupação voltada menos no produto do que no processo, uma vez que os campos de estudo são práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana. (Creswel 2007, p. 186; Flick, 2009). Quanto a isso, Sacks (1995) observa que a forma como as pessoas constroem seus próprios mundos e sua realidade não pode ser totalmente compreendida pela observação do exterior, mas exige, além da abordagem objetiva, um ponto de vista intersubjetivo no qual se tenta ver o mundo com os olhos da pessoa.

Por tudo o que foi apresentado, a predileção pela metodologia qualitativa traz para o estudo melhor compreensão de como o grupo de pessoas interpreta e dá sentido às suas experiências e práticas de cuidado no local de assistência com PICS. Sei que o fenômeno humano é um objeto de estudo complexo e em permanente transformação, porém busco “reconstruir a realidade, tal como observada pelos atores sociais” (Sampieri, Collado, Lucio, 2006, p.5).

Embasando-me no ponto de vista antropológico, que é das relações, aproprio-me da abordagem etnográfica por melhor se adequar a tal finalidade, uma vez que permite um contato direto com a situação pesquisada, possibilitando compreender os comportamentos, crenças e valores dentro do contexto sociocultural no qual estão inseridos (Gualda et al., 2017; Magnani, 2009).

3.3.2 Abordagem etnográfica

Com o referencial teórico adotado e a abordagem da pesquisa qualitativa, eu me conduzi para a etnografia, que é uma modalidade de pesquisa qualitativa e um método específico caracterizado por um conjunto de concepções e procedimentos utilizados tradicionalmente pela antropologia. Tendo por objetivo a compreensão científica de uma dada realidade sociocultural, considera todas as manifestações e dimensões da vida social e cultural dos grupos estudados, observando que é por meio delas que se manifesta a totalidade do social (Campos, 2013).

Caracterizado por ser interativo e indutivo, o método etnográfico envolve o estudo sistemático do mundo sob a ótica do indivíduo, sendo um processo de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar o estilo de vida da cultura de um determinado grupo. Na abordagem etnográfica, o ponto de vista dos sujeitos da pesquisa revela os significados que determinadas práticas tem, dando sentido à realidade e tornando inteligíveis atos cotidianos, eventos, fatos, ações, saúde e doença, inclusive, para quem os vivenciam. Importante ressaltar que sem a presença dos sujeitos, não existem tais categorias culturais (Campos, 2013; Melleiro, Tronchin, Gualda, 2011, p.280;).

Geertz (1989), considerado precursor da tradição etnográfica moderna, chama a atenção para o fato de que a etnografia é um tipo de esforço intelectual no qual se busca fazer uma “descrição densa”, além de apenas selecionar informantes, transcrever textos e levantar genealogias. Essa descrição pode ser traduzida como a interpretação dos dados de forma a que seus vários significados se revelem. Dessa maneira, o método etnográfico permite ao pesquisador entrar em contato com o universo dos pesquisados e compartilhar seu horizonte, seguindo-os até onde seja possível em uma relação de troca, onde compara suas próprias teorias com as deles

e tenta sair com um modelo novo de entendimento ou, ao menos, com uma pista nova, não prevista anteriormente (Magnani, 2009).

A prática etnográfica revela um processo cognitivo de co-produção entre pesquisador e pesquisados, onde a busca de significados da experiência humana envolve a ambos, em uma relação entre diferentes subjetividades. Trata-se de um trabalho paciente e contínuo, no qual ocorre o ordenamento das partes até então dissociadas e que, unidas darão um significado ao objeto pesquisado. Para tal feito, o trabalho de campo é fundamental, uma vez que as observações *in loco* sobre os comportamentos vivenciados no território de pesquisa permitem a construção de um conhecimento baseado no confronto entre hipóteses e observações (Campos 2013; Magnani, 2009; Nakamura, 2009).

Quanto a isso, apoio-me na antropologia social para refletir sobre o meu papel como pesquisadora-protagonista no cenário de estudo, onde o implícito e o explícito, assim como o familiar e o exótico, são relativizados com o objetivo de entender o outro e fazer uma leitura do mundo social sem “certezas ou axiomas indiscutíveis e definitivamente assentados” (DaMatta, 2010, p.11).

Segundo daMatta (2010), sempre nos reconhecemos, apesar das diferenças e por causa delas. E assim foi comigo ao me relacionar com aquele grupo de pessoas. Naquele contexto, pude reconhecer meu modo próprio de lidar com o cuidado de saúde, entrando em contato com os “pré-conceitos” construídos ao longo das vivências anteriores. Assim, o confronto com meus sistemas de crenças e valores em relação ao processo saúde-doença levou-me ao relativizar e a testar minhas interpretações a fim de apreender as significações do ambiente estudado e, acima de tudo, ver-me inserida nesse ambiente num plano reflexivo.

Nakamura (2009) lembra que o fato da proximidade do objeto de estudo, por se tratar do próprio grupo de origem ou de um grupo que parece familiar, não impede o pesquisador de tornar o “familiar em exótico”, pois

“... despedido dos seus próprios valores e padrões de comportamento, deverá partir sempre em busca de significados de experiências que são de ‘outros’. [...] a pergunta que deve ser feita o tempo todo é ‘o que tudo isso significa’ para aqueles que se constituem seus interlocutores na pesquisa (p.22).

De fato, procurei focar a observação em ângulos baseados na perspectiva das pessoas do contexto, e, por diversas vezes, fui surpreendida por fatos e narrativas que me mostraram aspectos do contexto que não havia percebido antes.

Sendo assim, ao investigar um local do qual também faço parte, como profissional de saúde ou como pesquisadora, percebo que também tenho voz como os outros, pois participo do contexto e tenho a oportunidade de refletir sobre o meu papel, como conceituo o cuidado, como as pessoas conceituam o cuidado e, ainda, como ocorrem prática e cuidado de saúde no local. Dessa forma, penso que refletir sobre as realidades existentes e possíveis potencializa a reelaboração de ideias, propostas, tempos e espaços, no intuito de contribuir para o “panorama [que] vem se modificando, graças à ousadia e ao olhar holístico de vários profissionais [...], que por meio de pesquisas, vêm dando vida nova às mais diversas práticas complementares, aplicando-as no cuidado integral ao paciente” (Salles, Silva, 2011, p.2).

Melleiro, Tronchin e Gualda (2011, p.284), baseadas em Hammersley, elencam as características e pressupostos do método etnográfico:

- O comportamento humano é estudado em seu contexto usual em vez de submetido às condições criadas pelo pesquisador, como no caso da pesquisa experimental;
- Os dados são obtidos por meio de vários procedimentos de coleta, mas a observação e a entrevista são os que se destacam;
- O *focus* da pesquisa é, comumente, um pequeno número de casos, em um cenário particular ou em um grupo de pessoas;
- A abordagem para a coleta de dados não é estruturada, no sentido de não envolver um plano inicial rigoroso. Isso significa que as categorias para a interpretação dos dados não precisam ser predeterminadas, o que não é dizer que o processo de pesquisa não é sistemático. Significa que inicialmente os dados são brutos e necessitam ser coletados em uma base o mais ampla possível.
- A análise dos dados envolve a interpretação do significado e a função das ações humanas e adquire forma por meio de descrições e explicações.

3.3.3 Estudo de caso etnográfico

Dado o contexto do estudo, na busca de construir o saber a respeito da particularidade individual e do grupo, amparei-me no estudo de caso do tipo etnográfico conforme as ideias de Stake (1994) e Blasco (1995). Entendo que o estudo de caso é a investigação detalhada de uma única entidade ou de um pequeno número de entidades, que pode ser um indivíduo, família, instituição, comunidade ou outra unidade social (Polit, Beck, 2018). Neste caso em específico, trata-se de uma instituição de saúde.

Os estudos de caso são utilizados na investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação e “assemelha-se à focalização sobre um experimento que se busca compreender por meio de entrevistas, observações, uso de banco de dados e documentos”. (Minayo, 2014, p.164). Seus objetivos incluem:

- Compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico;
- Permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais;
- Esclarecer os fatores que interferem em determinados processos;
- Apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes e até possibilitar comparações, quando no projeto, no decurso do trabalho de campo e nas análises o investigador trabalhar com tipificações.

Stake (1994) assevera que a escolha pelo estudo de caso é menos pela seleção metodológica do que pelo objeto de estudo, sendo que o intento é poder aprender sobre um único caso, o que é comum, particular e único. Blasco (1995), por sua vez, o vê como um meio de edificar o saber sobre a particularidade individual e, para que isso ocorra, a narrativa é imprescindível, pois através dela o ser humano constrói e reconstrói sua vida e elabora tentativas de estrutura mental, percebe-se como autor e intérprete da história relatada, de suas ações, emoções e decisões.

Conforme Blasco (1995), nesse espaço de conhecimento delimitado, que é o estudo de caso, são identificadas três dimensões:

- Dimensão social: posições sociais que os indivíduos ocupam em uma estrutura social determinada;
- Dimensão cultural: categorias ou formas simbólicas através das quais os indivíduos representam, produzem, reproduzem e transmitem o mundo social;
- Dimensão psicológica: mecanismos ou processos psicológicos que possibilitam aos indivíduos a ordenação do mundo e o exercício de suas ações nele.

Quanto aos tipos de estudos de caso, Stake (1995) identifica três tipos, destacando que a maioria dos estudos raramente se ajusta a apenas uma das categorias. Os tipos são:

1. Estudo de caso intrínseco: O caso em si é de interesse e se quer uma compreensão de maior profundidade. Não é escolhido, primariamente, porque representa outros casos, ou, mesmo porque ilustra um aspecto particular ou um problema. Sua finalidade não é estudar um constructo abstrato ou um fenômeno genérico, nem mesmo construir uma teoria, embora isso possa ocorrer em alguns casos.
2. Estudo de caso instrumental: Sua finalidade é proporcionar maior conhecimento a respeito de um tema ou o refinamento de uma teoria. A função do caso é dar apoio, por isso este é considerado secundário, embora proporcione maior facilidade de compreensão de algo mais e seja sendo visto com profundidade. O contexto é sondado, assim como as atividades comuns são detalhadas, porém com a finalidade de satisfazer interesses externos.
3. Estudo de caso coletivo: Estudam-se diversos casos simultaneamente a fim de investigar um fenômeno, uma população ou uma condição geral. Aqui estamos falando do estudo de um caso instrumental ampliado a vários casos. Acredita-se que, ao entendê-los, consegue-se uma melhor teorização a partir de um conjunto de casos.

Gualda (1998), baseada em Stake e Blasco, ressalta que o estudo de caso pode ser considerado uma aproximação metodológica de natureza qualitativa, guiada por uma epistemologia interpretativa. Caracteriza-se por representar um mundo no qual muitos casos se sintam refletidos, podendo condensar as tensões e os apelos de muitas outras vozes silenciadas. Devidos às particularidades do contexto deste estudo, a exploração de campo apoia-se nas três dimensões do estudo de caso referidas acima, caracterizando-se pelo estudo de caso intrínseco e instrumental, cujas definições são as que melhor se coadunam com os objetivos propostos. Conforme Stake (1994), não há uma linha rígida entre ambos os estudos de caso, havendo, na verdade, uma área de possíveis combinações que os unem e os separam ao mesmo tempo, tornando-os mais heurísticos do que funcionais.

O estudo de caso etnográfico, por sua vez, caracteriza-se por delimitar um espaço de significações historicamente produzidas que precisa de uma interpretação compreensiva, além da medição estatística, onde o sujeito cria ininterruptamente as condições sócio históricas que estruturam sua própria vida (Blasco, 1995). Assim, outra característica dos estudos de caso etnográficos é o potencial para adquirir um conhecimento íntimo da condição, dos sentimentos, das ações (passadas e presentes), das interações e do ambiente da pessoa (Minayo, 2014; Poupart et al., 2014). Além disso, proporciona-se ao sujeito a possibilidade da narração sobre suas ações, emoções e decisões, como autor e intérprete, tornando-os sujeitos de significados que constroem sua vida e elaboram sua arquitetura mental, longe de uma visão tendenciosa e reducionista. (Blasco, 1995; Stake, 1994).

Para dar conta do critério de validade do estudo de caso etnográfico, permaneci na instituição o maior tempo possível, numa periodicidade de duas vezes por semana, às terças-feiras e aos sábados. Nesses dias, havia atendimento no ambulatório social, portanto, consegui abarcar as mais diversas práticas de cuidado no campo.

Por fim, dentro dos métodos abordados, busco encarnar o papel do pesquisador explorando o próprio local, no encalço de desvelar práticas, relações, crenças e valores de um grupo de pessoas que dão corpo ao lugar. Nessa busca, conforme bem elucidado por Nakamura (2009), volto o olhar para aquilo que faz algum sentido do ponto de vista teórico-conceitual; mantenho atenta a escuta para eliminar todos os ruídos que pareçam insignificantes, isto é, que não façam nenhum

sentido para o paradigma no interior do qual fui treinada; e elaboro a escrita de forma a refletir o conhecimento crítico acerca desses fenômenos, sendo o produto final a inscrição da experiência do grupo estudado, analisado e interpretado à luz dos referenciais que nortearam esta pesquisa.

3.3.4 Cenário do estudo

“Casa da Terra veio meio sem querer. Naquela casa tinha de tudo o que era da terra: o tratamento natural, a fitoterapia, a acupuntura...” (Sergio Franceschini Filho).

Figura 1: Fachada da Casa da Terra.

Fonte: Sergio Franceschini Filho

A instituição denominada “Casa da Terra”, alocada no bairro da Vila Romana, zona oeste de São Paulo, foi escolhida como contexto do estudo por possuir ambulatorio social que atende gratuitamente pessoas carentes com práticas integrativas e complementares de saúde, quais sejam: acupuntura, fitoterapia, shiatsu e terapia floral. Segundo relatos de seu idealizador, Sérgio Franceschini Filho, o primeiro biomédico a obter habilitação em acupuntura no Brasil, o ambulatorio foi fundado em 03 de maio de 1988.

Desde o ano 2000 em sua sede própria, em um imóvel construído em 1918 que ainda mantém todas as características de sua construção original, o local é composto por uma casa antiga com muito quintal e um herbário implantado. O espaço abriga todos os serviços que a instituição oferece: ambulatório social e escola, que oferece cursos de pós graduação em acupuntura e fitoterapia; e cursos livres complementares e de aprimoramento como: Florais de Bach, Acupuntura científica no tratamento da dor, Eletroacupuntura, Fundamentos básicos de anatomia e fisiologia humana, Fitoacupuntura, Interpretação de imagens, Aromaterapia na medicina tradicional chinesa, dentre outros. Os cursos é que mantem o ambulatório social funcionando com toda a excelência de atendimento.

Figura 2: Ambulatório da Casa da Terra

Fonte: Sergio Franceschini Filho

A instituição tem uma grande demanda pela assistência prestada, havendo uma fila de espera de aproximadamente 40 pessoas. Conforme os assistidos vão tendo alta, os primeiros da fila vão sendo chamados. A média de atendimento no ambulatório social é de 100 pessoas por semana, contando com uma média de 40

alunos e profissionais de saúde das mais diversas áreas: fisioterapia, medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, biomedicina, psicologia. Por tudo isso, o local constituiu-se em um campo fértil para o desenvolvimento do estudo de caso. Além disso, o fato de ser aluna e profissional da instituição foi um facilitador para minha inserção no contexto.

Dada a demanda de usuários, a forma utilizada para selecionar aqueles que irão passar pelo atendimento obedece ao critério de avaliação das contas de consumo, como luz e telefone celular. No entender dos avaliadores, o baixo consumo pode refletir uma situação de escassez de recursos e, portanto, parece ser um critério justo. Quanto a isso, Silva e Rodrigues (2016) asseveram que, mesmo não sendo uma variável estritamente econômica, o consumo de energia elétrica é um importante indicador de bem-estar.

O surgimento do nome “Casa da Terra” é explicado nos relatos do professor Sérgio:

“Eu tinha um consultório numa casa grande, uma casa de frente pra avenida Barão de Jundiá, e ali eu montei uma loja de produtos naturais. O consultório já estava andando, montei uma loja e dei o nome de Casa da Terra. Só que pegou. Virou Casa da Terra consultório, virou Casa da Terra loja de produtos naturais. Aí começamos a trabalhar com erva seca e vendíamos chás. Eu tinha uma chácara na qual plantávamos, colhíamos, fazíamos a secagem e vendíamos os chás embalados. Então era Casa da Terra plantas terapêuticas. Começou como Casa da Terra produtos naturais. Só que era o nome da fachada da casa, então o consultório virou Casa da Terra. Aí todo mundo ia na Casa da Terra: ‘Ah, a Casa da Terra do Sérgio, o Sérgio da Casa da Terra’. Aí virou a Casa da Terra Ervas, que virou a Casa da Terra Plantas Terapêuticas, e aí quando resolvemos montar a escola, já era tudo Casa da Terra mesmo”.

Assim, a escola passou a se chamar “Casa da Terra Cursos e Educação Continuada” com a entrada dos cursos de pós-graduação de acupuntura e

fitoterapia. Na verdade, como afirma o professor Sérgio: *“Casa da Terra veio meio sem querer, era a loja Casa da Terra. Foi o nome que eu criei, mas representando a loja de produtos naturais. Naquela casa tinha de tudo o que era da terra: o tratamento natural, a fitoterapia, a acupuntura... e aí ficou”*.

Fora os dias e horários de atendimento do ambulatório social (terças das 18 horas às 22 horas, quintas das 18 horas às 22 horas e sábados das 9 horas às 17 horas), funcionam os atendimentos pagos na clínica do professor Sérgio. Quanto à manutenção do ambulatório social, que é totalmente gratuito, esclarece que os recursos provenientes dos cursos são disponibilizados para a cobertura dos gastos.

O que transparece do local quando se entra é a sensação de que estamos em nossa casa, acolhidos. Um sentimento de pertencimento e aconchego. As pessoas conversam nos assentos da sala de espera ou sentadas nos bancos que tem no saguão. O chão de estilo rústico fala de simplicidade, além do espetáculo da planta cipó de São João em floração, que se esparrama majestosamente por todo o telhado da casa (Figura 3).

Figura 3: Cipós de São João em floração sobre o telhado.

Fonte: Sergio Franceschini Filho

Lembro-me da expressão das pessoas ao admirarem essa perfeição da natureza. A maioria deixava transparecer um sorriso, mesmo que timidamente. Todas as vezes que presenciei esse fato, pensei: talvez sejam as preliminares do cuidado de saúde que vieram buscar!

3.3.5 Participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo pessoas que recebiam cuidados de saúde na instituição e profissionais de saúde que prestavam assistência. Ao todo, foram entrevistados nove assistidos e dez profissionais. Conforme Minayo (1999), a amostragem da pesquisa qualitativa deve privilegiar os sujeitos sociais que possuem atributos que o pesquisador deseja conhecer, considerando número suficiente quando ocorre certa reincidência das informações, ou seja, os dados ficam saturados e os informes repetitivos. Dessa forma, os participantes do estudo totalizaram dezenove pessoas.

Cabe ressaltar, ainda, que o número de informantes foi definido conforme os objetivos do estudo eram atingidos e obtinham-se dados sobre as experiências e percepções do grupo a respeito de suas formas de conceber o cuidado no contexto sociocultural do estudo. Foram critérios de inclusão para as entrevistas: ser paciente devidamente registrado no sistema de agendamento de consultas da instituição, estar em acompanhamento ambulatorial em um dos modelos terapêuticos ofertados independentemente do tempo de início do tratamento. Para os profissionais de saúde, o critério de inclusão foi atuar na prestação de assistência direta aos usuários no ambulatório social, independentemente do tempo de colaboração na instituição. Foram excluídos do estudo: menores de 18 anos e profissionais que apenas estudavam no local, sem atuação direta na prática de cuidados. No quadro 4, constam as características dos sujeitos entrevistados.

Quadro 4 – Apresentação dos participantes do estudo

Nome/Pseudônimo	Sexo	Profissão	Idade (anos)	Função/Identificação Local
Sérgio	M	Biomédico	59	Coordenador / Terapeuta
Diamante	M	Fisioterapeuta	51	Terapeuta
Ametista	F	Arquiteta urbanista	28	Usuária
Topázio	M	Biomédico	31	Terapeuta
Ágata	F	Enfermeira	55	Terapeuta
Safira	F	Psicóloga	67	Terapeuta
Turmalina	F	Secretária	39	Usuária
Sodalita	F	Administradora	58	Usuária
Quartzo Azul	M	Gráfico	61	Usuário
Hematita	F	Aposentada	67	Usuária
Ônix	M	Educador Físico	42	Terapeuta
Jade	F	Aposentada	78	Usuária
Quartzo Fumê	M	Dentista	50	Terapeuta
Água Marinha	F	Aposentada	78	Usuária
Amazonita	F	Aposentada	67	Usuária
Citrino	M	Psicólogo	54	Terapeuta
Granada	F	Fisioterapeuta	40	Terapeuta
Esmeralda	F	Fisioterapeuta	38	Terapeuta
Jaspe	F	Auxiliar de Pessoal	57	Usuária

Fonte: Elaboração própria. São Paulo, janeiro de 2019. Sexo: M=masculino, F=Feminino

Constituiu-se informante-chave o biomédico Sérgio, uma vez que este foi quem me abriu as portas da instituição, inteirando-me de toda a operacionalização do local, indicando-me horários, pessoas e circunstâncias interessantes ao estudo. Os demais tornaram-se apenas informantes, uma vez que vivenciaram efetivamente o fenômeno estudado, evidenciando prontidão para participar. Importante destacar

que a composição dos informantes não foi planejada, sendo que foram selecionados pela disponibilidade de tempo e interesse em compartilhar suas experiências.

A participação de todos foi voluntária, com o devido esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), composto de duas vias, sendo que uma foi entregue para cada participante.

3.3.6 A pesquisa em campo

Para este estudo, a visão adotada em relação a “campo” aproxima-se da conceituação de Minayo (2014), que o compreende como o recorte especial que diz respeito à abrangência do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação, sendo, portanto, utilizado para entender as concepções de saúde e doença de determinado grupo social. O recorte deste estudo permite a observação de um contexto onde o cuidado se dá sob a assistência com PICS, e ocorre a produção social de concepções e significados do processo saúde doença.

Sendo assim, “o trabalho de campo deve ser realizado a partir de referenciais teóricos e também de aspectos operacionais. Isto é, não se pode pensar num trabalho de campo neutro” (Minayo, 2014, p.203). Na verdade, ambos, pesquisador e participantes interferem dinamicamente no conhecimento da realidade. Além disso, a forma como é realizado o trabalho de campo revela as preocupações científicas do pesquisador, levando-o a selecionar os fatos que serão observados, coletados e compreendidos, bem como o modo de recolhê-los.

Minayo (2014) aponta alguns aspectos aos quais o observador deve estar atento:

- Como os processos investigados se organizam na prática e como funcionam.
- Quais as incongruências entre o que é dito ao pesquisador nas entrevistas e o que é feito.

- Como se processam as relações hierárquicas, as relações entre pares e entre opostos.
- Quais são os símbolos e sinais significativos que estão sendo emitidos e naturalizados no cotidiano em observação.

Dessa forma, após aprovação pelo Comitê de Ética em agosto de 2017 (Anexo 1), dei início à pesquisa em campo. A princípio, encaminhei carta de solicitação de pesquisa (Apêndice C) junto com cópia do projeto à instituição.

O fato de já ser íntima do local permitiu uma inserção tranquila no campo. Porém, desta vez, a postura adotada no contexto era outra: a de pesquisadora que estava ali com um papel bem definido, imbuída dos constructos teórico-metodológicos sobre o meu objeto, aberta à convivência das situações cotidianas com o grupo de pessoas do ambulatorio, atenta ao que iria observar, e intérprete de valores e significados a respeito do cuidado no contexto das PICS.

Durante o período de pesquisa, permaneci no local às terças-feiras, no horário das 18 horas às 22 horas. Aos sábados, o horário de permanência era das 8 horas às 12 horas. Primeiramente, fiz uma entrevista com o coordenador e idealizador da instituição para me inteirar da estrutura e funcionamento do local, pois apesar de já frequentar a Casa da Terra desde 2015, quando era aluna de acupuntura, nunca me preocupei com essa questão. Inclusive, fiquei surpresa e admirada com algumas revelações feitas pelo entrevistado, como, por exemplo, o fato de ter passado por um incidente trágico na vida que o levou a mudar sua trajetória e culminou com o surgimento de novas diretrizes para a instituição e para seu percurso profissional, de um modo geral.

Naquele momento, refleti sobre quantas histórias de superação, ricas em aprendizado ficam ocultas ou se perdem no tempo por nunca terem sido contadas ou registradas. Assim, em um exercício prático-reflexivo, lembrei-me de um aspecto referente à etnografia, destacado por Gualda, Merighi e Oliveira (1995), no qual ao se caracterizar como processo, a etnografia envolve uma atitude de “aprender com” ao invés de simplesmente estudar as pessoas. Com aquelas narrativas, passei pela experiência de “aprender com” alguém que, naquele momento, configurou-se como

muito especial, dada sua trajetória e empreitada até a concretização do ambulatório social.

Figura 4: Usuários sendo atendidos no ambulatório

Fonte: Sergio Franceschini Filho

De início, ficava na sala de espera para observar como era feito o acolhimento das pessoas e quais as interações que se davam naquele recinto. Passei por esse processo cerca de um mês, onde pude apreender reações e conversas naquele contexto. Em seguida, fiquei no ambulatório e, de acordo com a oportunidade, fui realizando as entrevistas, seguindo as questões norteadoras explanadas anteriormente. A princípio, procurava estabelecer um colóquio no qual o informante se sentisse à vontade. Por sua vez, as entrevistas se deram em diversos locais, conforme preferência do entrevistado: sala de atendimento, banco do saguão da instituição, ambulatório, sala de espera. Em média, a duração das entrevistas foi de 30 minutos a 1 hora, sendo a mais extensa com o professor Sérgio, que durou 1 hora e 20 minutos.

Figura 5: Usuários na sala de espera.

Fonte: Sergio Franceschini Filho

3.3.7 Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados através de observação participante do ambulatório social onde ocorriam os atendimentos com PICS e entrevista etnográfica com os informantes. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2017 a dezembro de 2018, somente após aprovação do conselho de ética, cuja comprovação encontra-se no anexo 1. Houve alguns períodos de menor frequência no local em decorrência do trabalho de análise intensiva dos dados.

3.3.8 A observação participante

A observação participante é tão importante no trabalho de campo da pesquisa qualitativa que alguns autores chegam a concebê-la como um método em si mesmo,

ao invés de mera estratégia no conjunto da investigação (Minayo, 2014). Peacock (1986) a considera a essência do trabalho de campo, onde ocorre o processo da experiência, do estabelecimento de identidade no contexto e da interpretação.

Segundo Spradley (1980) o observador participante se envolve nas atividades do contexto e observa todos os aspectos da situação com o propósito de registrar e analisar os dados, questionando sobre as coisas rotineiras e propondo o questionamento etnográfico. Assim, na busca de significados culturais, o observador participante se relaciona com os informantes e se vale de conversações informais e deliberadas, bem como de questionamento focalizado.

Portanto, através da observação participante, o pesquisador tem a oportunidade de rever seu roteiro de questões da entrevista e perceber aspectos importantes no grupo estudado (Minayo, 2007). Foi o que aconteceu quando me deparei com a fala de um dos participantes e que se replicou em outras entrevistas: “O atendimento aqui é bem mais humanizado”. Por isso, o termo “humanização”, que apareceu em diversos discursos, levou-me a reconsiderar o roteiro de questões norteadoras e acrescentar uma específica para elucidação do conceito na visão do grupo.

As finalidades da observação participante neste estudo foram: explorar o contexto, conhecer o *modus operandi* do grupo de pessoas que interagem no local e estabelecer laços de confiança mútua e respeito.

3.3.9 A entrevista etnográfica

A entrevista etnográfica permite a captação imediata e corrente da informação desejada, ganhando vida ao se iniciar o diálogo. Considerada estratégia básica na coleta de dados etnográficos, necessita do relacionamento próximo, respeito e empatia entre pesquisador e entrevistados para o bom fluxo da troca de visão de mundo (Melleiro, Tronchin, Gualda, 2011).

Sob o enfoque etnográfico, a entrevista caracteriza-se por uma prática discursiva em que os dados são construídos entre o entrevistado e o entrevistador, onde diferentes estruturas interpretativas estão em jogo em um processo em que se

descreve, interpreta e avalia atos comunicativos por meio de certas faixas metacomunicativas usadas pelos participantes a fim de que se compreenda o sentido do que é dito (Pizarro, 2014).

Conforme Spradley (1979), a entrevista etnográfica objetiva captar percepções, significados e representações sobre a realidade, tomando a perspectiva do entrevistado, o qual será denominado informante. Gualda (2003), fundamentada em Lüdcke e André, assinala a eficácia da entrevista na obtenção das informações desejadas, ao permitir a captação imediata e corrente da informação desejada, alcançar informantes que não seriam alcançados por outros meios, consentir o tratamento de assuntos de natureza pessoal e de temas de natureza complexa, ganhar vida ao se iniciar o diálogo e permitir correções, esclarecimentos e adaptações.

Para este estudo, um roteiro de questões norteadoras foi construído primariamente e utilizado durante a entrevista para direcionamento do diálogo com a intenção de conduzir o entrevistado ao relato de sua experiência. Segundo Minayo (2014), as entrevistas facilitam a abordagem e asseguram que os pressupostos sejam cobertos na conversa, obedecendo a um roteiro apropriado fisicamente.

Nas entrevistas, procurei deixar os participantes o mais à vontade possível para que a naturalidade e a espontaneidade próprias do contexto não fossem perturbadas. Somente após concordância do participante com os termos da pesquisa e o devido esclarecimento de dúvidas, iniciavam-se as gravações. O registro das falas foi feito mediante o uso de um gravador, sendo que preliminarmente procurava-se criar um clima de “amizade, entrosamento e confiança” (Lenardt e Michel, 2013, p.113). Durante o transcorrer da pesquisa, novos elementos surgiram, culminando com a inclusão de uma questão sobre humanização, conforme explicado anteriormente. As questões norteadoras encontram-se no apêndice A.

Após transcrição das narrativas, retornei a cada participante para confirmação do que fora expresso durante as entrevistas, a fim de evitar distorções. Nesse processo, poucas modificações foram feitas, com acréscimo de alguns pontos, conforme solicitação do próprio entrevistado.

3.3.10 Análise dos dados

Analisar, compreender e interpretar um material qualitativo visa penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade. Para isso, o pesquisador precisa valorizar a essencialidade dos significados e intencionalidades, desvendando a lógica interna subjacente às falas, aos comportamentos e às relações (Minayo, 2014).

De acordo com o apresentado, os dados foram transcritos e analisados simultaneamente com a coleta, de forma que provocasse o surgimento gradual de novas dimensões do conhecimento e novos questionamentos. Assim, foram levadas em consideração as seguintes premissas (Gualda, Hoga, 1997):

- Reconhecimento por parte da pesquisadora de seus pressupostos e valores antes de iniciar a pesquisa.
- Descrição clara dos métodos, procedimentos e modos de obtenção das informações.
- Maior tempo possível de permanência em campo.
- Coleta dos dados por meio de diversas fontes de informação, em vários momentos e situações.
- Validação dos dados com os informantes, mediante retorno à instituição.
- Apresentação dos dados que conduziram à interpretação e às inferências.

Na transcrição das entrevistas, foram eliminados os excessos de vícios de linguagem para tornar o texto fluente, porém as diferenças individuais de expressão foram mantidas, de forma que houvesse fidelidade das narrativas e a apreensão dos conteúdos não sofresse qualquer prejuízo.

A análise dos dados seguiu o método de Leininger, conforme exposto por Gualda (1993), que propõe as quatro fases seguintes:

- Coleta e documentação de dados brutos: o pesquisador coleta, registra e inicia a análise de dados relativos ao tema, objetivos ou questões propostas para o estudo. Esta fase inclui registro de dados de informantes obtidos a partir de observações, entrevistas e experiências de participação.

- Identificação de descrições e componentes: os dados são estudados buscando-se semelhanças e divergências de afirmações e comportamentos, que são classificados de forma a permitir a compreensão da situação ou questões em estudo e para que o significado do contexto seja preservado. A ênfase desta fase é a precisão dos dados obtida através da verificação constante.
- Análise contextual e de padrões: os dados são escrutinizados para se descobrir padrões de comportamento, significados estruturais e análise contextual. Interpretações, componentes ou categorias de dados são examinados na busca de padrões recorrentes. Buscam-se saturação, consistência e credibilidade de dados.
- Temas, achados relevantes e formulações teóricas: é a fase mais refinada de análise e de síntese de dados. Requer síntese de reflexões, elaboração de modelo e análise criativa de dados. O pesquisador abstrai os temas, e pode elaborar formulações teóricas e recomendações.

Dessa forma, os dados foram agrupados em categorias específicas e representativas do contexto estudado, permitindo identificar as categorias temáticas apresentadas no capítulo 6. Cabe ressaltar que terapeutas e usuários são colocados na mesma categoria, uma vez que os objetivos eram compreender práticas e experiências de um determinado contexto. Portanto, o que interessava era o conhecimento do local e não das pessoas em separado.

3.3.11 Considerações éticas

O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, aplicadas a pesquisas que envolvam, direta ou indiretamente, seres humanos (Anexo 1).

A pesquisa teve início apenas após aprovação do Comitê de Ética. O anonimato dos participantes foi garantido e a participação de todos foi voluntária. Conforme acordado, os nomes utilizados no estudo são todos fictícios, com exceção do professor Sérgio Franceschini Filho que não fez objeção quanto à divulgação de seu nome.

3.3.12 Rigor da pesquisa

O rigor nas pesquisas de cunho qualitativo está relacionado ao uso de critérios coerentes aos pressupostos filosóficos subjacentes a esta perspectiva paradigmática. Portanto, tem a ver com a integridade epistemológica, assim como as características e qualidades quanto ao uso dos dados, descrições e conclusões obtidas mediante determinado método em determinado contexto para determinado objetivo de estudo (Maxwell, 2012; Moreira, 2018).

Ludke e André (1986) destacam os cuidados especiais que devem ser tomados para que a subjetividade do pesquisador, incluindo seus valores, não se torne um risco ao rigor científico do estudo. Assim, sugerem a explicitação de preconceitos, valores e pressupostos por parte do pesquisador, tornando possível o julgamento das pessoas quanto ao seu peso relativo no desenvolvimento do estudo.

Neste sentido, introduzi no estudo alguns pressupostos teórico-filosóficos, explicitando os objetivos e as diretrizes da pesquisa. Procurei dar visibilidade ao proceder metodológico, bem como à forma como o estudo foi efetuado.

Outro critério a ser considerado é a credibilidade do estudo, referente à veracidade dos resultados da pesquisa e à confiança de que a interpretação dos dados originais está coerente com o ponto de vista dos participantes (Guba, Lincoln, 1989). Assim, para assegurar a fidedignidade de todas as informações, as entrevistas foram gravadas e as observações do contexto foram registradas no diário de campo. Além disso, os dados foram validados com os informantes, onde foi possível a submissão a críticas, correções e revisões.

Por fim, utilizei-me da experiência da orientadora para validação no tocante à análise dos dados e construção dos temas e categorias analíticas. Tudo para preencher o requisito do rigor científico da pesquisa.

3.3.13 Dificuldades e facilidades encontradas

Conforme já relatado, o contexto do estudo me era familiar. No entanto, algumas raras ocasiões exigiram maior atenção para equilibrar minha identidade de

membro pertencente ao grupo e meu papel de pesquisadora, distante dos particularismos. Percebi que algumas pessoas, por me conhecerem, adotavam certas posturas e determinados comportamentos que, talvez, poderiam ser diferentes no caso de um pesquisador sem ponto de ligação com o contexto, podendo, assim, revelar algumas nuances não captadas por mim. Por outro lado, por ser um lugar em que estava familiarizada e tinha conhecimento, era um contexto por onde transitava tranquilamente.

A restrição do tempo da pesquisa é outra possível dificuldade. Para que eu pudesse acompanhar usuários e profissionais precisaria ter muito mais tempo para não entrar no ambulatório ou consultório e deixar as pessoas constrangidas com a minha presença. Seria necessário um trabalho maior para que as pessoas comesçassem a aceitar e se sentissem mais à vontade. Poderia ter sido útil se pudesse tê-las assistido mais vezes. Em contrapartida, por ser conhecida no contexto, a estranheza não foi muito significativa.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Apresento, neste capítulo, as narrativas dos dezenove informantes escolhidos para o estudo, produto das entrevistas e observações realizadas, cujo foco foi apreender significados e sentimentos do grupo de pessoas em relação aos cuidados de saúde. Em seguida, exponho a descrição e análise dos temas e categorias analíticas.

4.1 NARRATIVAS DOS INFORMANTES

A seguir são apresentadas as narrativas dos participantes, com a respectiva caracterização mediante um breve histórico e observações anotadas no diário de campo. Com exceção do informante-chave, que autorizou a referência de seu nome no estudo, para os demais foram adotados nomes fictícios oriundos de pedras utilizadas na prática integrativa e complementar denominada litoterapia¹⁶. Achei oportuna a referência aos cristais uma vez que este estudo se trata da Casa da “Terra”. Os cristais tem uma imensa ligação com a terra, pois se formam em suas entranhas mediante um processo que pode levar milhares de anos até chegarem ao status de formações minerais cristalinas especiais, com sua beleza incomum. Assim são os participantes da pesquisa: cada qual com sua história e vivências que os conduziram ao processo de lapidação incomum, gerado pelas escolhas e trajetórias ao longo da vida. Cada qual com suas experiências e significados sobre aquilo que apreenderam nas interações com o mundo, o que os tornam pessoas especiais, de brilho incomum.

Convém destacar que a ordem de apresentação dos informantes segue a mesma ordem em que os dados foram coletados. Ademais, para facilitar a leitura, à frente do nome fictício introduzi letras para identificar se o entrevistado se trata de um prestador de cuidados ou não. Desta forma, a letra C corresponde ao narrador que é cliente, e a letra T ao terapeuta prestador de cuidados. Informo, ainda, que o

¹⁶Técnica terapêutica que usa os cristais, as rochas e os minerais para tratar sintomas físicos, psíquicos e energéticos por via da ressonância ou vibração própria de cada gema (Glossário temático, MS, 2018).

termo “cliente” foi escolhido tendo em vista o conceito dado pela Política Nacional de Humanização (PNH), segundo o qual cliente é “a palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a ideia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado” (Glossário PNH, MS).

Se, nos serviços de saúde, o paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos” (Glossário PNH, MS).

Sérgio/Coordenador/T

“O paciente não é quem eu atendo. O paciente sou eu”.

Biomédico, mestre em acupuntura e fitoterapia pela Universidade de Medicina Tradicional de *Shangdong*, na China. Professor e coordenador do ambulatório e dos cursos de pós-graduação de acupuntura e fitoterapia da Casa da Terra. Pesquisador de plantas terapêuticas na região amazônica, onde atua no auxílio a comunidades ribeirinhas. Foi o informante-chave durante todo o processo, abrindo a porta da instituição para que a pesquisa fosse realizada. Através dele, a rotina da Casa da Terra, bem como informações do grupo, foi apresentada de forma a proporcionar melhor direcionamento e foco do trabalho em campo.

Desde o início, até o final do estudo, o informante-chave mostrou-se colaborativo com a proposta da pesquisa. Podemos dizer que simplicidade e generosidade são palavras que resume essa figura. Quando o vi pela primeira vez, chamou-me a atenção qualidades como a horizontalidade na interação, o olhar direto nos olhos e, acima de tudo, a objetividade na forma de abordar as coisas. Sua naturalidade era expressa nas aulas que ministrava e nas conversações. Convidou-me para conhecer todas as instalações do local e deixou-me à vontade para circular pelas dependências e conversar com as pessoas. O interesse e a empatia pelas pessoas lhe dão brilho. Dirige a instituição Casa da Terra, mas como ele mesmo diz: *“Eu não me autodenomino nada! Eu não gosto de títulos!”* A todo instante é solicitado por pacientes e alunos, que vem tirar uma dúvida ou pedir orientação sobre algum caso particular. Sua resposta é sempre atenciosa. Observei que tem a admiração e o respeito de todos que o procuram. Anotei em meu diário: *O Sérgio é figura-chave, central na instituição e, conforme me disse uma vez, aqui faz o que mais gosta.* Certa vez, presenciei uma senhora que lhe indagava sobre o que era aconselhável para sua sobrinha que estava com tosse há várias semanas e não tinha nada que sarava, nem sequer o antibiótico que o médico havia receitado. Ele não teve dúvidas, rapidamente foi até o herbário e retornou com algumas folhas de plantas recém colhidas na mão e a ensinou a fazer um chá para a moça. O olhar de

agradecimento daquela senhora foi notório, mas o olhar dele de satisfação por acolher e poder auxiliar alguém foi muito mais perceptível.

Na entrevista realizada com ele, pedi que me falasse um pouco sobre o projeto que deu início à Casa da Terra e sua trajetória até a concretização.

“Eu só fui o idealizador do processo. E a ideia original era eu fazer uma coisa que fosse diferente do que eu via no mercado. Por eu estar no mercado há muito tempo, eu comecei a dar aula em tudo quanto é lugar. Em todas as escolas do Brasil eu já dei aula, mas percebi que faltavam coisas. Então, eu idealizei um projeto, e esse projeto deu certo. Mas a ideia é ele não ficar grande porque senão eu perco a essência do negócio. Eu podia fazer um ambulatório gigante, colocar cinquenta alunos lá dentro e pronto. Para mim seria muito mais fácil. Mas eu não quero. Eu quero formar profissionais de verdade. Hoje eu tenho várias turmas. Eu podia ter uma turma só, eu ia ganhar muito mais, inclusive. Ao invés de eu fazer duas turmas disso, duas daquilo, duas daquilo outro, eu fazia uma turma só, entendeu? Então, ao invés de eu colocar dez alunos em cada sala, eu colocaria cinquenta numa sala só e pronto. Para a escola, financeiramente, é muito mais negócio, mas no meu ideal, isso não existe!”

Relata que o gosto pelas plantas surgiu muito cedo em sua vida: *“Não sei, isso deve ter nascido comigo!”* Desde a juventude, em seu pequeno laboratório montado pelo pai, que trabalhava com venda desse tipo de equipamento materiais, analisava as plantas: *“Em todo meu tempo de folga eu aproveitava para estudar as plantas, pesquisar plantas, eu já tinha tudo na mão, o laboratório com todo o equipamento, ficou muito mais fácil”.*

Hoje, é conceituado pesquisador e professor na área de fitoterapia, tendo dois livros publicados: *“Plantas terapêuticas”*¹⁷ e *“Fitoacupuntura”*¹⁸. Seu contato com a acupuntura surgiu tempos mais tarde, quando um de seus sócios no negócio de laboratórios convidou-o para fazer um curso. Apesar de toda a descrença a respeito

¹⁷ Editora Andrei, 2004, 334p.

¹⁸ Editora Roca, 2013, 219p.

da eficácia da acupuntura, resolveu fazer apenas para acompanhar o amigo, pois sua intenção era desistir do curso assim que este se enturmasse. Referindo-se a esse episódio, ele conta: *“Quando fizemos a matrícula, eu disse: eu vou, assisto a umas três aulas até você se enturmar e aí caio fora. E também não vou pagar, se você quer que eu vá junto, eu vou, mas não vou pagar dinheiro do meu bolso não”*.

Em seguida, explica sobre a reviravolta em seus conceitos e em sua vida quando começou a fazer o curso.

“Eu nunca acreditava na acupuntura, e quanto a isso, pago minha língua até hoje. Achava a coisa mais ridícula do mundo espetar agulha! Não que eu conhecesse alguma coisa, simplesmente eu tinha um preconceito. Aí eu comecei a fazer o curso, comecei a ver que não era como eu achava. Interessei-me e não larguei mais! Quando terminei o curso, no ano seguinte, a escola me convidou para dar aula. Nunca tinha dado aula, apenas tinha experiência com monitoria de anatomia na faculdade, nunca me imaginei professor! A escola viu que eu gostei do negócio, que eu entendi e aprendi, então me chamou. Dessa maneira, comecei a dar aula e, daí pra frente, nunca mais parei.”

O Sergio foi o primeiro brasileiro a ser presidente da Associação Paulista de Acupuntura, cujo cargo, até então, era ocupado apenas por japoneses, chineses e coreanos. Entrou como convidado e, dois anos depois, tornou-se presidente. Desde então,

“[...] não parei mais. Fui só estudando, dando aula aqui e ali. Já dei aula de acupuntura e fitoterapia em todos os estados do Brasil nessa brincadeira! Minha vida era consultório e aula. Quando normatizou a acupuntura, eu larguei os laboratórios que tinha, vendi tudo, pois vi que era aquilo que eu gostava de fazer. Comecei a combinar acupuntura com fitoterapia, que eu já fazia há muito tempo. Por 35 anos fiquei me dedicando à acupuntura e à fitoterapia, ao consultório e às aulas”.

Digna de nota foi sua participação como diretor no Conselho Regional de Biomedicina (CRBM) em 1995, quando trabalhou em prol da divulgação da acupuntura na área, realizando palestras. Acrescentou: *“A maioria era que nem eu, não acreditava, não conhecia”*. Por isso, em 2002, ajudou a montar um curso de acupuntura para biomédicos pela comissão de acupuntura do CRBM, da qual fazia parte. A intenção era aumentar o número de biomédicos acupunturistas, o qual se reduzia a seis, na época. A princípio, a ideia era fazer apenas uma turma e parar, mas o número de interessados cresceu tanto, inclusive entre profissionais de outras áreas da saúde, que os cursos foram expandidos, chegando a formar mais seis turmas.

Em parceria com uma amiga, também biomédica, montou uma escola de acupuntura, a qual começou a prosperar. Mas, um dia, após experiência traumática de uma doença que quase o levou à morte, deu-se conta de que na escola as coisas não estavam andando conforme seus princípios.

“Então eu percebi que não era como eu estava fazendo. Não é que eu não gosto de dinheiro, eu preciso dele inclusive, mas foi pra um lado em que o comercial passou a ser o mais importante. O educacional, o pessoal ficou esquecido. Então, hoje eu faço o que eu gosto sem me estressar. Se alguém me oferecer agora cinco milhões de reais para fazer uma coisa que eu não gosto, eu não vou mesmo. É doido, as pessoas não são assim, mas eu sou. A gente aprende. O único jeito de aprender, eu acredito, é dando de cara com a morte mesmo. Talvez se não tivesse acontecido isso comigo, eu não enxergasse desse jeito hoje”.

Assim, após divergências de opiniões, deixou a escola para a sócia, que mudou de endereço. Decidido a não mais continuar, foi persuadido a mudar de ideia depois de um fato inusitado: os oito professores que também davam aula na escola não quiseram seguir com a sócia, preferindo ficar com ele por causa de sua abordagem mais no social. Além disso, os pacientes que eram atendidos no ambulatório também não quiseram acompanhar a escola e resolveram que iam ficar, conforme ele relata:

“Os pacientes não quiseram ir, fiquei com quarenta pacientes. Eles eram atendidos naquela época duas vezes por mês. Então fiquei com quarenta pacientes num fim de semana, e depois de quinze dias, mais quarenta. Oitenta pacientes e oito professores que me disseram: ‘nós vamos continuar tocando o ambulatório’. Como eu poderia deixar de atender esse pessoal? Então começamos. Eu achei até, na época, que era fogo de palha. Começa e daqui a pouco está indo todo mundo embora. Imagina, esse pessoal ficou comigo, sem ganhar absolutamente nada, gastando ainda”.

Pensando na situação, percebendo a total dedicação dos professores que ficaram, teve a ideia de explorar o que cada um tinha de melhor. Assim, começou a divulgar cursos, onde cada um poderia dá-los conforme sua aptidão, ensinando o que sabiam.

“Os oito tinham sido meus alunos, então eu sabia que cada um deles era bom em alguma coisa. Então o que é que eu fiz? Eu montei um curso para cada um deles, e assim começou esse monte de curso que temos hoje: auriculopuntura, acupuntura para dor etc. Eu não queria, mas tive que montar o curso de fitoterapia brasileira e o de fitoacupuntura para ser o carro-chefe de todos os outros. Tinha que ter um diferencial, pois o Sérgio todo mundo conhecia e é o que pega na praça, então foi por isso que eu comecei de novo. Aí comecei com os cursos complementares, cada um com o seu curso. Tinha o ambulatório a cada quinze dias e tinha curso complementar todo fim de semana. Eu pensei ‘preciso fazer esse pessoal ganhar alguma coisa!’”

Em seguida, recebeu o convite de uma faculdade para uma parceria de curso de pós-graduação em fitoterapia. Ele aceitou, com a seguinte condição: “Eu não quero ser o coordenador do curso, eu quero ser o dono do curso! A faculdade não precisa fazer nada, eu faço tudo! Só que eu não quero interferência nenhuma da faculdade. Eu quero fazer o curso do meu jeito. Do jeito que eu queria ter aprendido acupuntura!” Dessa forma, nasceu o curso de pós-graduação em fitoterapia com o

seu jeito. Atualmente, oferece dois cursos de pós-graduação *lato sensu*: acupuntura e fitoterapia. Ambos são ofertados no campus da faculdade e na Casa da Terra, pois quando fechou o acordo, informou seu plano de fazer um curso fora da faculdade. A seu ver:

“Na faculdade eu consigo colocar a minha cara no curso, mas no meu espaço eu consigo dar a cara que eu quero no curso todo. E aí pegou. Aí é que começou totalmente sem querer. Foi toda essa brincadeira, temos o ambulatório, tem todo esse diferencial, tem toda uma história de fazer uma coisa que seja mais gostosa pra todo mundo: para o aluno e para o paciente. Foi meio que obra do destino, sabe? Aquela coisa assim do Universo que foi conspirando, foi mostrando, e a gente foi indo. Aquela história que mudou minha vida me fez ver isso. Por isso, se eu não tivesse tido aquele fato anterior, não estaria enxergando como eu passei a enxergar as coisas. O Universo me mostra assim, vamos embora!”

Em relação aos seus cursos diz:

“Você tem que ter um jeito de dar um curso dinâmico, ao mesmo tempo fazer todo mundo se integrar, porque senão chega às nove horas da noite e está todo mundo dormindo. Se você não coloca um atendimento legal também, o paciente some”.

Nos intervalos dos cursos, todos se reúnem em volta de uma mesa no quintal da instituição, que é preparada com lanches, chás e sucos naturais. No diário de campo, anotei que “são momentos em que alunos e professores interagem de forma alegre e descontraída entre conversas e risadas. Quem observa de longe pensa estar vendo a cena de familiares que comungam uma ceia ao ar livre, com muita afinidade entre todos. O mais interessante é que você não consegue dizer quem ali é aluno e quem é professor, porque o vínculo se dá de forma tão natural, com horizontalidade, que as individualidades se diluem e o que se vê, de fato, é um grupo de pessoas interagindo em um espaço.

Para ele, o diferencial no cuidado tem a ver com ser paciente, no sentido de ter paciência e de se colocar no lugar do outro para compreendê-la:

É exatamente você entender a pessoa. Eu acho que o grande diferencial, e todos aqui sabem disso, é: o paciente não é quem eu atendo. O paciente sou eu. Isso parece drástico, mas não é. Qual é a finalidade disso? Essa pessoa que está aí fora, ela é chamada de paciente. Ela não é paciente, muito pelo contrário, ela está impaciente porque ela quer sarar, ela quer ficar boa, ela quer ser bem atendida. Pra fazer isso, eu preciso ser o paciente, entendeu? Eu, sendo paciente em todos os aspectos, preciso entender o que ele quer, entendeu? Aí eu consigo dar o serviço. Isso a gente passa, inclusive, para a escola, para os alunos. Então, qual é a ideia? Adianta ter 50 alunos se eu não sei quem é quem? A finalidade da escola é essa. Eu conheço todos os alunos por nome. Começa a primeira aula, eu já sei o nome de todo mundo. Eu e os outros professores, secretaria, nós conhecemos todo mundo. Por quê? É a paciência que nós temos pra poder entender aquela pessoa. Entendeu? Então o grande diferencial é esse. Eu sendo paciente vou entender o paciente como ele é. Eu não vou querer que ele seja como eu quero. Ele está procurando a minha ajuda, mas pra eu ajudá-lo, preciso entender. Então, o grande diferencial que a gente tem é esse. O paciente é o terapeuta, entendeu? Eu não vou ser o melhor terapeuta do mundo se eu não souber lidar com essas pessoas. Então é exatamente por aí. A filosofia é totalmente ao contrário. O paciente somos nós. Se a gente não tiver paciência suficiente, não saberá atender ninguém. Eu não vou querer que o cara seja isso, seja aquilo, faça isso, faça aquilo. Então a ideia é: eu, sendo paciente, vou entender a individualidade de cada um deles. Essa é a ideia, e não trazer para o que eu acho certo. Mesmo como um terapeuta, eu acho certo para a minha pessoa, para o meu momento, para a dele não. Isso é o que

nós temos que entender. É por isso que os alunos acabam ficando aqui como se estivessem em casa. A ideia é essa: colocar todo mundo de uma maneira igual. Tratamos todos iguais. Aqui não tem estrela, não tem o melhor, não tem o pior, só que cada um é cada um, inclusive o paciente. E sem fazer força! A coisa naturalmente vai para esse caminho, sem fazer força, sem exigir nada de ninguém. Por isso que é gostoso trabalhar, por isso é que os pacientes ficam. “A Casa da Terra combinou por causa disso, é a casa da sogra mesmo.”

Referindo-se à implantação das PICS no SUS, afirma:

“Nós participamos do começo disso, nas primeiras reuniões. Eu acho que a ideia é brilhante, porém a prática é completamente diferente. Tanto o projeto quanto a ideia são legais, mas só que implantar é o grande problema. Eu acho que nós vamos ter um sério problema, mesmo hoje sendo reconhecidos. Se nós voltarmos ao reconhecimento anterior, em 2006, com a acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia e o termalismo, que foram os quatro primeiros que eles colocaram. Nós estamos em 2018, nada aconteceu praticamente. O grande problema é implantar isso. É legal o reconhecimento, agora implantar isso tem vários fatores que estão envolvidos. Primeiro: tem o problema da aceitação da classe médica. Outro detalhe que eles esqueceram já da outra vez: tabela do SUS pra isso. Segundo, precisa capacitar o pessoal que está lá dentro, entendeu? Isso faltou também. Por exemplo, quando eles fizeram a Renisus¹⁹, a ideia era dar para o pessoal que trabalhava lá. Então na época, fui chamado para dar alguns cursos, mas nem aconteceu. Por quê? Você acha que o pessoal tem tempo? Por mais ocioso que você seja, não tem tempo sobrando. Você vai ter tempo pra aprender fitoterapia? E

¹⁹ Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS: apresenta plantas medicinais que apresentam potencial para gerar produtos de interesse ao SUS. A finalidade da lista é orientar estudos e pesquisas que possam subsidiar a elaboração da relação de fitoterápicos disponíveis para uso da população, com segurança e eficácia para o tratamento de determinada doença (Ministério da Saúde, 2009).

ainda dentro daquela sua rotina você vai ter que usar a fitoterapia. Então o que você tem que fazer? Você vai ter que contratar gente de fora e cair na tabela. É por isso que eu digo, é muito legal, eu acho ótimo, mas não vejo como.

Em uma segunda entrevista, realizada no retorno para validação com o informante-chave sobre a transcrição da primeira entrevista, este acrescentou seu conceito de humanização:

“Humanização é oferecer o tipo de tratamento de igual para igual. A ideia é ser paciente o suficiente para entender o que a pessoa precisa. E o nosso grupo de pacientes são pessoas que não tem recursos, são pessoas que não tem praticamente nada lá fora. São aquelas pessoas que geralmente vão para o SUS, como o caso de uma menina que eu atendi ontem. Ela está no SUS esperando há um ano para fazer um exame. Então o apoio dessa pessoa é onde? É aqui. Então, quando ela chegar no exame, se um dia chegar, eu acho que ela nem vai precisar mais porque o problema dela é um problema de dor, não é muito sério e já foi resolvido aqui. Fazer com que o paciente tenha um entrosamento com a gente e se sinta apoiado. Eu falo isso para os alunos também. O que eles precisam? Precisam de um colinho. Muitas vezes o fato de você atender bem, conversar, explicar o que ele tem, metade do tratamento já está praticamente feito”.

No seu entender, humanizar tem a ver com não fazer diferenciação entre as pessoas. Assim, explica sobre o esquema de tratamentos no ambulatório social e no seu consultório particular:

“E o que a gente montou é um esquema em que procuramos fazer sem diferenciação. Se você perceber, a sala dos pacientes de ambulatório é a mesma dos meus pacientes de consultório particular. Os pacientes que pagam para ser atendidos são atendidos do mesmo jeito do que aqueles que

não pagam. Então, nem isso a gente muda. A ideia é manter o mesmo esquema. Terças e quintas, por exemplo, em que o consultório está funcionando, nem isso eu mudo. Os meus pacientes estão sendo atendidos enquanto os pacientes do ambulatório estão chegando. Não existe uma separação nem aí. A ideia é justamente essa: os pacientes de ambulatório, que não tem recursos, começam a chegar e vão se encontrar com os meus pacientes de consultório. Pra mim não existe diferença, e eles percebem isso. Percebem que a gente procura fazer do mesmo jeito. O tratamento que a gente coloca é igual. A humanização que a gente coloca é fazer todo mundo igual para fazer o tratamento necessário e dar o “colinho” pra eles”.

Destaca a importância do encontro entre as pessoas e do atendimento que é realizado de “gente pra gente”:

“Um dos fatores que é muito interessante: quantos pacientes chegam aqui 1 hora, 2 horas antes. Porque aqui eles são atendidos com hora marcada. Muitos chegam antes pra ficar batendo papo. Fazer um social aqui na sala de espera. Você vê muitos pacientes idosos. Hoje o idoso é um carente ao extremo. A família não tem tempo pra ele, ele está sempre sozinho. Então quando ele chega aqui, junta aqui, 3, 4, 5, 6 senhorinhas, um senhorzinho. Todo mundo batendo papo, contando altas histórias. Então você vê que virou um social aqui gigantesco antes do atendimento. É de gente pra gente. É um atendimento de gente pra gente mesmo”.

DIAMANTE/T

“Infelizmente, a nossa população geralmente vai atrás da acupuntura para um tratamento específico como a última esperança”.

Fisioterapeuta, técnico de enfermagem, acupunturista, 51 anos, sexo masculino. Trabalha há 21 anos em hospital com reabilitação de pessoas. Frequenta a Casa da Terra há 5 anos. Sua trajetória até o trabalho com PICS segue em seu relato.

“Minha carreira profissional na área da saúde começou na Força Aérea, na aeronáutica. Fui soldado e cabo, quando fiz a opção por trabalhar na área da saúde. Quando fiz o teste, deu aptidão para enfermagem, e lá eles me formaram como enfermeiro-cabo. Fiquei por lá nove anos e seis meses, pois quando fazemos dez anos temos que nos desligar. Em seguida, em 1997, passei em um concurso público estadual e fui trabalhar no hospital Vila Penteado, onde estou até hoje trabalhando na parte de enfermagem. No primeiro ano da faculdade de Fisioterapia, comecei a trabalhar também na UTI de um grande hospital. Eu trabalhava nesses dois hospitais pra poder pagar a faculdade. Enfim, me formei e comecei a atuar, mas era meio complicado ingressar nos hospitais sem uma pós, porque só a graduação era muito pouco. E como eu já tinha feito a faculdade com certa dificuldade, porque naquela época não tinha bolsa e era muito difícil, eu fiquei ainda trabalhando na enfermagem e atendendo alguns pacientes em

particular, mas precisava de mais uma ferramenta para poder ter mais pacientes. Na aeronáutica, em 1993, eu já tinha conhecido a acupuntura, através de um médico neurologista que praticava a acupuntura em alguns pacientes e eu acompanhava. Por isso o meu interesse em 2015, quando fui fazer a pós em acupuntura na Casa da Terra onde me deram um desconto legal. O Sérgio e a sua esposa são pessoas que não tem nem palavras para dizer. Minha formação foi assim, bem dizer, um presente deles. Esse tratamento milenar, a princípio, antes de conhecer eu ficava duvidoso. Mas, depois que a gente passa a conhecer, aprende, sabe o que é, do que é feito, como lidar, é fantástico. Infelizmente, a nossa população geralmente vai atrás da acupuntura para um tratamento específico como a última esperança. Já passou por todos os demais profissionais, já tomou tudo quanto é remédio e está ali perdido”.

Explica a motivação por fazer um curso de especialização em PICS, fora de sua área de formação:

“Foi porque eu precisava fazer uma pós, mas do que eu gostasse. Que agregasse gosto, praticidade, que desse para conciliar com o meu trabalho e poder atender o paciente a domicílio. Como havia acompanhado o trabalho do médico neurologista na aeronáutica e vi que dava resultado, resolvi fazer a acupuntura. Já conhecia a minha área. Eu precisava de um complemento. Na minha especialidade como fisioterapeuta, que é a respiratória, está muito fechada, reabilitação também está ficando muito fechada. Eu precisava abrir mais o leque para trabalhar com uma melhora mais rápida para o paciente, que a acupuntura nos traz em conjunto com a fisioterapia. No hospital do Mandaqui, eu trabalhei com cardiorrespiratório em traumatologia, no qual eu fiquei por volta de uns oito meses. Lá eu observava os residentes e percebia que o que eles sabiam era quase a mesma coisa que eu aprendi na graduação da

minha época. Ou seja, a prática estava igualzinha à que eu tive há doze anos atrás, apesar de que, na teoria, tenha melhorado muito a pós. Portanto, fazer uma especialização na minha área não iria somar em nada. Por isso optei pela acupuntura”.

Para ele, a diferença entre o cuidado oferecido na Casa da Terra e nos outros locais está na eficácia dos resultados.

“Com acupuntura, em poucas sessões eu vejo o resultado, que é quase que imediato. No hospital, pra termos um resultado é mais demorado. Por exemplo, um paciente com acidente vascular cerebral (AVC) fazendo fisioterapia seria no mínimo de umas 20 a 25 sessões pra ele chegar numa etapa de certa independência nas atividades diárias da vida dele. Já com a acupuntura, com seis sessões o paciente já está fazendo o que faria com 20 ou 30 sessões de fisioterapia. O resultado é muito eficaz, inclusive pra dor. Com a acupuntura, nós diminuimos o tratamento medicamentoso, anti-inflamatório. A acupuntura em termos de dor é muito eficaz. Na reabilitação de AVC e no tratamento de dor são os casos em que eu mais trabalho com acupuntura. O problema é que no hospital eu não posso utilizar a acupuntura. Já na clínica onde eu trabalho fazendo a reabilitação de crianças com deficiência eu utilizo. Lá nós utilizamos para acalmar a criança e diminuir crise convulsiva. Estamos tendo um efeito muito satisfatório”.

Diamante alega que nunca ouviu falar em cuidado holístico em saúde ou modelo holístico de saúde. Inclusive, se espanta ao ouvir esse termo e me pergunta se é algo novo dentro da área da saúde. Em relação ao seu conhecimento das PICS nas redes de serviços, eis a sua narrativa:

“Até então, eu vejo só na teoria, porque na prática ainda não consegui ver. Aliás, perto de casa tem um posto de saúde que lá eles fazem acupuntura. O único lugar que eu vejo no SUS que faz. Os demais só na teoria. Fica ali no Morro grande. Uma realidade que ainda está muito longe de acontecer na prática. Na teoria, a gente vê”.

AMETISTA/U

“Aqui as pessoas te escutam bastante, antes de oferecer qualquer resposta de tratamento”.

Arquiteta urbanista, 28 anos de idade, sexo feminino. Faz tratamento no ambulatório social há dois anos, devido problemas menstruais desde os 13 anos de idade. Estava muito entusiasmada com os resultados do seu tratamento. Além disso, confidenciou-me que se sentia muito à vontade quando estava lá, pois os profissionais a tratavam com carinho e respeito.

Relata sobre o motivo que a fez buscar o serviço de saúde:

“Eu tenho cólicas menstruais desde os treze anos, ou seja, há quinze anos. Minha mãe já fazia tratamento aqui, e eu vi que tinham ajudado ela a solucionar alguns problemas de dor de cabeça, mas eu não sou muito crente em nada na vida. Então não foi por já ter uma crença prévia e falar ‘vai ajudar mesmo!’. Foi uma questão de tentar, foi de experiência. Como eu não tomo anticoncepcionais, eu queria um método alternativo, pois vir a tomar anticoncepcional seria o último método. Eu vim porque minha mãe já tinha sugerido esse método de acupuntura há muito tempo. Eu demorei uns cinco anos pra falar ‘eu vou’. Aí eu vim pra cá pra tratar cólica menstrual. Inclusive no começo, todos os dias que eu tinha que vir aqui, eu ficava pensando “será que vai ajudar mesmo? Porque não necessariamente o resultado é em curto prazo, né? E aí até por conta dessa descrença, às vezes eu ficava até um pouco relutante de vir pra cá”.

“Quando realmente eu quis, porque a cólica menstrual atrapalha muito o meu desempenho e a minha rotina de vida, porque geralmente no dia em que eu menstruo, eu perco o dia, e eu fico torcendo pra que isso caia em um final de semana. Então é muito louco, eu prefiro que caia em um final de semana pra não atrapalhar o resto. E eu acho que cólica menstrual não é muito levada a sério pelos médicos e pelas pessoas, pra você chegar assim e falar “eu vou perder um dia de serviço” e, enfim, você tem que se esforçar. Então eu vim pra cá por conta da cólica. Um dia em um tratamento me perguntaram se eu tinha algum problema de comunicação. E aí eu achei muito estranho porque na verdade eu acreditava que eu não tinha mais nenhum problema. Eu não tenho nenhum problema de falar em público, mas eu respondendo que não e ela insistindo se eu não tinha mesmo. E aí ela falou ‘você não tem problema de se comunicar com alguém? Foi aí que eu parei para pensar que minha relação com a minha mãe há seis anos não é muito boa e eu preciso cuidar disso. Foi quando eu comecei a utilizar os florais. A acupuntura já estava ajudando na cólica menstrual, e foi de novo uma coisa de experimentação. Nem de correr atrás para estudar isso, mas de acreditar e dizer ‘vamos ver qual é’. Então eu senti a melhora muito rapidamente a curto prazo. Há quatro meses eu já não sinto cólicas, inclusive com diminuição do fluxo menstrual”.

Quanto a diferenças no cuidado recebido na instituição em relação a outros locais, informa:

“Há uns quinze anos a minha família não tem plano de saúde, então utilizamos o serviço público. O que eu sinto de diferença: acho que aqui o atendimento é bem mais humanizado. As pessoas te escutam bastante, antes de oferecer qualquer resposta de tratamento. Acho que é mais carinhoso. Acho que propõe também um acolhimento emocional, não só de eficácia

do resultado, mas, enfim, eu acho que não é só forma e resultado, mas também tem essa abordagem emocional que eu acho que é melhor para o paciente. Inclusive, a gente se doa mais tanto para continuar o tratamento quanto para se abrir, querer contar as coisas. Porque, por exemplo, eu não me vejo falando várias coisas aqui para um médico de um posto, tanto pelo tempo quanto por não me sentir mesmo confortável em falar assim. E talvez porque vai de encontro com questão física e emocional, né? Porque aqui é muito ligado aos tratamentos de o quanto o físico influencia no emocional e o quanto o emocional influencia no físico. Estamos nessa abordagem que tem também esse acolhimento”.

TOPÁZIO/T

“... as práticas integrativas alternativas já existem há mais de cinco mil anos, então somos nós que aderimos a esse método e não o método que se aderiu à gente”.

Biomédico, acupunturista, fitoterapeuta, 32 anos, sexo masculino. Mestre em ciências da saúde. Professor de pós graduação de acupuntura e fitoterapia. Frequenta a Casa da Terra desde 2006. Até 2017 trabalhava como biomédico em um hospital privado. Atualmente atende em consultório particular acupuntura, fitoterapia, florais de Bach e quiropraxia. Lembra que veio para a Casa da Terra muito jovem, mas sempre se apoiou nos ideais da instituição, que lhe passou solidez e autoconfiança.

Relata sua trajetória profissional até chegar à Casa da Terra, onde se tornou professor atuante até hoje.

“Iniciei acupuntura em 2006. Assim que me formei em biomedicina, fiz a especialização porque desde o começo estava focado mais no cuidado do paciente e não na doença. Durante meu trajeto, tive a oportunidade de fazer mais cursos complementares. Conclui minha pós, por conseguinte virei professor, sendo que leciono desde 2008. Continuo fazendo cursos principalmente na área das terapias alternativas, como por exemplo, quiropraxia, cromoterapia, floral, radiestesia. Apesar de ter trabalhado muito tempo na área de biomedicina, já estava praticamente estável em uma boa empresa, resolvi deixar a carreira e fazer o que eu gosto, que é cuidar da saúde e do bem estar das pessoas, e não ficar nesse sistema capitalista, por exemplo trabalhar por trabalhar”.

A motivação para aprender PICS perpassa pela insatisfação com os resultados de saúde em sua área profissional. Viu nas PICS uma oportunidade para cuidar de forma mais eficiente.

“Como biomédico, com um curso focado em pesquisas e análises, senti a necessidade de cuidar do paciente, e não ficar apenas na imagem do paciente e depois não fazer nada. Pude perceber que o método tradicional não tinha um efeito 100% eficaz nos pacientes. Então um tratamento alopático muitas vezes não trazia muitos benefícios aos pacientes, às vezes, trazia algum tipo de alívio, mas o problema voltava e percebi que não tratava adequadamente. Por exemplo, já na auriculoterapia, percebi que podemos cuidar do paciente com eficiência, baixo custo e com mínimos efeitos colaterais. Foi aí que vi uma vertente pra eu poder pesquisar, e acabei continuando”.

As diferenças nos cuidados de saúde no ambulatório e no hospital são levantadas pelo profissional.

“Quando atendia em hospital ficava um pouco chateado, triste. Por exemplo, me sentia com as mãos atadas em acompanhar usuários há meses passando por tratamentos, no qual, pelo conhecimento que eu tenho, se tratasse com acupuntura, fitoterapia, entre outras técnicas resolveria o problema da pessoa facilmente. Sendo assim não podemos intervir e as pessoas ficam fazendo vários exames e nem sempre sabe o que tem. Outra coisa: tem certos costumes que vem da população de ficar pedindo exames para os médicos, sendo que às vezes até os médicos sabem que não tem necessidades daquela medicação ou exames, não vai resolver aquele problema, mas acabam recomendando porque os pacientes ficam revoltados”.

Topázio define o cuidado holístico:

“Acredito que seja olhar para o paciente como um todo, tratando a pessoa como um conjunto, cuidar do ser humano e não só dos sintomas. Um dos parâmetros fundamentais da saúde, e também que considero e aprendi aqui na Casa da Terra, é tratar a saúde do paciente, e não somente a doença do paciente. Infelizmente o nosso sistema de saúde trata somente a patologia do cliente e acaba esquecendo como a pessoa está. A terapia holística vai permitir fazer toda essa interação desde o mental, energético e etc., sem deixar nada de lado. A meu ver as práticas integrativas alternativas já existem a mais de cinco mil anos, então somos nós que aderimos a esse método e não o método que se aderiu à gente. Estamos compreendendo que o antigo tem valor, aquilo que já vem desde o nosso passado também era correto”.

Quanto a experiências de PICS nos serviços de saúde, comenta sobre o trabalho que era feito no hospital em que trabalhava e no SUS.

“Onde eu trabalhava, em um hospital privado, tinha o reiki para os pacientes. Notei bons resultados. Havia também massagem e shiatsu para os funcionários e até uma integração de acupuntura, mas ocorreram alguns desentendimentos e não deu certo. Teve também alguns trabalhos com meditação. Referente ao SUS, conheço uma pessoa que trabalha como acupunturista em Araraquara, e deu muito certo. Enfim, percebi que as práticas no interior são bem mais desenvolvidas do que em cidades grandes. Já vi concursos abertos para trabalhar no SUS com práticas e depois não chamarem os aprovados para exercer o cargo. Podemos perceber que tem profissionais para esse projeto, porém o governo e seus intendentos tem que colocar o projeto em vigor. Teoricamente existe um ceticismo, um mercado que não se permite para esse método. Se analisarmos, na América latina, o Brasil é mais atrasado

nesses quesitos. Por exemplo, no Chile, Bolívia e México estão bem mais adiantados que nós. Acho isso triste porque a gente tem potencial, tem escolas, temos recursos, ou seja, tem muita coisa aqui no Brasil pra isso. Pra ser mais sincero falta o eixo político. Estou há 12 anos na área, senti uma diferença gigantesca. Ou seja, quando comecei tinha muito preconceito, e agora percebi bem menos. Ultimamente estamos aceitando a acupuntura, fito. Aquele movimento “natureba” trazendo as culturas antigas e valorizando cada vez mais esses conhecimentos. Outros países orientais, por exemplo, sempre valorizaram esses recursos. Um país que vem crescendo bastante nesses conhecimentos é a Alemanha”.

“Fico um pouco chateado porque o Brasil também teve uma cultura forte desses conhecimentos naturais, que veio do povo indígena, africanos, portugueses e infelizmente a população se perdeu. Mas, acredito que com o tempo a população vai aderir cada vez mais às práticas. Percebi que a população está cansada de ficar apenas no tratamento da medicina convencional. Dos pacientes que conhecem as práticas integrativas e complementares, a grande maioria acaba aderindo a esse tipo de tratamento. Outro fator importante são essas pesquisas da área da saúde que são financiadas por hospitais ou por laboratórios. Imagina o setor financeiro, se liberar esses tratamentos e recursos que encontramos nas práticas integrativas complementares, quem iria comprar um remédio caro se pode gastar bem menos utilizando outros recursos?”

ÁGATA/T

“A acupuntura e a fitoterapia me dão uma satisfação e realização profissional”.

Enfermeira, acupunturista, 55 anos de idade, sexo feminino. Frequenta a instituição há dois anos. Relata sua experiência com as PICS no curso de graduação:

“Quando eu fazia enfermagem, uma professora deu aula de fitoterapia. Na verdade, ela começou a falar sobre o curso dela. Ela foi substituir um professor e começou a falar sobre o curso que estava fazendo. Naquela mesma semana, passei a procurar um curso de fitoterapia. Após alguns anos, fiz acupuntura por causa da minha cachorra que teve uma melhora excelente pelo tratamento com acupuntura. Fui fazer a acupuntura por isso, mas sempre tinha a fitoterapia na minha cabeça, inclusive por questão de ter vindo da roça, pela minha avó cuidar de todos com plantas. Hoje faço fitoterapia por isso. Porque já está no meu sangue o gostar. O tratamento da minha família sempre foi esse, com plantas. E agora é que deu certo de eu fazer”.

As diferenças do cuidado dentro do ambulatório de PICS e nos outros serviços de saúde são comentadas.

“Lá no meu serviço, o médico cuida da doença e o enfermeiro cuida do doente, mas tem muita limitação, quase 100% de limitação. De conhecimento da minha parte, pouca atuação. Uma atuação grande, mas pouca em relação ao meu conhecimento independente. Aqui a gente tem um

conhecimento independente, uma autonomia independente. Acho que a palavra é essa: autonomia independente. Na enfermagem, tem muitas limitações, você depende da prescrição, você tem muitas normas. Enquanto que aqui, na fitoterapia, sabendo o diagnóstico e as contra indicações, você atua com segurança. A acupuntura e a fitoterapia me dão uma satisfação e realização profissional, porque estou vendo a pessoa como um todo. Até como enfermeira obstetra eu tinha uma satisfação também boa, porque eu tinha uma parte que era só minha. Mas como enfermeira em si é muita dependência. Você tem muitos limites. É como uma linha reta, e na fitoterapia e na acupuntura você tem uma linha ampla. Você tem várias linhas e você pode pensar de várias formas e as coisas dão certo. Você escolhe o que vai fazer. Você tem muitas opções, inclusive diagnóstico, vendo sempre a pessoa como um todo”.

Descreve o cuidado holístico como “ver a pessoa como um todo”, e narra as experiências com PICS na UBS em que trabalha.

“Trabalhei no programa saúde da família, quando ele iniciou, de 2000 até 2007. Lá funcionárias foram treinadas para aplicar o liangong²⁰ e outra terapia. Inclusive uma delas era uma enfermeira amiga minha. Ela fazia, mas durou pouco tempo porque precisavam dela como enfermeira no serviço. Aí vem a limitação de ser enfermeira. Era a necessidade do serviço. Eu, numa outra unidade básica de saúde, já não mais como enfermeira do programa saúde da família, em Taboão da Serra, comecei a estudar acupuntura e a praticar acupuntura auricular²¹ e craniopuntura japonesa²² na UBS. A diretora me

²⁰Prática corporal chinesa desenvolvida em grupo e caracterizada por um conjunto de 3 séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos, que trabalham o corpo desde a coluna até os dedos dos pés. O *liangong* aborda o indivíduo de modo integral, segundo as bases da medicina tradicional chinesa, prevenindo e tratando dores e problemas musculoesqueléticos. Foi institucionalizado no SUS por meio da Portaria Ministerial GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006 (Glossário temático, 2018).

²¹Técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha – onde todo o organismo se encontra representado como um microssistema. A acupuntura auricular estimula as zonas neuroreativas por meio de

deu essa liberdade, porém houve visita do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) e eles disseram que eu não podia praticar porque eu estava lá como enfermeira, e no período em que eu trabalhava como tal eu não podia porque o concurso que eu havia prestado não era para isso. Se eu quisesse, poderia atuar fora do meu horário de trabalho. Então eu parei oficialmente. Atendia, mas em desvio de função, receosa e meio na corda bamba porque eu fazia 3 horas extras. Na verdade, nas horas extras eu estava legal com o meu Conselho, mas nas outras 6 horas se atendesse alguém com a acupuntura, eu estava ilegal”.

A enfermeira relata todas as barreiras que enfrentou para poder atuar como acupunturista em seu local de trabalho.

“Tinha um problema de escala, onde eu estava. Eu atuava nove horas por dia como enfermeira acupunturista. Legalmente, nas três horas eu estava legal. Claro que eu também atendia a parte de enfermagem, era um serviço de reabilitação, era uma atuação pequena, mas eu também era enfermeira ali quando necessário. Se o Coren soubesse que eu estava exercendo a função de acupunturista no meu horário de trabalho, eu teria que responder por isso. Era um risco que eu corria. A fiscal chegou a me dizer: ‘eu não vou falar nada, mas se um paciente fizer uma denúncia para o Coren, você vai responder’! Outra coisa que eu vejo é que está muito pequena a prática integrativa. Eu dei a minha vivência, mas minha filha é médica do programa da saúde da família e lá não tem nenhuma prática integrativa. Por que? Porque tem a demanda, tem as metas e então não sobra tempo para as práticas integrativas. Apesar das práticas integrativas terem até

agulhas, esferas de aço, ouro, prata, plástico, ou sementes de mostarda, previamente preparadas para esse fim. Tem origem nas escolas chinesa e francesa, sendo a brasileira constituída a partir da fusão dessas duas (Glossário temático, 2018).

²²Técnica terapêutica combinada de diagnóstico (palpação do abdome e pescoço) e tratamento por meio da inserção de agulhas em pontos neuroreativos localizados na face e no couro cabeludo. A craniopuntura de Yamamoto (japonesa) segue a linha de inserção dos cabelos e têmporas, que pode ser classificada como uma representação somática do corpo (Glossário temático, 2018).

aumentado no rol do MS. Mas falta uma força motriz para os municípios colocarem em prática. Está muito insipiente, muito superficial. Quando atuava nas três horas extras, ganhava como enfermeira e não como acupunturista, nem podia! Não era oficial. Não estava como especialista em acupuntura no Coren porque na época em que me formei não havia essa possibilidade”

SAFIRA/T

“As pessoas que atendem aqui são pessoas muito interessadas [...], e há um lado humano.”

Psicóloga, acupunturista, terapeuta floral, 67 anos de idade, sexo feminino. Explica porque procurou as PICS:

“Eu trabalho como psicóloga há mais de 30 anos, e sou psicanalista, e os tratamentos em geral são muito longos. Eu tenho pacientes que fazem tratamento há 5, 10 e 15 anos. Portanto, achei que precisava abreviar um pouquinho esse tempo e, então, eu pensei em fazer alguma coisa que pudesse acrescentar. Fiz os cursos de florais de Bach e de acupuntura. Continuo estudando a fitoterapia que eu gosto muito. Na verdade, o que me motivou foi a busca de algo que complementasse e abreviasse o tratamento”.

Para Safira, o diferencial no cuidado oferecido na Casa da Terra tem a ver com o fato de que

“As pessoas que atendem aqui são pessoas muito interessadas em uma formação holística, e há um lado humano. O lado humano é um diferencial da Casa da Terra. Tudo muito limpo, tudo muito generoso. Eu acho o Sérgio Franceschini e a sua esposa pessoas generosas. Eles doam, não só na parte material, mas também na parte emocional. Eles são muito presentes ali e isso faz uma diferença muito grande, de todos os outros ambulatórios que eu já trabalhei”.

Quanto ao cuidado holístico, explica a sua visão:

Pra mim é uma medicina integrativa. Aqui no Instituto em que eu trabalho, é um instituto antropológico. Então são diferentes profissionais que trabalham em uma visão integrativa. Acho isso muito interessante. Olhar o paciente como um todo, não partes da pessoa. Eu como psicóloga tenho notado que faz uma diferença quando você atende e dá uns cinco a dez minutos de atenção para aquela pessoa antes de atendê-la. Eu acho que, por exemplo, o psicólogo vai olhar mais para o lado emocional, o fisioterapeuta vai olhar mais para o lado da fisio. Cada profissional vai ter esse olhar de acordo com a sua profissão. É o todo, entende?”

A experiência que tem de PICS na rede de serviços baseia-se em notícias recebe de seus pacientes.

“Eu tenho uma paciente que é terapeuta ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ela trabalha com uma equipe de profissionais que tem esse olhar mais voltado para as práticas. Ela quem me traz notícias. Inclusive eles estão fazendo um cadastro de profissionais que tem interesse em se cadastrar nas diferentes práticas. Você se cadastra para prestar serviço. Então eu acho que isso está crescendo. Aí tem acupuntura, ayurveda, florais de Bach. Acho que felizmente isso está crescendo. Na verdade, eu sei pouquíssima coisa. Eu sei mais pelas minhas pacientes que me contam as coisas. Aliás, são pessoas diferenciadas porque fazem terapia. Aqui também é uma clínica diferenciada porque atende uma elite, é uma outra realidade”.

Relata sua experiência em um espaço particular:

“Eu atendo acupuntura lá em Santo Antonio dos Pinhais com vários profissionais que trabalham com as PICS. Não é rede pública, mas é um trabalho que não tem acesso difícil. Lá não tem gente pobre. São pessoas que tem carro, casa própria,

andam sempre bem arrumadas. São de um nível socioeconômico mais igual. Lá eu ganho 25% do que eu ganho aqui, mas não tenho custo de consultório. Eu creio que se não houver boicote, as PICS têm tudo para crescer no SUS. Existem terapias que são custo zero, mas será que isso interessa para o SUS? Seria muito importante para a população.

TURMALINA/U

“Aqui eles tratam a gente com humanidade! [...] Cada detalhe que você fala, eles vão atrás, vão pesquisar.”

Secretária, 39 anos de idade, sexo feminino. Faz tratamento na instituição há 2 meses por causa de dor na coluna.

Esclarece quanto à motivação para procurar o ambulatório:

“Eu tive uma queda onde ocasionou a lesão e, por mais ou menos uns oito meses, eu tomei remédio e não adiantou. Tomava remédio, fiz fisioterapia, mas não adiantou. Então uma colega falou sobre acupuntura. Sinceramente, eu não acreditava nada. Não acreditava que fosse melhorar. Aí eu falei: ‘Melhor ir. Mal não vai fazer. Aí eu comecei a vir, desde então eu melhorei muito, muito, muito. Pode colocar aí uns 80%. Uma dor intensa diária. Eu já tinha ouvido falar da acupuntura, mas como eu não acreditava, eu nunca procurei. Essa minha amiga que trabalha comigo me disse para fazer. Ela via meu sofrimento, andava mancando, com dificuldade para sentar. Ela falou: ‘tenta, tenta!’ Aí eu resolvi vir. O acesso foi fácil, não demorou muito. Em uns três meses eu já havia conseguido”.

Fala sobre a diferença do cuidado recebido na instituição.

“É muito diferente. O tratamento aqui é super atencioso. Cada detalhe que você fala, eles vão atrás, vão pesquisar. É ótimo, excelente. Muita diferença, tanto é que eu fiz todos os exames, eu mostrei para o médico, ele falou que não era nada. Que

minha dor não era nada, que ela ia passar. Daí passou um tempão, vim aqui, trouxe meus exames. Eles falaram que o que eu tinha realmente causava dor. E eles vão apalpando, vendo onde é o ponto da dor. Assim, passa confiança, que realmente você não está com uma dor psicológica. Ela existe mesmo. Pra mim foi muito bom. Aqui eles tratam a gente com humanidade!”

SODALITA/U

“... o tempo em que eu estou aqui, aguardando na recepção, é um tempo meu, que eu preciso. Então eu venho buscar esse tempo pra cuidar de mim.”.

Administradora, 58 anos, sexo feminino. Cuidadora do pai idoso e do filho que tem esquizofrenia. Frequenta a casa da Terra há seis meses para tratamento de dores na coluna cervical. Eis a sua história:

“O que me trouxe aqui foi a idoneidade da casa. Eu estava procurando um tratamento alternativo porque os remédios estavam sendo cansativos e eu não estava tendo o resultado esperado. As dores nas costas estavam muito fortes e só analgésico e anti-inflamatório não estavam dando resultado. Então, uma colega indicou, liguei e não deu 15 dias me chamaram. Fora acupuntura, eles me encaminharam para a fitoterapia porque eu não estava encontrando resultados em outros remédios. Continuo tomando, mas eu vim buscar porque a dor era muito constante e aquilo eu não tinha resultado. Chegou um momento em que zerou a dor com o tratamento. Aí nós tivemos duas semanas de férias por assim dizer, e aí a dor voltou. Então nós estamos começando de novo. Mas aqui eu vim para equilíbrio emocional, porque aqui eles cuidam da minha cervical e cuidam da minha parte emocional. Acabei de chegar com o meu pai do hospital, então eu tenho uma vida muito complicada, e aqui eu tenho os vinte minutos, o tempo em que eu estou aqui, aguardando na recepção, é um tempo

meu, que eu preciso. Então eu venho buscar esse tempo pra cuidar de mim. Eu adquiri Diabetes 2, eu tenho depressão, aí junta com a ansiedade, que é muito corrido. Você quer ver seu filho bem, você quer ver seu pai bem e você vai ficando de lado, mas faço acompanhamento médico. Estou aqui há uns seis meses”.

Destaca o acolhimento e a confiança nos terapeutas como diferencial de cuidado recebido.

“Aqui temos a atenção dos terapeutas, eles se tornam amigos da gente. Eles passam confiança. À primeira vista você pensa: ‘Poxa, eu estou em uma escola!’ Mas, não! Os terapeutas são maravilhosos, eles te passam uma confiança, eles sabem o que estão fazendo. Não é só chegar, como eu chego lá no médico, e olha está aqui exame de sangue e tal, vê, aí altera e tal. Não, aqui a gente tem o acolhimento. Eles escutam o problema de todos nós aqui. Se tornam amigos. Isso me deu muita confiança”.

QUARTZO AZUL/U

“Eles querem realmente que você fique bem de saúde!”

Gráfico, 61 anos, sexo masculino. Até chegar ao ambulatório social, passou por vários médicos por causa das dores de hérnia de disco.

“É uma longa história, fiz cirurgia de hérnia de disco e procurei todos os recursos, e na acupuntura eu senti uma grande melhora. Você vê que meu caso estava adiantado, pois tive que fazer cirurgia, mas mesmo assim eu não desprezo este tipo de tratamento de acupuntura. Senti-me muito bem. Já fiz acupuntura em outros lugares, aqui foi um senhor que eu conheço que tinha problema de coluna, quem me recomendou. Ele sofria faz algum tempo, gastou muito dinheiro. E era tanto que, segundo ele, dava pra comprar um carro zero ou dar de entrada em uma casa, mas não adiantou. Aí ele procurou outro tratamento, tipo acupuntura. Daí ficou legal, ficou bom. Hoje ele está em uma academia pra perder peso. Acho que é pura verdade o que ele falou. Não tem porque mentir. Eu me agendei, entrei na fila, demorou um mês e pouco, e aí ligaram. Comecei terça passada, hoje é a segunda vez que eu venho”.

Percebe diferenças no cuidado recebido, desde o ambiente até os profissionais.

“Aqui tudo é diferente, o próprio ambiente. O pessoal não trata você por dinheiro, eles tratam você por amor à profissão, que

eu senti. E o tratamento é muito bom, dá bastante atenção. É diferente de outros lugares que eu paguei. Era só grana, grana, e não era tudo aquilo. Antes de fazer a cirurgia de hérnia de disco, eu procurei vários lugares, então os caras aproveitaram bastante e me exploraram. Profissionais da saúde, entendeu? Mas, fazer o que? A gente vai aprendendo. Aqui o pessoal é bem humano, eles fazem uma coisa por amor ao ser humano, eu senti isso. O ambiente é leve, é tranquilo. O próprio tratamento, o jeito como as pessoas conversam com você. Eles querem realmente que você fique bem de saúde. É diferente dessas pessoas que pensam só em dinheiro. O pessoal que age como ser humano é diferente. Desde que eu me conheço por gente, eu sempre admirei as pessoas que fazem coisas como voluntárias, não por ambição. Funciona melhor, tanto pra pessoa que pratica quanto para quem é oferecido. Infelizmente, o mundo não está mais assim. 99% quer explorar. O relato que eu tive desse senhor foi extraordinário, o caso dele resolveu e eu fiquei comovido. Infelizmente, a pessoa gasta, gasta e continua assim. Eu fui torturado, procurei todos os recursos. No último caso eu tive que fazer cirurgia, não tinha jeito, mas fiquei 99% bom”.

HEMATITA/U

“Aqui as pessoas olham pra você, sorriem pra você e querem saber como você está e como está se sentindo”.

Aposentada, 67 anos, sexo feminino. Faz tratamento na instituição há um ano e meio, primeiro por causa de artrose e depois para tratar depressão.

“Eu sempre ouvi falar muito bem daqui, tem uma amiga da minha filha que fez tratamento aqui e me indicou por causa dos bons resultados que teve aqui. Faz um ano e meio que estou frequentando a Casa da Terra, minha primeira queixa foi artrose. Agora estou tratando da depressão. Estou fazendo acupuntura, fitoterapia e florais”.

Quanto à diferença no tratamento, relata que

“Quando você passa no médico, ele já vem com os remédios, que às vezes demora muito para melhorar. Muitas vezes, ele sequer sabe o que você tem e nem olha muito pra sua cara. Aqui eu percebo a melhora rápido, estou satisfeita com o tratamento daqui. Aqui as pessoas olham pra você, sorriem pra você e querem saber como você está e como está se sentindo. Não tenho queixa alguma do atendimento da Casa da Terra. Estou satisfeita. O tratamento pra mim tem sido ótimo”.

ÔNIX/T

“Tive contato com minhas avós que usavam chás para cura de certos sintomas e também, de vez em quando, a minha família se consultava com homeopatia”.

Educador físico, 42 anos, sexo masculino. Fez o curso de acupuntura há 4 anos na instituição e atualmente está cursando fitoterapia. O motivo para iniciar curso na área de PICS foi

“... a necessidade de mais conhecimento na área da saúde, de uma forma mais natural e não alopática, para cuidar da família, dos filhos e dos meus clientes vinculando à minha área profissional”.

Relata um desejo natural pelas práticas:

“Tive contato com minhas avós que usavam chás para cura de certos sintomas e também de vez em quando a minha família se consultava com homeopatia. Apesar disso, basicamente, fui tratado com alopacia, mas, com a chegada dos filhos lembrei-me desses conhecimentos e fui à busca para não ficar apenas nos cuidados de alopacia e antibióticos”.

Ele não sente muita diferença no cuidado oferecido no ambulatório social do que oferece em seu local de trabalho, pois tem toda liberdade para aplicá-lo lá também, uma vez que atende em espaço próprio, conseguindo aplicar deliberadamente os conceitos que aprende na Casa da Terra.

“A única diferença da Casa da Terra e do meu local de serviço é que aqui eu tenho supervisão e sempre posso estar adquirindo mais conhecimento. No atendimento dos meus clientes, consigo aliar o que aprendi aqui com as indicações da área da educação física, dos exercícios físicos que introduzo no atendimento. O cuidado é bastante completo”.

Define o cuidado holístico:

“Para mim, o cuidado holístico olha o ser humano em todos os aspectos emocionais, físicos e espirituais. Acho também que esses itens não podem faltar no atendimento”.

Narra suas experiências com PICS no SUS:

“Onde eu moro, entreguei meu currículo pela segunda vez ao Secretário da Saúde. Existe muita procura das pessoas, porém isso não é efetivo. Não colocam em prática. Acredito que isso aconteça por causa de custo. Sinceramente, não conheço lugares que oferecem esses serviços com as PICS. Realmente não ouvi falar desses atendimentos. Pensando em saúde pública, daria muito certo se fosse efetivo, se existissem pessoas contratadas trabalhando nessa rede, mas não achei nenhum lugar em que isso funcione e nem que aconteça. Acho também que o governo não quer que as pessoas sejam preventivas e que isso dê certo”.

JADE/U

“Na Casa da Terra eu tenho um carinho maior. [...] Quando a gente tem uma certa idade, já não dão muita atenção pra gente”.

Aposentada, 78 anos, sexo feminino. Procurou o serviço pela segunda vez e há um ano faz tratamento para herpes.

“Há alguns anos eu tive um problema onde fracturei os meus dois braços, fiz todo o tratamento com a medicina normal, como por exemplo, fisioterapia, mas não estava obtendo muito resultado. Só comecei a melhorar mesmo quando comecei a fazer acupuntura, porque eu não conseguia nem cortar um pão. Após o tratamento com acupuntura, eu sarei e não tive mais nada. Depois eu tive este problema de herpes e me lembrei daqui e como fui muito bem recebida e tratada. Atualmente, estou procurando novamente esse meio alternativo para tratar do herpes. Conheci este lugar por causa da minha filha que trabalha na faculdade em que o Sérgio dá aula. Ela me falou muito bem das coisas que ele fazia e eu resolvi tentar. Este tratamento já deu uma melhora de 70%, se fosse a outro lugar acho que não teria o mesmo resultado”.

Quando indagada sobre a diferença de cuidado, afirma:

“Na Casa da Terra, eu tenho um carinho maior, sou muito bem atendida e gosto do pessoal que trabalha aqui. Nos outros locais eu não sou tão bem recebida como sou aqui. Quando a gente tem uma certa idade, já não dão muita atenção pra gente”.

QUARTZO FUMÊ/T

“Aqui nós trabalhamos a pessoa como um todo. Observamos e consideramos tudo”.

Cirurgião dentista, 50 anos, sexo masculino, acupunturista, fitoterapeuta, professor da Casa da Terra desde sua formação. Explica sobre a motivação por fazer curso na área de PICS.

“Começou como um desafio porque a minha esposa tinha muita dor de cabeça e ela me estimulou a começar a estudar e fazer cursos nessa área, com isso mudou o conceito que eu tinha das PICS”.

Trabalha como dentista em consultório particular e faz atendimento como acupunturista em domicílio. Em relação à diferença de cuidado, responde:

“Tem bastante diferença porque eu, como dentista que viso apenas uma parte do corpo: a cabeça, boca mais especificamente. Mas tem muita patologia na boca que estão relacionadas ao corpo. Às vezes, o dentista não tem noção da causa. Se tivesse um conceito como tem na medicina chinesa de um todo, saberia diferenciar e identificar melhor o tipo de patologia que a pessoa vem a ter na boca, com isso poderia ser curado mais rápido. Aqui nós trabalhamos a pessoa como um todo. Observamos e consideramos tudo”.

Diz não saber muito bem o que seja cuidado holístico, mas o define o cuidado holístico como “... *um tratamento que mexe com energias e com coisas do universo*”. Em relação à implementação das PICS na rede de serviços, relata:

“Eu sei que foi implantado no SUS, mas não conheço nenhum lugar que tenha essas práticas integrativas funcionando adequadamente, quero dizer o reiki, acupuntura e fitoterapia. Não creio que vá dar certo porque só os médicos podem atuar nessa área, então pode servir pra alguns e não pra maioria. Tenho amigos que atuam com isso e fizeram a pós graduação para serem reconhecidos pelo CRM²³, sendo que nesses cursos dão apenas protocolo. Minha esposa foi em um médico acupunturista e saiu pior do que chegou porque o tratamento não foi completo. Enfim, acredito que a ideia é excelente, porém tem muito o que melhorar referente ao tratamento”.

²³Conselho Regional de Medicina

ÁGUA MARINHA/U

“... gosto da forma como os profissionais tratam a gente, com paciência, boa vontade e humanidade.”

Aposentada, 78 anos, sexo feminino. Faz tratamento com acupuntura para dor há 3 meses.

“O motivo de eu ter vindo para cá foi muita dor no joelho, dor no braço, dor na coluna, porém já melhorei bastante em vista de como cheguei. Eu conheci a Casa da Terra através de uma pessoa que já frequentava aqui. Ela me contou como foi bem atendida aqui e como as pessoas aqui eram bem tratadas. Achei fácil a localização, referente ao atendimento, foi super-rápido. Em menos de um mês eu fui chamada. Frequento outros serviços como cardiologista, clínico geral e ortopedista”.

Explica que há diferença no tratamento da Casa da Terra em relação aos outros:

“Acho o tratamento da casa da terra bem melhor porque gosto da forma como os profissionais tratam a gente, com paciência, boa vontade e humanidade. Percebo que eles fazem o seu trabalho de coração, nos outros lugares os profissionais nem olham pra gente. Já começam fazendo as anotações em um papel e acabou a consulta”.

AMAZONITA/U

“Aqui os profissionais procuram entender o que realmente acontece com a pessoa...”

Aposentada, 67 anos, sexo feminino. Veio para o ambulatório há seis meses para tratar uma alergia.

“O meu marido já vinha para fazer acupuntura aqui, mas teve uma vez que vim acompanhá-lo e estava com uma alergia super forte. Vendo isso, a Márcia me colocou na fitoterapia e fiz meu primeiro tratamento. Depois disso, já passei com outros tratamentos, como por exemplo, a acupuntura e o floral”.

Explica em poucas palavras o diferencial no cuidado. Nesse momento, fica muito emocionada e seus olhos se enchem de lágrimas.

“Já passei com diversos médicos, fiz vários exames para conseguir tratar as minhas dores. Em todos os lugares que eu fui ninguém resolveu meus problemas. Aqui na Casa da Terra, por exemplo, consegui arrumar uma solução para a minha dor na coluna. Depois foram melhorando as outras dores: ombros e joelhos. Aqui os profissionais procuram entender o que realmente acontece com a pessoa até arrumar a solução para aquele problema. Já nos outros atendimentos, o médico pede vários exames, depois tem que esperar o resultado dos exames e depois passa no retorno e nem sempre você consegue saber o que realmente tem. Às vezes, sai sem uma resposta e com um monte de remédios para tomar. Aqui sinto

que o serviço é de excelência e se preocupam com o nosso bem-estar”.

CITRINO/T ***“Procuro estar sempre dando o meu máximo para o cuidado holístico do paciente”***

Psicólogo, mestre em psicologia clínica, acupunturista, 54 anos, sexo masculino. Frequenta a instituição há dois anos.

“A escolha por esse percurso em áreas medicinais veio por volta de 1998, quando iniciei acunpuntura, mais pela filosofia e depois a prática. Fitoterapia chinesa em uma instituição na liberdade, sendo que não gostei do curso, achei uma enganação. Depois de certo tempo, descobri a Casa da Terra através de uma paciente, desde o primeiro dia me senti bem e gostei muito. A escolha pelas práticas integrativas alternativas veio com o convívio com minha vó, como por exemplo, ela utilizava casca de ipê roxo, confrei; ela era super natural. Gostaria de acrescentar que estudei por 15 anos a cultura celta sobre magia e pude aprender a fazer tintura entre outras coisas. A ideia era um estudo de filosofia, por uma distração do meu trabalho clínico. Na época, eu queria estudar algo ligado à filosofia chinesa, porém acabei gostando de estudar sobre esse assunto e me especializei na área. Na minha cabeça, mesmo frequentando a Casa da Terra, esses estudos de práticas alternativas complementares não deixam de ser uma ciência. É uma pena que seja algo pouco reconhecido. Hoje em dia buscar o alternativo é não ficar na grande maioria das escolhas das pessoas, que ficam com a medicina, biologia e laboratórios”.

Para ele, a diferença observada no tratamento oferecido pela instituição e de outros locais que atua, é que

“Aqui a preocupação está na pessoa e não na doença. O foco maior está no equilíbrio corpo-mente, de forma a que o indivíduo seja protagonista de seu processo de saúde. Nos outros locais, a pessoa é paciente, de uma forma passiva. Os outros decidem o que é melhor para ela. Não se escuta o que ela diz, o que ela quer. O cuidado humanizado aqui é prioridade”.

Fala sobre a abrangência que está implícita no conceito de cuidado holístico em saúde:

“Sobre o cuidado holístico de saúde compreendo que assim é que deveria funcionar em todos os atendimentos. Hoje podemos perceber que durante o atendimento o médico foca apenas nos sintomas físicos, dentro do seu próprio quadrado da sua especialização. Cuidado holístico é tratar do psicológico, físico e emocional e ter uma compreensão social e religiosa para atendê-lo, porque tudo influencia no tratamento. Procuro estar sempre dando o meu máximo para o cuidado holístico do paciente”.

Denota preocupação a respeito das PICS no SUS:

“Referente à inserção das práticas no SUS, acredito que vai dar certo, mas minha grande preocupação é que não haja uma normatização. Sendo assim, tenho medo que coloquem pessoas sem qualificação e acabem fazendo besteira com os clientes. Mesmo estando quase no final do curso de fitoterapia, ainda não me sinto seguro para recomendar fitoterápicos cujo princípio ativo ainda não tenha total domínio. Primeiro, deveria ter universidades completas para isso, não só de pós graduação, mas sim uma normatização da qualificação dos terapeutas”.

GRANADA/T

“... ouvir o paciente e visualizá-lo como um todo, um ser único, com a sua história de vida, suas marcas”.

Fisioterapeuta, acupunturista, 40 anos, professora de acupuntura. Frequenta a instituição há dois anos. Eis a sua trajetória em direção às PICS.

“Eu já pratico a MTC há mais de 26 anos, quando precisei da acupuntura. O mestre que me atendia era mestre em Tai chi chuan²⁴ também, e minha mãe começou a fazer o Tai chi. Então eu comecei e depois meu pai e meu irmão. Fiz graduação em fisioterapia, e após uns 4 anos de experiência, eu queria algo mais para contribuir com a evolução dos meus pacientes. Foi quando meu mestre me aconselhou a fazer Acupuntura, que iria ser muito bom. Fiz a especialidade de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa, e, antes de acabar o curso, fui contratada em concurso público de fisioterapia”.

A experiência com PICS na rede de serviços é rica, conforme sua narrativa:

“Quando iniciei no município, já havia auriculoterapia há dois anos para a população. Duas semanas após minha entrada no serviço, o secretário de saúde autorizou a acupuntura com agulha, em julho de 2007. Desde então, atuo como acupunturista no município com atendimento pelo SUS. A cidade de Santana de Parnaíba foi a terceira no Brasil a

²⁴Prática corporal coletiva de origem oriental que consiste em posturas de equilíbrio corporal e na realização de movimentos lentos e contínuos que trabalham, simultaneamente, os aspectos físicos e energéticos do corpo. Considerado uma arte marcial, tem sido reconhecido como prática de promoção da saúde em virtude dos benefícios relacionados ao exercício da meditação, ao relaxamento e ao equilíbrio (Glossário Temático, 2018).

colocar em prática este tipo de atendimento. Em 2013, também iniciei um trabalho na gestão de uma unidade de reabilitação em Taboão da Serra. Lá introduzi a acupuntura, fitoacupuntura e Tai chi chuan. Hoje permaneço em Santana de Parnaíba, sou professora de Medicina Tradicional Chinesa em faculdades”.

O que motivou a buscar uma especialização em PICS foi porque “queria melhorar o meu atendimento ao paciente, que ele evoluísse mais. Percebia que depois de certo tempo, a evolução estagnava. E eu não me conformava com isso”.

Quanto ao diferencial no cuidado oferecido no ambulatório, refere-se à forma de ver a pessoa.

“Na minha visão, o diferencial da minha forma de cuidar aqui é ouvir o paciente e visualizá-lo como um todo, um ser único, com a sua história de vida, suas marcas. Aqui nós respeitamos a pessoa naquilo que ela é. Cada qual com sua complexidade. E, a partir daí, desenvolver o tratamento, que inclui acupuntura, auriculo, fitoterapia e dietoterapia. Procuro utilizar esse ponto de vista também onde trabalho com orientação postural nas atividades de vida diária e laboral”.

O cuidado holístico de saúde, a seu ver, tem a ver com “levar em consideração o ambiente onde a pessoa mora, suas condições financeiras e de trabalho e o conhecimento de si mesmo, e não apenas avaliar o paciente como um todo”.

Fala a respeito das práticas na rede de serviços:

“Quanto às PICS, já atuo no município em que trabalho há mais de 11 anos, mas não tenho conhecimento de que o município recebe verbas específicas para isso. É viável quando se tem interesse de cima, e na época em que conseguimos a acupuntura com agulhas aqui, o secretário de Saúde, que era médico, era a favor. Hoje, o atual secretário é contra profissional não médico atuar com acupuntura, e tem feito de tudo para tirar essa conquista da população. A redução de custos com medicação e médicos é grande, mas o monopólio

médico e das indústrias farmacêuticas são um grande obstáculo na consolidação das práticas integrativas. De outros municípios, sei que em São Paulo, Barueri e Jundiaí tem algumas unidades básicas que atendem acupuntura”

ESMERALDA/T

“... temos recursos excelentes em mãos, [...] mas nossa cultura curativa e medicamentosa ainda fala mais alto”.

Fitoterapeuta, acupunturista, 38 anos, sexo feminino. Frequenta a Casa da Terra há dois anos. Ingressou no cuidado com as PICS porque

“Sentia que faltava alguma coisa no tratamento físico. O paciente melhorava, mas faltava alguma ferramenta. Então percebi que a fisioterapia tinha um limite”.

Resume o cuidado holístico como

“O cuidado em que o paciente é visto como um todo: mente, corpo e espírito, isto é, energia. Nesse tipo de cuidado, respeitamos o ser completo, com todas as suas complexidades”.

Percebe diferença no cuidado que é oferecido na instituição de estudo:

“Aqui consegui ver e tratar o ser humano com todas as suas complexidades, inclusive aprendendo a considerar o meio em que ele vive, ambiente, corpo, mente, espírito, inter-relações e interações”.

Em relação à implementação das PICS no SUS, reconhece a existência de algumas resistências.

“Acho que infelizmente ainda estamos engatinhando. Vejo muita resistência, principalmente por parte dos gestores

públicos na implantação de práticas baratas e eficazes. Muito disso por causa de uma reserva de mercado por parte dos médicos, que pressionam e interferem nas práticas realizadas pelo que eles chamam de “não médicos”. Além disso, apesar de muitas das PICS serem comprovadas cientificamente, ainda necessitam passar por uma desmistificação, pois muitas pessoas, inclusive da área da saúde, ainda não acreditam na sua eficácia. Apesar disso, existem prefeituras que atualmente investem e estão ampliando as PICS. Uma delas, que muito me surpreendeu, foi a de Jundiaí. Atualmente existem vários projetos em andamento que deveriam servir de exemplo: roda de chá com paciente das UBS com divulgação do conhecimento da fitoterapia, horta comunitária medicinal, entre outras práticas. Tentei durante anos implantar o setor de acupuntura na Prefeitura de Barueri, mas enfrentei na prática o preconceito sobre a técnica, a briga com os médicos pela reserva de mercado e a resistência dos gestores. O mesmo ocorreu com o fisioterapeuta que implantou a acupuntura em Santana do Parnaíba. Agora a minha luta é para implantar a fitoterapia lá. Acho que temos recursos excelentes em mãos, baratos e eficientes, mas nossa cultura curativa e medicamentosa ainda fala mais alto. Mas acredito que as coisas estão mudando, só o fato de termos as PICS no Sus já demonstra isso. Mas precisamos de mais gestores que aceitem o desafio da mudança de conceito”.

JASPE/U

“... os profissionais sempre se preocupam com o que a gente tem e demonstram total interesse em ajudar”.

Auxiliar de pessoal, 57 anos, sexo feminino. Faz tratamento para dor na coluna há dois meses. Já conhecia o serviço oferecido pela Casa da Terra por intermédio de uma amiga do serviço. Além disso, o escritório em que trabalha presta serviços para a instituição. Assim, a proximidade com alguém do serviço de saúde a levou a buscar auxílio.

“Conheci a Casa da Terra através da Márcia, esposa do Sérgio, porque é uma cliente do escritório de contabilidade, também tenho uma amiga do serviço que faz tratamento de acupuntura. Certo dia, ela acabou marcando um horário na Casa da Terra pra eu fazer um tratamento da coluna, pois havia visto o meu sofrimento”.

Verifica que há diferenças no cuidado que recebe no contexto de estudo e o de outros serviços de saúde.

“Há diferença sim. Os médicos mal olham pra gente quando passamos em consulta. Não dão atenção suficiente ao paciente. Já na Casa da Terra, os profissionais sempre se preocupam com o que a gente tem e demonstram total interesse em ajudar. Eles ouvem a nossa história e percebo que não ficam entediados com isso. Pelo contrário, quanto mais a gente se abre, maior o interesse em ajudar”.

4.2. OS TEMAS E AS CATEGORIAS ANALÍTICAS

Os temas e as categorias analíticas são o resultado da identificação de conceitos conforme as narrativas dos informantes do estudo. Foram destacados três temas com suas respectivas categorias e subcategorias, quais sejam: “Itinerário terapêutico até às PICS”, “Experiências de cuidado com as PICS” e “Pontos de vista em relação ao cuidado”.

O primeiro tema **Itinerário terapêutico até às PICS**, corresponde às razões que levaram assistidos e profissionais a buscarem o tratamento com PICS, bem como o caminho percorrido até chegarem a esse tipo de assistência. Este tema é representado pelas seguintes categorias e subcategoria:

1) ***“Razão para a busca das PICS”***

1.1) *“A dor como ponto de convergência”*

1.2) *“Insatisfação com o cuidado oferecido nas instituições de saúde”*

2) ***“Caminho percorrido até chegar às PICS”***

O segundo tema, **Experiências de cuidado com as PICS**, representa a forma como usuários e terapeutas veem e vivenciam o tratamento oferecido na instituição. Na forma com que descrevem o cuidado, desvelam-se comportamentos, expectativas e reconhecimentos referentes à assistência prestada no contexto. As seguintes categorias compõem este tema:

1) ***“Formas de descrever o cuidado recebido”***

2) ***“Formas de descrever o cuidado prestado”***

3) ***“Convergência de sentimentos em relação ao cuidado do contexto”***

O terceiro tema, **Pontos de vista em relação ao cuidado**, compõe aspectos da reflexão dos informantes sobre a vivência do cuidado no âmbito das PICS, como conceituam o cuidado e qual a visão que tem a respeito das práticas e do cuidado holístico, bem como o papel que assumem dentro do nosso complexo sistema de saúde vigente. Este tema é representado pelas categorias:

1) ***“Descrença e preconceito”***

2) ***“Modos de explicar o cuidado holístico”***

3) ***“Implantação e implementação das PICS no SUS”***

Após breve apresentação dos temas do estudo, convém reforçar que a análise que levou à identificação das categorias e subcategorias foi baseada na exaustiva exploração das narrativas, onde se buscou semelhanças e diferenças de afirmações e comportamentos, permitindo, assim, melhor compreensão e aproximação com o sentido do contexto.

4.2.1 Itinerário terapêutico até às PICS

Na busca por melhores resultados de saúde, as pessoas percorrem caminhos diversos, com a esperança de verem concretizado seu desejo de bem-estar e cura. Este tema descreve aspectos da trajetória construída por profissionais e assistidos na busca dos cuidados de saúde no âmbito das PICS. Nesse percurso, refletem-se seus movimentos, tomadas de decisão e recursos mobilizados na recuperação ou manutenção da saúde. Os relatos da trajetória são representados pelas categorias e subcategorias:

4.2.1.1 Razão para a busca das PICS

Nesta categoria, diferenciam-se as razões de terapeutas e usuários. Para estes, a razão está direcionada à busca de cuidados e, para aqueles, à prática do cuidado com o uso das PICS.

Em relação aos usuários, que buscam o cuidado, as razões estão atreladas à indicação de familiares ou conhecidos, a experiências alheias bem sucedidas que lhes chegam ao conhecimento e, ainda, à busca por tratamentos naturais e alternativos.

A indicação de familiares ou conhecidos é refletida nas narrativas:

“Minha mãe já frequentava aqui, eu vi que já havia ajudado ela a solucionar alguns problemas de dor de cabeça. Ela já tinha me indicado esse tratamento de acupuntura há muito tempo”
(Ametista/U).

“Eu sempre ouvi falar muito bem daqui, tem uma amiga da minha filha que faz tratamento aqui, e ela me indicou” (Hematita/U).

“Minha filha me indicou este local. Disse que era muito bom” (Jade/U).

“Eu conheci a Casa da Terra através de uma pessoa que já frequentava aqui e me deu boas referências daqui” (Água Marinha/U).

As experiências alheias bem sucedidas acabam tendo papel decisivo na busca pelas PICS:

“Já conhecia o serviço oferecido pela Casa da Terra por intermédio de uma amiga que fez tratamento aqui e se deu muito bem” (Jaspe/U).

“Quando fiquei sabendo de um senhor que tinha dores nas costas e ficou bom aqui em dois meses, eu me agendei e entrei na fila. O relato que eu tive desse senhor foi extraordinário, o caso dele resolveu” (Quartzo Azul/U).

A Busca por tratamentos naturais e alternativos também se constitui razão para o tratamento com PICS:

“Eu estava procurando um tratamento alternativo. Porque os remédios, além de serem cansativos, eu não estava tendo o resultado esperado” (Sodalita/U).

“Eu queria procurar um método alternativo para as minhas cólicas, que não fosse tomar anticoncepcional” (Ametista/U).

Para os terapeutas, que buscam praticar cuidados com PICS, verificou-se como razão a busca por melhores resultados de saúde e a preocupação com o cuidar da pessoa. Além disso, as lembranças de costumes familiares que envolviam cuidados de saúde com práticas integrativas foram motivadoras da busca, assim como terem presenciado bons resultados de tratamentos com PICS.

A preocupação com a busca por melhores resultados de saúde e o cuidado da pessoa foi a tônica de alguns relatos:

“Fiz minha especialização em acupuntura porque desde o começo estava focado mais para cuidar do paciente. Como biomédico, que é um curso focado em pesquisas e análises, senti a necessidade de cuidar do paciente, e não ficar apenas na imagem do paciente e depois não fazer nada” (Topázio/T).

“Querida algo mais para contribuir com a evolução dos meus pacientes. Querida melhorar o meu atendimento” (Granada/T).

“Eu trabalho como psicóloga há mais de 30 anos, e percebi que os tratamentos em geral são muito longos. Eu achei que precisava abreviar um pouquinho esse tempo. Então, eu pensei em fazer alguma coisa dentro dessa área” (Safira/T).

Os costumes familiares, com os chás naturais que as avós faziam para tratar doenças, ficaram no imaginário dos profissionais e serviram de estímulo para especialização em PICS:

“Tinha a fitoterapia na minha cabeça, inclusive por questão de ter vindo da roça, pela minha avó cuidar de todos com plantas. O tratamento da minha família sempre foi esse, com plantas” (Ágata/T).

“Tive algum contato com minhas avós que usavam chás para cura de certos sintomas e também de vez em quando a minha família se consultava com homeopatia” (Ônix/T).

“A escolha pelas práticas integrativas e alternativas veio com o convívio com a minha avó. Por exemplo, ela utilizava casca de ipê roxo, confrei. Ela era super natural” (Citrino/T).

Alguns profissionais vivenciaram bons resultados de tratamento com PICS, e essa vivência foi a razão para a busca das práticas:

“Anos atrás eu trabalhei como auxiliar de enfermagem com um médico neurologista que fazia acupuntura. Eu acompanhava alguns pacientes e via os bons resultados. Isso me motivou a fazer um curso de pós graduação nessa área” (Diamante/T).

“Fiz o curso de acupuntura por causa da minha cachorra que teve uma melhora excelente por um tratamento com acupuntura” (Ágata/T).

4.2.1.1.1 A dor como um ponto de convergência

A dor acaba sendo uma constante na grande maioria dos relatos, constituindo-se fator de tomada de decisão, impulsionando as pessoas no itinerário terapêutico em busca de recursos para a volta à rotina normal de vida. Eis algumas falas:

“As dores nas costas eram muitas, [...] continuo tomando os remédios, mas eu vim buscar ajuda porque a dor era muito constante...” (Sodalita/U).

“Cheguei aqui na Casa da Terra com muita dor no joelho, dor no braço, dor na coluna, porém já melhorei bastante em vista de como cheguei” (Água marinha/U).

“Foi quando realmente eu quis vir, como a cólica menstrual atrapalha muito o meu desempenho e a minha rotina de vida [...]. Aí eu vim pra cá por conta da cólica” (Ametista/U).

A dor constituiu-se, inclusive, como estímulo para o profissional de saúde estudar PICS, conforme sua narrativa:

“Começou como um desafio porque a minha esposa tinha muita dor de cabeça e ela me estimulou a começar a estudar e fazer cursos nessa área, com isso mudou muito meu conceito” (Quartzo Fumê/T).

4.2.1.1.2 Insatisfação com o cuidado oferecido nas instituições de saúde

A grande maioria dos entrevistados relatou insatisfação com o cuidado oferecido nas instituições de saúde como razão para buscar as PICS. As causas são as mais diversas e estão representadas na figura a seguir:

Figura 24 – Causas de insatisfação com o modelo de saúde vigente

Fonte: Elaboração própria. São Paulo, julho de 2019.

A insatisfação se sobressai nas narrativas, sendo referido o foco excessivo do cuidado na patologia, ao invés da pessoa. A falta de atenção ao doente e não olhar nos olhos foram queixas levantadas pelos informantes:

“Infelizmente o nosso sistema de saúde trata somente a patologia do cliente e acaba esquecendo como está a pessoa” (Topázio/U).

“Hoje percebo que, durante o atendimento, o médico foca apenas nos sintomas físicos...” (Citrino/T).

“Os médicos em que a gente passa, mal olham pra gente e não dão atenção suficiente ao paciente. Fazem as anotações em um papel e acabou a consulta” (Água Marinha/U).

“Os médicos mal olham pra nós quando passamos em consulta” (Jaspe/U).

Os informantes descreveram, ainda, a insatisfação com o cuidado que privilegia a visão fragmentada do médico nos atendimentos, a falta de resultados após tratamentos e o desconhecimento do que tem após realização de vários exames:

“Hoje percebo que, durante o atendimento, o médico foca apenas [...] dentro do seu próprio quadrado de especialização” (Citrino/T).

“Eu fiz todos os exames, mostrei para o médico, ele falou que não, que minha dor não era nada, que ela ia passar. Daí passou um tempão e a dor continuava (Turmalina/U).

“Nos outros atendimentos, o médico pede vários exames, depois tem que esperar o resultado dos exames e depois passa no retorno e nem sempre você consegue saber o que realmente tem” (Amazonita/U).

“... as pessoas ficam fazendo vários exames e nem sempre sabem o que tem” (Topázio/T).

A insatisfação compreende também a limitação relatada pelos profissionais, que, algumas vezes se sentiram de mãos atadas frente a certas demandas de saúde:

Lá no meu serviço, o médico cuida da doença e o enfermeiro cuida do doente, mas tem muita limitação, quase 100% de limitação. Pouca atuação em relação ao meu conhecimento independente. Você tem muitos limites. É como uma linha reta, e você não pode sair dela (Ágata/T).

“Sentia que faltava alguma coisa no tratamento físico. O paciente melhorava, mas faltava alguma ferramenta, a fisioterapia tinha um limite” (Esmeralda/T).

“Pude perceber que o método tradicional não tinha um efeito 100% eficaz nos pacientes. Um tratamento alopático muitas vezes não trazia muitos benefícios aos pacientes. Às vezes, trazia algum tipo de alívio, mas o problema voltava e percebia que não tratava adequadamente (Topázio/T).

“No hospital, eu não posso utilizar a acupuntura, me sinto de mãos atadas” (Diamante/T).

4.2.1.2 Caminho percorrido até chegar às PICS

Esta categoria descreve os diversos caminhos percorridos até chegar às PICS. Para os usuários, incluíram diversas idas ao médico, baterias de exames, medicamentos e demais recursos oferecidos por outros sistemas de saúde:

“Fiz cirurgia de hérnia de disco e procurei todos os recursos da medicina. Eu fui torturado, procurei todos os recursos e somente na acupuntura eu senti uma grande melhora” (Quartzo azul/U).

“Eu tive uma queda onde ocasionou a lesão e, por mais ou menos uns 8 meses, fui no médico, tomei remédio e não adiantou. Tomava remédio, fiz fisioterapia, mas não adiantou. Então uma colega falou sobre acupuntura” (Turmalina/U).

Um terapeuta também reconheceu esse caminho que é percorrido por muitos usuários:

“Infelizmente, a nossa população geralmente vai atrás da acupuntura para um tratamento específico, como a última esperança. Já passou por todos os demais profissionais, já tomou tudo quanto é remédio e está ali perdida” (Diamante/T).

Os profissionais de saúde que chegaram até às PICS e as adotaram como ferramentas de trabalho, também percorreram seus caminhos, sendo estes marcados pela insatisfação quanto ao cuidado prestado dentro dos contextos de outros sistemas de saúde:

“Quando atendia em hospital, ficava um pouco chateado e triste. Sentia-me com as mãos atadas em acompanhar clientes há meses, passando por tratamentos no qual, pelo conhecimento que eu tenho, [...] resolveria o problema da pessoa facilmente. Assim, não podia intervir...” (Topázio/T).

4.2.2 Experiências de cuidado com as PICS

O tema refere-se à descrição e sentimentos relacionados aos cuidados de saúde dentro do contexto, refletindo vivências, interações, perspectivas e laços estabelecidos pelo grupo. A temática é representada pelas categorias:

4.2.2.1 Formas de descrever o cuidado recebido

Esta categoria representa o modo como os usuários se referem ao cuidado de saúde recebido na instituição e os sentimentos relacionados ao tratamento. Seus relatos revelam um cuidado em que se verifica a compreensão e a atenção do profissional, estabelecendo-se laços de confiança. Além disso, o cliente possui acesso facilitado ao tratamento.

A compreensão e a atenção dos profissionais são destacadas pelos usuários:

“Aqui os profissionais procuram entender o que realmente acontece com a pessoa...” (Hematita/U).

“Na Casa da Terra, os profissionais sempre se preocupam com o que o paciente tem e demonstram total interesse em ajudar” (Jaspe/U).

“Eles te olham nos olhos, perguntam sobre você, e isso é importante” (Ametista/U).

“O tratamento da casa da terra é bem melhor porque gosto da forma atenciosa com que os profissionais tratam os pacientes e percebo que eles fazem o seu trabalho de coração” (Água Marinha/U).

“Vim aqui, trouxe meus exames. Eles falaram que o que eu tinha realmente causava dor [...], ela existe mesmo. Para mim foi muito bom!” (Turmalina/U).

Os laços de confiança são estabelecidos sob um clima de amizade, que deixa os usuários confortáveis e dispostos a se abrir com os terapeutas:

“Aqui há atenção dos terapeutas, eles se tornam amigos da gente. Eles passam confiança, eles sabem o que estão fazendo” (Sodalita/U).

“Eu não me vejo falando várias coisas que falo aqui para um médico de um posto, tanto pelo tempo, quanto por não me sentir mesmo confortável em falar assim” (Ametista/U).

“Na Casa da Terra eu tenho um carinho maior, sou muito bem atendida e confio no pessoal que trabalha aqui” (Jade/U).

“Quanto mais a gente se abre, maior o interesse em ajudar. Isso aumenta a minha confiança nos profissionais!” (Jaspe/U).

A facilidade de acesso foi descrita como um ponto positivo no cuidado recebido:

“O acesso foi fácil, não demorou muito. Em uns três meses, eu já havia conseguido” (Ametista/U).

“Uma colega indicou, liguei e não demorou muito não. Deu uns quinze dias e eles me chamaram” (Sodalita/U).

“Eu me agendei, entrei na fila, demorou um mês e pouco só, e aí ligaram” (Quartzo Azul/U).

“Achei fácil a localização, referente ao atendimento, foi super rápido” (Água Marinha/U).

4.2.2.2 Formas de descrever o cuidado prestado

Os profissionais descrevem o modo como percebem o cuidado oferecido ao cliente, o que envolve paciência, respeito à individualidade, entendimento do outro. O foco é na saúde.

“Eu, sendo paciente, vou atender a individualidade de cada um deles. E a ideia é não trazer para o que eu acho certo. Mesmo

como terapeuta, eu posso achar algo certo para a minha pessoa, para o meu momento, mas pode não ser para o dele” (Sérgio).

“Aqui nós respeitamos a pessoa naquilo que ela é. Cada qual com sua complexidade” (Granada/T).

“O diferencial no cuidado é exatamente você entender o outro” (Sérgio).

“Um dos parâmetros fundamentais da saúde e também que considero e aprendi aqui na Casa da Terra é tratar a saúde do paciente, e não somente a doença” (Topázio/T).

4.2.2.3 Convergência de sentimentos em relação ao cuidado

Existe convergência de sentimentos em relação ao cuidado dispensado no contexto, que faz com que haja um encontro com o outro. Em termos antropológicos, podemos falar que é onde as interações ocorrem, e estas propiciam satisfação, tanto para usuários quanto para terapeutas. Ambos, em seus discursos, relatam sentir espaço para a conversa, onde a escuta é o principal elemento que aproxima as pessoas. Um e outro referem sentir o lado humano nos atendimentos, onde os laços de confiança são fortalecidos. Por fim, usuários e terapeutas relatam fazer o que gostam nas interações que se dão durante os tratamentos com PICS e vivenciam os resultados positivos. Seguem as narrativas que representam esta categoria.

O espaço para a conversa faz parte das narrativas tanto de cliente quanto de terapeutas:

“O diferencial da forma de cuidar aqui é ouvir o paciente” (Granada/T).

“Eles ouvem a nossa história e percebo que não ficam entediados com isso” (Jaspe/U).

“As pessoas te escutam bastante antes de oferecer qualquer resposta de tratamento” (Ametista/U).

“Tenho notado que faz uma diferença quando você atende e dá uns cinco a dez minutos de atenção para aquela pessoa antes de tratá-lo” (Safira/T).

“O próprio tratamento, o jeito como as pessoas conversam com você. Eles querem realmente que você fique bem de saúde” (Quartzo Azul/U).

Em suas experiências de cuidado no contexto, os informantes destacam o lado humano nos atendimentos como um diferencial da Casa da Terra:

“As pessoas que atendem aqui são pessoas muito interessadas [...] e há um lado humano. O lado humano é um diferencial da Casa da Terra” (Safira/T).

“Aqui eu encontrei humanidade” (Turmalina/U).

“Aqui o pessoal é bem humano, eles fazem uma coisa por amor ao ser humano, eu senti isso. O ambiente é leve e tranquilo. O pessoal que age como ser humano é diferente” (Quartzo Azul/U).

“Os profissionais aqui doam, não só na parte material, mas também na parte emocional. Eles são muito presentes e humanos, isso faz uma diferença muito grande de todos os outros ambulatorios que eu já trabalhei” (Safira/T).

“O atendimento é bem mais humanizado” (Ametista/U).

Os profissionais de saúde referiram que cuidar, na perspectiva do contexto de estudo, é fazer o que gosta. Isso foi corroborado pelos usuários, que, através da forma como são cuidados, sentiram que os profissionais gostam do que fazem:

“Apesar de ter trabalhado muito tempo na área de biomedicina e já estar praticamente estável em uma boa empresa, resolvi deixar a carreira e fazer o que eu gosto, que é cuidar da saúde e do bem estar das pessoas, e não trabalhar por trabalhar” (Topázio/T).

Temos o ambulatório, tem todo esse diferencial, tem toda uma história de fazer uma coisa que seja mais gostoso pra todo

... mundo...” (Sérgio/T).

“A acupuntura e a fitoterapia me dão uma satisfação e realização profissional” (Ágata/T).

“Aqui o pessoal não trata você por dinheiro, eles tratam você por amor à profissão, foi o que eu senti” (Quartzo Azul/U).

Usuários e terapeutas relatam resultados positivos nos tratamentos, expressando sentimentos de melhora, às vezes de forma mais rápida do que o esperado:

“Em poucas sessões se vê o resultado imediato [...]. O resultado é muito eficaz” (Diamante/T).

“Na acupuntura eu senti uma grande melhora. Senti-me muito bem, entendeu?” (Quartzo Azul/U).

“... se [o profissional] tivesse um conceito como tem na medicina chinesa, de um todo, saberia diferenciar e identificar melhor o tipo de patologia [...], com isso, poderia curar o paciente mais rápido” (Quartzo Fumê/T).

“Aqui eu percebo a melhora mais rápido, estou satisfeita com o tratamento daqui” (Hematita/U).

“Eu senti as consequências muito rapidamente em curto prazo. Há quatro meses eu já não sinto cólica...” (Ametista/U).

“Aí eu comecei a vir, desde então eu melhorei muito, muito, muito. Pode colocar aí uns 80%” (Turmalina/U).

4.2.3 Pontos de vista em relação ao cuidado

O tema abrange as reflexões dos informantes sobre aspectos do cuidado com PICS. Assim, são descritos pontos de vista e crenças em relação ao cuidado, onde transparecem convicções, modos de explicar o cuidado holístico e opiniões sobre a implantação e implementação das PICS no SUS.

4.2.3.1 Descrença e preconceito

Esta categoria representa os relatos de descrença e preconceito em relação às PICS. A falta de conhecimento é apontada como a principal causa de demérito em relação às práticas:

“Eu nunca acreditava na acupuntura, e eu pago minha língua até hoje. [...] achava a coisa mais ridícula do mundo espetar agulha. Não que eu conhecesse alguma coisa, simplesmente eu tinha um preconceito” (Sérgio/T).

“A princípio, antes de conhecer esse tratamento milenar ficávamos duvidosos, mas, depois que a gente passa a conhecer, aprende, sabe o que é, do que que é feito, como lidar, é fantástico!” (Diamante/T).

“... todos os dias que eu tinha que vir aqui, eu ficava pensando ‘será que vai ajudar mesmo?’ [...] E até por conta dessa descrença, às vezes eu ficava um pouco relutante de vir pra cá. (Ametista/U).

“Tentei durante anos implantar o setor de acupuntura na Prefeitura onde trabalho, mas enfrentei na prática o preconceito sobre a técnica” (Esmeralda/T).

“Eu já tinha ouvido falar da acupuntura, mas como eu não acreditava, eu nunca procurava” (Turmalina/U).

Uma informante destaca a descrença em algumas PICS mesmo com comprovações científicas sobre sua eficácia, o que revela puro preconceito:

“Apesar de muitas das práticas integrativas serem comprovadas cientificamente, [...] muitas pessoas, inclusive da área da saúde, ainda não acreditam na sua eficácia (Esmeralda/T).

Por outro lado, há quem creia que o preconceito está diminuindo:

“Quando comecei, há doze anos, tinha muito preconceito, e agora percebi bem menos. Acredito que com o tempo a população vai aderir cada vez mais às práticas. Dos pacientes

que conhecem as práticas complementares, a grande maioria acaba aderindo a esse tipo de tratamento” (Topázio/T).

4.2.3.2 Modos de explicar o cuidado holístico

A categoria descreve a forma como os profissionais explicam o cuidado holístico. Para a maioria deles, trata-se de ter uma visão ampla da pessoa, não fragmentada:

“Acredito que seja olhar para o paciente como um todo” (Topázio/T).

“Cuidado holístico é ver a pessoa como um todo” Ágata/T).

“O cuidado em que o paciente é visto como um todo: mente, corpo e espírito, isto é, energia. Nesse tipo de cuidado, respeitamos o ser completo, com todas as suas complexidades” (Esmeralda/T).

“Olhar o paciente como um todo, não partes da pessoa” (Safira/T).

“O cuidado holístico olha o ser humano em todos os aspectos emocionais, físicos e espirituais. Esses itens não podem faltar no atendimento” (Ônix/T).

Uma profissional destacou a importância de considerar também as condições externas da pessoa e o conhecimento que ela tem de si mesma:

“Cuidado holístico em saúde entendo que, além de avaliar o paciente como um todo, é necessário levar em consideração o ambiente em que mora, condições de trabalho, condições financeiras, e o conhecimento de si mesmo” (Granada/T).

4.2.3.3 Implantação e implementação das PICS no SUS

Aqui os profissionais expressaram o que compreendiam sobre a implantação e implementação das PICS no SUS, baseados nas experiências pessoais e de colegas. Todos admitiram que a ideia é boa, porém alguns referiram ser uma realidade que ainda está longe de acontecer. Para a grande maioria, muitos desafios estão pelo caminho, os quais são mostrados no esquema reproduzido abaixo.

Figura 25. Pontos de vista em relação à implantação/implementação das PICS no SUS

Fonte: Elaboração própria. São Paulo, julho de 2019.

Os profissionais elogiam a ideia da implantação e implementação das práticas no SUS, mas a realidade que vislumbram está aquém de suas expectativas:

“A ideia é brilhante, porém nós vamos admitir que a prática é completamente diferente. Eu acho que nós vamos ter um sério problema...” (Sérgio/T).

“Acredito que a ideia é excelente, porém tem muito o que melhorar” (Quartzo Fumê/T).

“Uma realidade que ainda está muito longe de acontecer na prática” (Diamante/T).

Outros referem-se a empecilhos de ordem político-administrativa e, até, econômica:

“Há profissionais para esse projeto, porém o governo e seus intendentes têm que colocar o projeto em vigor. Pra ser mais sincero falta o eixo político ...” (Topázio/T).

“... precisamos de mais gestores que aceitem o desafio da mudança de conceito” (Esmeralda/T).

“Não sobra tempo para as práticas integrativas. Apesar das práticas integrativas terem até aumentado no rol do MS, falta uma força motriz para os municípios colocarem em prática” (Ágata/T).

“É viável quando se tem interesse de cima. A redução de custos com medicação e médicos é grande, mas o monopólio médico e das indústrias farmacêuticas são um grande obstáculo na consolidação das práticas integrativas” (Granada/T).

“Acho que infelizmente ainda estamos engatinhando. Vejo muita resistência, principalmente por parte de gestores na implantação de práticas eficazes” (Esmeralda/T).

Alguns profissionais fazem alusão à cultura de medicalização que impera em nossa sociedade, o que pode ser um obstáculo ao avanço das PICS no SUS:

“Pois temos recursos excelentes em mãos, mas nossa cultura curativa e medicamentosa ainda fala mais alto” (Esmeralda/T).

“... aprovando esses métodos alternativos, iria diminuir o número de hospitais, farmácias e profissionais da saúde. Acredito que a população não aceitaria isso muito bem” (Topázio/T).

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

“Para descobrir quem as pessoas pensam que são, o que pensam que estão fazendo e com que finalidade pensam que o estão fazendo, é necessário adquirir uma familiaridade operacional com os conjuntos de significados em meio aos quais elas levam suas vidas”

(Cliford Geertz).

Dos dados anteriores, emergiram três temas centrais correspondentes à trajetórias, às experiências e formas de conceber o cuidado relativos às pessoas do contexto de estudo. Assim, a discussão a seguir baseia-se nos principais resultados, os quais permitiram compreender como se dá a produção do cuidado no ambulatório social investigado. Para compreender essas práticas e experiências de cuidado, bem como crenças, valores, conceitos de saúde e doença embutidos nas vozes dos colaboradores, foi dado início a um processo de interpretação em busca dos achados etnográficos. Para tanto, as particularidades não podem ser distorcidas por interpretações errôneas, mas tratadas como especificidade complexa, fruto de um trabalho de campo com peneiramento em longo prazo, qualitativo, altamente participante e realizado num dado contexto (Geertz, 1989).

Com base nesses resultados, evidenciou-se o ponto fundamental deste estudo: a **insatisfação com o modelo de saúde vigente**. Este foi o tema gerador que levou as pessoas a buscarem outras formas de cuidado como solução para seus problemas de saúde. Quanto a isso, diversos estudos tem denunciado a insatisfação de usuários com os tratamentos oferecidos pelos serviços de saúde, cujo modelo vigente é o biomédico. Os principais motivos de insatisfação são: a abordagem impessoal, a pertinência invasiva, a iatrogenia frequente nos adoecimentos crônicos e o esvaziamento das ações de cuidado em virtude das estratégias tecnológicas e da superespecialização (Carnevale et al., 2017; Faqueti, Tesser, 2018). Corroborando esses achados, neste estudo, as falas dos usuários permitiram destacar as seguintes causas de insatisfação com o modelo vigente:

- Foco excessivo nas patologias
- Falta de atenção com o doente
- Visão fragmentada do ser humano
- Falta de resultados
- Incerteza quanto ao diagnóstico após uma série de exames

As queixas apresentadas denunciavam a falta de acolhimento e o distanciamento dos profissionais nos atendimentos. Alguns usuários observaram a ausência de contato visual, o que pode ser caracterizado como um **esvaziamento das ações de cuidado**. Em relação aos profissionais de saúde entrevistados, a insatisfação com o modelo vigente girou em torno do **sentimento de limitação e da sensação de mãos atadas** frente às demandas de cuidado, uma vez que, para a maioria, não era permitido utilizar os saberes referentes às PICS nos seus locais de serviço. O descontentamento explicitou considerável inadequação e ineficácia nos tratamentos realizados, sendo que, em alguns casos, foi observado que os recursos terapêuticos não traziam muitos benefícios para os usuários. Ademais, alguns problemas de saúde acabavam retornando após algum tempo, deixando-os com a sensação de que faltava algo mais para maior resolutividade da terapêutica.

Essa crise vivenciada nos contextos de saúde, tem sido descrita em diversos estudos, os quais certificam as crescentes e constantes reclamações contra os serviços de saúde. A insistência na prática fragmentada e instrumentalista vem levando ao rápido esgotamento do arsenal terapêutico biomédico, sem resolubilidade clínica satisfatória, o que pode gerar dilemas e tensões no cotidiano dos atendimentos nos serviços de saúde (Helman, 2009; Telesi Júnior, 2016; Tesser, Luz, 2002). Por conta disso, algumas pessoas partem em busca de outros recursos que deem conta de suas demandas de saúde não atendidas. Foi o que fizeram os participantes deste estudo, que buscaram nas PICS um suporte para a resolução de seus problemas de saúde.

Embora essa busca tenha se dado por diversas razões, significou uma possibilidade de um cuidado diferenciado que antes não dispunham, representando uma nova esperança para a resolução de situações crônicas e recorrentes (Salles, Ayres, 2013). A análise dos discursos permitiu identificar um padrão nessa **busca de**

usuários e profissionais por outro tipo de cuidado em saúde, o qual se encontra representado no esquema a seguir.

Figura 26: Padrão da trajetória de usuários e profissionais até às PICS

Fonte: Elaboração própria. São Paulo, julho de 2019. U = Usuários. P = Profissionais

Partindo de uma base comum, que foi a insatisfação com o cuidado de saúde recebido/prestado, cujas causas foram esclarecidas anteriormente, usuários e profissionais deram início a um **itinerário terapêutico até às PICS**, constituindo o primeiro tema deste estudo.

O conceito de itinerário terapêutico tem sido muito utilizado em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde, sendo relacionado ao comportamento adotado pela pessoa em relação ao cuidado e à utilização de serviços de saúde. Essa definição preocupa-se com o *como* e *em que momento* ocorre a procura de ajuda para resolver as demandas ou problemas de saúde, revelando processos de escolha, avaliação e aderência a determinadas formas de tratamento (Cabral et al., 2011; Gerhardt, 2006).

As primeiras reflexões sobre os itinerários terapêuticos surgiram nos anos de 1960, ligadas ao conceito de comportamento do enfermo (*illness behavior*), onde a escolha do tratamento estava atrelada à lógica do consumo e à crença inquestionável no modelo biomédico. Em seguida, nos anos de 1970, com as contribuições dos estudos etnográficos, as perspectivas culturais, cognitivas e

sociais foram incluídas à interpretação do comportamento, com especial destaque aos modelos explicativos²⁵ (*Explanatory Models*) e de sistemas de atenção à saúde²⁶ (*Health Care System*) desenvolvidos por Kleinman. Desta forma, os estudos sócio antropológicos ampliaram a perspectiva e associaram a percepção do paciente ao seu contexto, onde se inscrevem as práticas de cuidado, e onde o meio cultural e social orientam as ações e escolhas tecidas por ele. (Cabral et al., 2011; Gerhardt et al., 2016).

A partir de então, os itinerários terapêuticos passaram a ser utilizados como constructo teórico-metodológico em investigações sobre doenças, sofrimentos, aflições e perturbações de pessoas em situações concretas de adoecimento, principalmente na área da saúde coletiva. Nessa vertente, a busca por serviços de saúde é vista como um processo social influenciado pelos dispositivos biomédicos existentes, pelos recursos leigos e pelas redes sociais. O ponto de vista da pessoa e a interpretação que faz da doença modelam seu comportamento em relação à busca de cuidado, fazendo com que **o itinerário terapêutico ocorra de acordo com significados culturalmente construídos**. Ademais, para além do biológico e do papel exclusivo dos serviços de saúde, o enfrentamento do adoecimento tem a ver com subjetividade, pertencimento a grupos sociais e intersubjetividades, ou seja, é de ordem cultural (Cabral et al., 2011; Martin, 2009; Ruiz, Gerhardt, 2016).

Cada um dos protagonistas construiu seu itinerário de acordo com sua particularidade e reconfiguração da teia de significados, definindo ações que, passo a passo, foram constituindo seu percurso num processo ativo e participativo (Geertz, 1989). Uns foram guiados pela indicação de familiares e conhecidos, outros por experiências alheias ou costumes de família, repercutindo o importante papel que a experiência do outro tem no modo com que se dá significados e se produz o cuidado. Trata-se de uma rede de encontro entre pessoas, que ultrapassa a dimensão biológica e técnica do cuidado, revelando uma dimensão relacional, simbólica. (Ruiz e Gerhardt, 2016). Foi nas relações comunais, no âmbito das

²⁵ Segundo Kleinman, citado em Helman (2009), os modelos explicativos definem o setor do sistema de atenção à saúde que será acionado pela pessoa em seu processo de cuidado, baseada em sua concepção sobre a doença e as formas de tratamento. Esses modelos explicariam cinco aspectos das enfermidades: a etiologia ou a causa da condição; a duração e o modo de início dos sintomas; os processos fisiológicos envolvidos; a história natural e a severidade da enfermidade; os tratamentos indicados para a condição.

²⁶ Os modelos de Sistemas de Atenção à Saúde foram amplamente explorados neste estudo como “setores de cuidado” nos referenciais teóricos dentro da metodologia no Capítulo 3.

famílias e das vizinhanças, e nas relações do âmbito de trabalho, que a maioria das pessoas encontrou alternativas para a busca de melhores resultados de saúde.

Assim, as pessoas do estudo descreveram uma trajetória na qual os caminhos percorridos até às PICS refletiram suas escolhas e construções subjetivas, e também coletivas, na medida em que foram influenciadas por crenças, costumes e experiências alheias na tomada de decisão rumo às práticas. De início, os usuários recorreram à assistência de natureza biomédica, porém, em determinado ponto do caminho, deram-se conta de que o cuidado recebido não atendia às suas expectativas. Na busca por soluções, para resolver o conflito, seguiram indicações de outras pessoas, basearam-se em experiências alheias ou perseguiram o anseio por tratamentos naturais e alternativos. Por fim, chegaram ao serviço de saúde, de contexto holístico, para tratamento no âmbito das PICS.

Em relação aos profissionais, em sua grande maioria, o início da trajetória foi marcado por um descontentamento inicial com os resultados dos tratamentos que ofereciam sob a égide do modelo biomédico. A busca por outro tipo de cuidado foi motivada por:

- Preocupação com o cuidado da pessoa
- Anseio por melhores resultados nos tratamentos oferecidos
- Experiências próprias bem sucedidas com as PICS
- Costumes familiares envolvendo PICS

Em algum ponto do caminho, perceberam limitações nos conhecimentos apreendidos em sua esfera de atuação. Assim, partiram em busca do saber no domínio do modelo holístico de saúde, o qual envolvia as terapias integrativas e complementares. É importante destacar um **processo de descrença** inicial em relação à nova abordagem de cuidado em saúde, que foi se desfazendo aos poucos para usuários e profissionais. Enquanto para estes a incredulidade foi dando lugar à convicção conforme o conhecimento era consolidado, para aqueles, a esperança de ver seu problema de saúde resolvido foi diluindo essa descrença.

Quanto a isso, um profissional do contexto de estudo lembrou que somente após ver e verificar os resultados passou a acreditar na eficácia das PICS. O professor Sérgio, por sua vez, confessou que antes achava ridículo espetar agulhas, referindo-se à acupuntura. Segundo ele, o preconceito vinha do desconhecimento

sobre essa medicina tradicional. No entanto, depois que fez o curso, seu interesse foi tanto, que nunca mais saiu da área. Continuou fazendo palestras, nas quais se esforçava por convencer pessoas que, como ele, eram descrentes.

Ainda em relação à descrença sobre as PICS, vale lembrar que houve tempos em que eram associadas ao charlatanismo, sendo motivo de marginalização e não aceitação pela medicina oficial no ocidente (Queiroz, 2003). Talvez, esse ponto de vista ainda prevaleça culturalmente no imaginário social, influenciando opiniões. Porém, paulatinamente, vem sofrendo mudanças. A respeito disso, um estudo sobre o ensino de acupuntura em uma escola médica de renomada universidade revelou que 74% dos estudantes acreditavam que a acupuntura deveria fazer parte do currículo de graduação como disciplina obrigatória ou optativa. Além disso, 72% disseram que aceitariam e recomendariam um tratamento com a acupuntura (Carnevale et al., 2017). Isso pode ser um indício de uma abertura para mudança de paradigmas no meio profissional, pelo menos em relação à acupuntura. Em minha prática clínica, como enfermeira acupunturista, tenho recebido diversos usuários com recomendação médica de diferentes especialidades. Esse fato confirma a tendência à maior aceitação de algumas PICS nos serviços de saúde.

Por outro lado, o preconceito por causa do desconhecimento e o estigma de “não-científico” ainda persistem. Isso decorre dos sentidos e significados que são atribuídos a essas práticas, conferindo-lhes um status social e uma determinada concepção baseados na prática médica culturalmente dominante e em outras práticas de cuidado em saúde (Carneiro, Soares, 2004). Esse é o caso, por exemplo, da homeopatia. Mesmo sendo reconhecida como especialidade médica desde 1980, sofre preconceito por parte de médicos. Foi o que evidenciou um estudo realizado com médicos residentes, no qual a maioria dos entrevistados alegou que não havia embasamento científico para essa modalidade de saúde. Os autores concluíram que os participantes defenderam suas posições baseados em opinião pessoal, prática clínica limitada e em informações de meios de comunicação de massa. Além disso, o estudo concluiu que o preconceito demonstrado em relação à homeopatia poderia ser estendido a outras práticas diferentes da medicina alopática. (Barros, Fiuza, 2014).

No contexto deste estudo, foi observado que **a transformação de crenças em relação às PICS ocorreu de forma processual**. Em seus depoimentos, os

informantes retrataram que a convicção foi se integrando na medida em que conheciam, viam os resultados e começavam a compreender o processo. Ainda é muito forte, em nossa sociedade contemporânea ocidental, a ideia de que a biomedicina, com todo o seu aparato tecnológico disponível, encarna o papel de solução hegemônica para os problemas de saúde. No entanto, existem outras respostas possíveis em nossa cultura para lidar com o adoecimento (Martin, 2009).

Uma informante não queria seguir a prescrição médica de anticoncepcionais para seu problema de cólicas menstruais. Apesar de ser a única alternativa terapêutica apresentada por seu médico, resolveu que seria o último método de escolha a ser adotado, uma vez que os efeitos adversos do medicamento lhe causavam muito sofrimento. No seu entender, encontraria formas mais naturais de lidar com o problema. Outro informante relatou ter presenciado, em sua prática profissional, médicos indicando remédios ou exames, mesmo sabendo serem desnecessários. Por tudo isso, verifica-se que a busca por tratamentos alternativos acaba se constituindo em fuga da medicalização preconizada pelo sistema médico vigente, “ligada às formas legitimadas, oficializadas e profissionalizadas de cuidado e tratamento na modernidade, lideradas pela biomedicina” (Tesser, Barros, 2008, p.915).

As questões de poder do conhecimento do modelo biomédico em detrimento de outros sistemas de saúde estão implícitas na noção de conhecimento autoritativo²⁷ abordada por Jordan (1993). Segundo essa ideia, a hegemonia do modelo biomédico é fortemente reconhecida e passa a ter mais peso do que outros esquemas de saúde, demonstrando uma superioridade estrutural. Isso acaba levando à desvalorização e supressão de outros tipos de conhecimento, onde as pessoas que se voltam para as PICS são consideradas ignorantes.

Dessa forma, a medicina tornou-se uma fonte no estabelecimento de regras para nortear as práticas de cuidado, num processo intitulado medicalização. Por conseguinte, passa a redescrever eventos considerados biológicos, onde fenômenos fisiológicos e sociais são submetidos a uma normatização que orienta a intervenção de alguma prática da medicina. Um exemplo disso, destacado em estudos de sociólogos e antropólogos, é a medicalização dos aspectos da fisiologia e do ciclo vital feminino, tal como a menstruação e a menopausa (Campos, 2015;

²⁷ Esse termo foi abordado na Introdução.

Helman, 2009). O aumento da realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e, por vezes, danosos é notório. Verifica-se, ainda, que a medicalização também se configura como uma transformação cultural, tornando-se uma prática social onde as pessoas passam a ser influenciadas pelas normatizações biomédicas na busca pelo cuidado de saúde. Isso sinaliza perigo para a depreciação do valor dado a outras práticas de cuidado (Tesser, Barros, 2008; Campos, 2015).

Como exemplo, faço uso de um fato anotado em meu diário de campo. Havia um senhor que sofria de formigamentos nos pés há cinco anos. Por causa disso, fazia tratamento no ambulatório social, há três anos, com acupuntura, fitoterapia e shiatsu. Segundo os terapeutas, o tratamento amenizava a situação, porém dificilmente poderia recuperá-lo completamente, pois o uso que fazia há anos de um medicamento para baixar o colesterol vinha causando lesões nos nervos periféricos, o que ocasionava os formigamentos. Um dos terapeutas, que era farmacêutico, confirmou que os princípios ativos daquele medicamento em específico causavam o efeito adverso, mas havia outros no mercado que poderiam ajudar seu problema de colesterol sem causar tantos danos. Perguntei se eles haviam explicado isso para o cliente. Eles responderam que sim, e que, inclusive, haviam recomendado a ele que conversasse a respeito da possibilidade de mudança do medicamento com o seu médico. No entanto, receberam do cliente a resposta de que não acreditava no que eles estavam alegando, e que o médico dele “sabia muito bem” o que estava fazendo. Assim, ele continuava a tomar o mesmo medicamento, conforme prescrição do seu médico...

De fato, evidencia-se que o poder do saber médico tem sido legitimado ao ponto de definir as necessidades do doente, com a possibilidade de gerar distanciamento e dominação sobre as pessoas. Além disso, existem, os movimentos de medicamentação e de patologização disseminados por práticas e saberes médico hegemônicos. O primeiro correspondendo ao agir de modo terapêutico no uso exclusivo, e geralmente abusivo, de medicamentos. O segundo, por um universo onde novas patologias vão sendo construídas num processo de medicalização bem sofisticada, como por exemplo, a criança agitada ser vista sempre como um problema de hiperatividade (Adam, Herzlich, 2001). Nesse sentido, “... é um processo que constrói e reflete as relações de poder dentro e fora do grupo

profissional [...] e é a base para as decisões que justificam o curso das ações” (Gualda, 2009, p.51; Jordan, 1993). E foi o que justificou a decisão daquele senhor em continuar com o mesmo medicamento.

Cabe ressaltar que este estudo não pretende ser uma crítica, pura e simplesmente, ao modelo biomédico de saúde. Apenas foram destacados aspectos corroborados na literatura científica sobre dissidências epistemológicas no que diz respeito ao paradigma²⁸ central da medicina moderna, que tem demonstrado evidências de inadequação nas várias crises do setor saúde.

Assentado em uma postura positivista e baseado no supremo poder da ciência e da tecnologia, o paradigma mecanicista, adotado pela biomedicina, demonstrou limitações ao separar sujeito e objeto de pesquisa, ao conceber o corpo como uma máquina e a doença como um mau funcionamento de mecanismos biológicos, e ao reduzir o papel do médico ao de intervir física ou quimicamente no organismo afetado, restringindo os fenômenos da saúde à esfera biológica. Não existe sistema de saúde melhor ou pior, apenas houve **mudanças na forma de pensar a saúde e de resolver os problemas a ela relacionados**. O fato de se optar por algum tipo de medicina não convencional significa incluir uma dimensão mais abrangente aos procedimentos da medicina alopática. A promoção da saúde favorece **a integralidade** de ambas, portanto, torna-se necessário rever sistemas, modelos conceituais, instituições, modelos e métodos terapêuticos, assim como diagnósticos de saúde. Trata-se, portanto, de superar o status dogmático que o modelo biomédico assumiu (Barros, Fiuza, 2014; Carneiro, Soares, 2004; Capra, 2012; Queiroz, 2003).

Os inúmeros relatos sobre dor descritos pelos informantes revelaram inépcia dos serviços de saúde a que recorreram. Muitos ainda continuavam a tomar medicamentos prescritos, mas vieram em busca das PICS como forma de complementar o tratamento, uma vez que a dor que sentiam ainda carecia de resolução. À vista disso, **a dor** foi considerada mais uma causa para a busca de outro tipo de cuidado em saúde, e acabou se constituindo um **ponto de convergência** e principal demanda do ambulatório social.

²⁸ Paradigma aqui é utilizado conforme as ideias de Thomas Kuhn, explanadas no capítulo 1.

Um dos participantes declarou ter se sentido cansado e explorado após percorrer diversos lugares em busca de solução para sua hérnia de disco, antes de fazer cirurgia. O problema, segundo enfatizou, foi continuar sentindo dor, mesmo após a intervenção, o que o motivou a buscar o tratamento com as PICS. Nessa busca por tratamentos mais naturais e integrativos, ficou explícita a ideia de um desgaste sofrido pelas pessoas nos serviços de saúde, dadas as inúmeras declarações de cansaço pela não obtenção dos resultados esperados após longo tempo de tratamento.

Todos os informantes que relataram buscar as PICS por causa da dor, apresentaram essa experiência como uma limitação para seu desempenho na vida diária, um desconforto que precisava ser eliminado para que suas atividades cotidianas voltassem ao normal.

A dor crônica é um importante problema de saúde que a biomedicina vem tratando com surpreendente falta de sucesso. Além do mais, muitos cuidados médicos acabam por agravar o sofrimento devido a efeitos iatrogênicos de tratamentos cirúrgicos e farmacológicos (Good, 1992). A intervenção medicamentosa e cirúrgica, que impera na medicina biomédica, está atrelada à ânsia de controlar e eliminar as doenças, juntamente com a tendência em reduzir os adoecimentos a problemas da “máquina humana”, que a tecnologia químico-cirúrgica irá resolver. Por isso, uma das causas do aumento do número de pessoas que buscam as PICS é o desejo de tratamentos mais suaves e com menos riscos de efeitos adversos (Luz, 1998; Otani, Barros, 2011; Tesser, Barros, 2008).

Muitas pessoas do estudo buscaram as PICS como último recurso para suas dores, mesmo contestando ou desacreditando de sua eficácia. Uma informante descreveu a sua indignação quanto à desconfiança de médicos, e das pessoas em geral, em relação à perda de um dia de serviço por causa de fortes cólicas menstruais que sentia. Segundo ela, sua dor não era levada a sério. Por isso, todos os meses torcia para que ficasse menstruada apenas nos finais de semana para não sofrer constrangimentos por parte de médicos ou de superiores no local de trabalho. No que concerne a este assunto, vários conflitos se estabelecem entre pacientes com dor e profissionais de saúde, dentre eles: a frustração de ambos os lados sobre a inadequação dos tratamentos, a desconfiança na avaliação da dor e suas implicações nas determinações de incapacidade, o desacordo relacionado à

influência do controle voluntário sobre os sintomas e sobre a questão da responsabilização (Kleinman et al., 1994).

A antropologia médica, por sua vez, se preocupou em compreender como a própria experiência corporal é influenciada por significados, relações e instituições. Nos anos de 1980, antropólogos médicos e psicólogos evidenciaram que a dor é uma experiência que simplesmente não pode ser evitada. Trata-se de uma experiência que estabelece limites para os significados dados por crenças, discursos ou práticas culturais; e se constitui em uma enorme ameaça à legitimidade do mundo cotidiano. Assim, a experiência da dor crônica cria problemas de controle e construção de significado, exigindo enorme energia na busca de alívio (Kleinman et al., 1994).

Assim, observa-se uma visão fragmentada de muitos profissionais de saúde em relação à experiência da dor crônica, considerando-a um enfrentamento singular. No entanto, essa experiência é fundamentalmente intersubjetiva e afeta profundamente a vida da família, dos amigos íntimos, dos colegas de trabalho e, às vezes, até mesmo dos cuidadores. Portanto, considerar a dor como a experiência de um indivíduo, conforme observado na prática biomédica padrão, é completamente inadequado. Limitar a dor ao nível molecular ou fisiológico, transformando-a em processos biológicos que são medidos em termos “objetivos”, quantitativos, sendo mais válidos quanto mais materiais, significa menosprezar o mais essencial para a experiência da dor, que é a relação entre processos neurobiológicos, psicológicos e socioculturais (Kleinman et al., 1994). Esse aspecto requer um olhar mais apurado do profissional ao lidar com a pessoa em experiência de dor. Quanto a isso, Helman (2009) propõe três pressupostos básicos:

1. Nem todos os grupos sociais e culturais reagem à dor da mesma forma.
2. A maneira como as pessoas percebem e reagem à dor, tanto em si mesmas como em outras pessoas, pode ser influenciada pela sua origem e formação cultural e social.
3. A maneira como as pessoas comunicam a dor – se é que o fazem – aos profissionais de saúde ou a outras pessoas, também pode ser influenciada por fatores sociais e culturais.

Portanto, o conjunto desses fatores devem ser levados em consideração por aqueles que prestam o cuidado, a fim de que as experiências de cuidado sejam

positivas para o restabelecimento do bem-estar das pessoas. Dessa forma, o significado da dor depende do modo de vida da pessoa, sua relação com a família, a assistência à saúde, a incapacidade e os recursos disponíveis para tratar a dor (Kleinman et al., 1994).

No contexto deste estudo, as **experiências de cuidado com as PICS** receberam especial atenção e constituíram o segundo tema emergente dos dados. As narrativas dos declarantes evidenciaram a forma como descrevem o cuidado recebido/prestado e os sentimentos relacionados. Suas descrições apontaram para o estabelecimento de **laços de confiança**, mediados pelas relações de amizade, respeito e consideração entre usuários e terapeutas. As palavras mais utilizadas para significar o cuidado foram: atenção, interesse, conforto, carinho, humanidade e presença. Pelos depoimentos, foi verificada a existência de uma relação de proximidade e alto grau de confiabilidade. Conforme confidenciou uma informante, não conseguia se imaginar falando ao médico da UBS coisas que expressava abertamente aos terapeutas do ambulatório. Para ela, não lhes davam tempo e nem espaço suficientes para que se sentisse à vontade no outro serviço de saúde.

Os relatos permitiram identificar, também, a existência de um espaço aberto à conversa, considerado por todos como um diferencial no cuidado oferecido pela instituição. Para os usuários, o jeito como os profissionais conversavam era diferente de qualquer outro local em que recebiam tratamento de saúde. Assim, foi reconhecido que a escuta era valorizada no contexto, onde os usuários encontravam eco para suas demandas de saúde. Uma informante disse que os profissionais não demonstravam tédio durante as consultas. Estes, por sua vez, mencionaram que ouvir os usuários e lhes dar alguns minutos de atenção, antes de qualquer tipo de procedimento, era o diferencial na forma com que ofereciam cuidado. Em relação a isso:

“... ouvir aqueles que sofrem é uma tarefa árdua para o ser humano, particularmente quando o ouvinte é uma pessoa sadia. Suas vozes remetem às condições do corpo que revelam a nossa própria vulnerabilidade. Suas palavras são fáceis de serem ignoradas, pois, frequentemente, são articuladas fora da cadência e trazem mensagens conflitantes. No entanto, ouvir é um ato fundamentalmente moral e demanda uma atitude ética de ouvir por parte de outro ser humano. Ao escutar o outro se escuta a si mesmo e cristaliza-se o compartilhar de necessidades de cada um pelo outro” (Frank, 1995, p.25).

No contexto estudado, foi possível identificar um cuidado marcado pela construção de processos relacionais, configurando-se em nova lógica de cuidado em saúde. A promoção de um **espaço para a escuta** permite discorrer sobre os sinais de um processo de reestruturação produtiva que os processos de construção do cuidado em saúde vem dando desde os anos de 1990.

Esse processo, caracterizado pela transição tecnológica do campo da saúde, transcende as tecnologias duras na utilização de novas ferramentas de produção do cuidado (Mehry, 2002). Houve o deslocamento da ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas; e a aproximação do cuidado centrado na pessoa e em suas necessidades. Neste caso, sobre a tecnologia dura, inscrita em máquinas e equipamentos, **prevaleceu a tecnologia leve**, que é das relações, **em conjunto com a tecnologia leve-dura**, pertinente ao conhecimento técnico (Mehry, 2002). Além disso, o vínculo originário das relações cliente-terapeuta, construído ao longo do processo, demonstrou a convergência de sentimentos em relação ao cuidado. Todos se mostraram satisfeitos com o cuidado recebido/oferecido no lugar.

O vínculo é um dos componentes que compõem as necessidades de saúde de usuários, implicando no conhecimento das histórias de vida e na confiança mútua, expressão do acontecimento do cuidado. Ele apenas se desenvolve se as relações estabelecidas entre os profissionais, e destes com os usuários, forem positivas e com o respectivo **acolhimento dos valores e histórias de vida** presentes nessa interação (Seixas et al., 2019). Em pesquisa de âmbito nacional, sobre experiências da produção do cuidado nas redes de atenção à saúde, foram destacados dois aspectos sobre o vínculo em relação ao cuidado, os quais foram encontrados no contexto pesquisado. São eles (Seixas et al., 2019):

- O reconhecimento mútuo, onde o vínculo é construído apenas se ambos, cliente e profissional, quiserem. Neste processo, tornam-se “interlocutores válidos”, onde assumem a postura ética de enxergar o outro como alguém com quem há de estabelecer pactuações. Além disso, o outro é visto como alguém que tem necessidades, desejos, expectativas e um saber diverso do seu, o que pode enriquecer a prática.

- A busca de relações simétricas, nas quais se desconstrói a relação unívoca sujeito-objeto e se reconhece que o encontro cliente-terapeuta é um encontro de mundos distintos, mas de “interlocutores válidos” que exigem agires em relação de simetria, de equivalentes. Nessa interação, as singularidades não são negadas e nem se passa por cima do fato de que há diferenças. Trata-se da simetria de si com o outro como uma aposta ética e política em certo modo de relação.

O último tema que emergiu dos dados coletados refere-se aos **pontos de vista em relação ao cuidado**, explorando as crenças e os conceitos dos participantes que prestavam o cuidado. O conteúdo deste tópico revelou como os profissionais explicam o cuidado oferecido no âmbito das PICS de caráter holístico de saúde. Seus pontos de vista foram ao encontro dos referenciais modelar da concepção holística, no entanto, eles **não conseguiram teorizar muito** sobre as premissas desse modelo de saúde. A maioria de seus depoimentos foram expressos em forma de sentimentos: “eu gosto, me sinto realizado”. Assim, as definições apresentadas para o que seja um cuidado holístico em saúde resumiram-se a expressões consideradas clichês, como:

- “Ver a pessoa como um todo”
- “Respeitar o ser completo, com suas complexidades”
- “Olhar o ser humano em todos os aspectos: emocionais, físicos e espirituais”
- “Ver o todo: corpo, mente e espírito”

É importante frisar que a proposta terapêutica das PICS foge da racionalidade do modelo biomédico dominante, adotando uma **postura holística e naturalística perante o cuidado de saúde**. Dessa maneira, nas manifestações sintomáticas percebem-se causas profundas do indivíduo e do seu modo de vida em sua totalidade, partilhando-se de uma perspectiva vitalista, com ênfase no doente, em sua experiência de vida e no caráter não intervencionista (Queiroz, 2003; Schweitzer, Esper, Silva, 2012).

Grande parte dos autores admite o entrelaçamento da abordagem holística com as PICS, cujo significado está na compreensão da pessoa como um todo indivisível; inseparável da visão corpo, mente e espírito; antítese do modelo

biomédico mecanicista; com foco na cura, no relacionamento interpessoal e no contexto de vida. Dessa forma, o profissional é estimulado a considerar os fatores genéticos, ambientais, nutricionais, psicossociais e culturais que se associam a crenças, valores e símbolos (Barros, 2009; Milstein, 2005; Schveitzer, Esper, Silva, 2012). Entretanto, existe outra perspectiva do conceito, a qual está associada a uma **mudança de paradigma**, o que conduz à modificação de compreensão e formas de acontecer em relação ao processo saúde-doença e ao modelo de atenção à saúde. Para isso, demanda-se reafirmar a necessidade de mudanças na formação profissional, por meio de um novo processo de profissionalização, com novas abordagens na perspectiva do cuidado, no ensino e na prática curricular (Barros, 2009). Evidencia-se, ainda, a necessidade do aumento de cursos de graduação em saúde que abordem as PICS em seus currículos e de estratégias de implantação e implementação nos serviços de saúde, com treinamento dos profissionais (Schveitzer, Esper, Silva, 2012).

Ainda sob a forma de descrever o cuidado, os informantes apontaram a **humanização** como um dos elementos fortemente presenciado na assistência prestada. Nas observações do contexto, foi confirmada a existência de um compromisso firmado pelos profissionais para que os atendimentos prestados sejam mantidos dentro dos princípios de humanização, que foi conceituada pelo coordenador da instituição como **oferecer tratamento de igual para igual**, no qual a pessoa se sinta apoiada. Segundo ele, os usuários do ambulatório social são pessoas com poucos recursos e dependentes apenas do SUS. Por isso, ao serem atendidas no ambulatório social em pouco tempo de espera, encontram apoio no local. Em relação a isso, citou o caso de uma cliente que aguardava fazer um exame para revelar as causas de fortes dores havia mais de um ano.

No seu entender, muitas vezes as pessoas precisam de um “colinho”. Assim, atender bem, conversar e explicar são atitudes que devem fazer parte do cotidiano profissional, significando metade do tratamento. Para exemplificar o que disse, mencionou o fato de que, na Casa da Terra, não existe diferenciação entre as pessoas. Portanto, não muda nada em seu esquema de atendimento: os pacientes que pagam pelo atendimento, nos horários em que ele se dedica às consultas particulares, são atendidos da mesma maneira que os usuários que são atendidos

gratuitamente. “Procuramos fazer um esquema sem diferenciação”, afirma veementemente.

Dessa maneira, às terças e quintas-feiras, por volta das 18 horas, quem chegar à Casa da Terra irá presenciar o encontro entre usuários pagantes e não pagantes. Ambas clientelas compartilham o mesmo espaço, os mesmos insumos e a mesma dedicação profissional. Orgulhoso, o coordenador e terapeuta Sérgio, reafirma que não há diferença nos tratamentos, e isso pode ser percebido entre os usuários. Ao final, ressalta que a humanização, que está assentada na Casa da Terra, torna a todos iguais e dá o ‘colinho’ necessário para cada um. Desse modo, os elementos que compõem a humanização encontrada na instituição estão relacionados à noção de tecnologias leves de Merhy (2002), onde a relação entre profissionais e usuários se configuram no espaço relacional, no encontro entre pessoas, o que proporciona a criação de **processos produtivos em saúde**, fruto da ação de sujeitos que se encontram.

Entende-se por humanização na saúde a valorização de saberes e práticas dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, em busca da recuperação de valores humanísticos esquecidos ou solapados pelo cotidiano institucional ora aflito, ora desvitalizado, em tempos de frouxidão ética (Rios, 2009).

Em termos históricos, a humanização surgiu como resposta espontânea ao que se pode chamar de violência institucional²⁹ na saúde, onde imperava um estado de tensão, insatisfação e sofrimento de profissionais e usuários. Nesse contexto, as relações eram marcadas pela sujeição dos indivíduos, no qual as subjetividades não eram reconhecidas e a estrutura das práticas assistenciais era caracterizada pela rigidez hierárquica, controle, ausência de direito e descaso pelos aspectos humanísticos, demonstrando desrespeito à autonomia do usuário e falta de solidariedade (Rios, 2009).

Para o movimento de humanização da gestão e do cuidado no SUS, o conceito corresponde a uma aposta ético-estético-política no campo da saúde. Ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e

²⁹ Expressão cunhada na história recente para definir a utilização de castigos, abusos e arbitrariedades praticados nas prisões, escolas e instituições psiquiátricas, com a conivência do Estado e da sociedade (Rios, 2009, p.256).

sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (MS, 2010).

Portanto, a humanização fundamenta-se no **respeito e valorização da pessoa humana**, constituindo um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços. Os conceitos da Política Nacional de Humanização (PNH), que foi implantada no SUS visando a integralidade, a universalidade, a busca da equidade e a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, preconizam o acolhimento, a alteridade, a autonomia, a clínica ampliada³⁰, a igualdade, o protagonismo; a universalidade; os sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; os planos terapêuticos e o vínculo, dentre outros (Rios, 2009; Schveitzer, Esper, Silva, 2012). O quadro 5 descreve alguns desses conceitos.

Quadro 5. Descrição dos conceitos apresentados na Política Nacional de Humanização (PNH)

Continua

Conceito	Descrição
Acolhimento	Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.
Alteridade	Experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito copresente no mundo das relações intersubjetivas.
Autonomia	No seu sentido etimológico, significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas próprias leis”. Designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas e co-responsáveis pelo processo de produção de

³⁰Conceito que envolve o compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

Quadro 5. Descrição dos conceitos apresentados na Política Nacional de Humanização (PNH)
Continuação

Clínica Ampliada	<p>O conceito de clínica ampliada deve ser entendido como uma das diretrizes impostas pelos princípios do SUS. A universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde obrigam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. A modificação das práticas de cuidado se faz no sentido da ampliação da clínica, isto é, pelo enfrentamento de uma clínica ainda hegemônica. As propostas da clínica ampliada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) compromisso com o sujeito e não só com a doença; 2) reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos; 3) afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se coproduzem na relação que estabelecem; 4) busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde; 5) aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares; 6) fomento da corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social); 7) defesa dos direitos dos usuários.
Igualdade	<p>O acesso às ações e aos serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de universal, deve basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos.</p>
Integralidade	<p>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 vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.</p>
Protagonismo	<p>É a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde.</p>
Universalidade	<p>Compreende a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos, e também às populações isoladas geopoliticamente, os ribeirinhos, os indígenas, os ciganos e outras minorias, os prisioneiros e os excluídos sociais. Os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo equitativo e integral.</p>

Quadro 5. Descrição dos conceitos apresentados na Política Nacional de Humanização (PNH)
Continuação

Vínculo	Na rede psicossocial, compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.
----------------	--

Fonte: Glossário PNH. <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus/glossario-pnh>

Infelizmente, a maioria dos atuais contextos contemporâneos sugere uma realidade em que o humanismo está sendo subvertido pelo lucro, burocracia e relacionamentos estéreis que tipificam instituições políticas e econômicas em nossa sociedade. A supervalorização das ciências biológicas e dos avanços tecnológicos acabou levando à desumanização de médicos e demais profissionais da saúde, tanto em sua formação como na prática, levando-os, muitas vezes, a ignorar as questões humanísticas dos usuários. Sendo assim, a desumanização na saúde passou a envolver:

- A fragmentação do processo
- A falta de compromisso e responsabilidade na produção de saúde
- A medicalização do viver humano a rigidez hierárquica
- Os cuidados de baixa qualidade
- As pessoas tratadas como coisas e objetos
- O isolamento ou abandono
- A alienação do profissional
- A naturalização do sofrimento
- A despersonalização e a forma de circulação da comunicação apenas na descendente.

Na contramão desse pensamento, a humanização constitui-se em espontânea resposta a um estado de tensão, insatisfação e sofrimento de profissionais e usuários dos serviços de saúde (Ayres, 2005; Rios, 2009; Silva,

Sakamoto e Gallian, 2014). Quanto a isso, um estudo desenvolvido com enfermeiros de um hospital universitário evidenciou elementos que não caracterizavam a humanização, quais sejam: o mecanicismo, a falta de comunicação, a utilização da técnica pela técnica e o tratamento da doença em detrimento da pessoa (Chernicharo, Silva, Ferreira, 2014). A supervalorização dos elementos técnicos leva à depreciação dos conhecimentos humanísticos, acarretando a desumanização da formação do profissional de saúde (Silva, Sakamoto e Gallian, 2014). Por isso, são importantes algumas estratégias para a humanização nos espaços de saúde. São elas (Rios, 2009):

- Criar espaços legítimos de fala e escuta que devolvam à palavra sua potência reveladora e transformadora.
- Reconhecer a importância das características humanas.
- Desenvolver métodos que permitam a inserção de aspectos humanos no pensar e agir sobre os processos saúde-adoecimento-cura e nas relações de trabalho.
- Compreensão mais profunda da dimensão psicossocial do processo saúde-doença.
- Decisões compartilhadas com o cliente.
- Prazer de ser alguém que faz a diferença na vida dos outros e na própria vida.

Uma situação muito pertinente que ocorre no contexto de estudo refere-se à interação que ocorre na sala de espera, que se constitui em verdadeiro espaço de fala e escuta. Observei que havia pessoas que chegavam até uma hora de antecedência do horário agendado, só para ficar batendo papo na sala de espera. O professor Sérgio chama de “fazer um social”. Segundo ele, existem muitos pacientes idosos, extremamente carentes de atenção familiar, e muito sozinhos. Então, quando chegam ao serviço de saúde, juntam-se, batendo papo, contando suas histórias, transformando a sala de espera num gigantesco social antes do atendimento ambulatorial. Por isso, o professor diz tratar-se de um **atendimento “de gente pra gente”**, completamente humanizado.

Por fim, os informantes expressaram seus pontos de vista em relação à **implantação e implementação das PICS no SUS**. Apesar de considerarem louvável a ideia, em suas narrativas foi detectado certo descrédito quanto à

consolidação dessa iniciativa na rede. Dentre os itens apontados como possíveis fatores para o fracasso da iniciativa, foram destacados:

- A falta de uma força motriz que coloque a ideia em prática
- A prática completamente diferente da teoria
- A hegemonia de uma cultura em que a cura é medicamentosa
- A incipiência em relação às mudanças que precisam ser feitas
- Um sistema de saúde que apresenta muitas falhas
- A Falta de interesse dos que estão no poder

Consequentemente, verificou-se um sentimento de frustração entre os participantes quanto à realidade das PICS na rede de serviços do SUS. Foi detectada a inequívoca apatia dos profissionais frente aos fatores de fracasso apresentados acima, sendo que muitos deles **não se viram como agentes de mudança**, deixando transparecer um discurso em que as transformações necessárias somente poderão ocorrer por vias externas. Desse modo, foram manifestadas expressões como: “acho legal, mas não vejo como”, “na prática ainda não consegui ver”, “o governo não quer que isso dê certo”, “não creio que vá dar certo”, “não me sinto seguro”, “vejo muita resistência”. Para justificar esse sentimento, apresentaram as seguintes razões:

- Ceticismo das pessoas
- Ausência de normatização
- Falta de tempo e espaço para inclusão das PICS na rotina diária de serviço
- Falta de adesão da classe médica
- Falta de qualificação dos profissionais
- Escassez de abertura do mercado para as PICS

A respeito disso, alguns autores denunciam um descompasso na relação entre a oferta das PICS e as demandas da população, significando que o avanço de serviços especializados ainda tem sido restrito. Nesse quadro, prevalecem a escassez de abrangência, longas filas de espera e número limitado de técnicas oferecidas a poucas pessoas, geralmente, pessoas com doenças crônicas que veem nas PICS seu último recurso (Lima, Silva, Tesser, 2014). Tais aspectos foram encontrados no contexto de estudo, onde verificou-se uma fila de 40 pessoas que

estão à espera de uma vaga para tratamento. Além disso, conforme mencionado por um informante, a maioria das pessoas procuram os recursos das PICS como última esperança para seu problema de saúde. Segundo esse profissional, o ideal seria que fosse dada prioridade ao aspecto preventivo e mantenedor de saúde que esse modelo de terapêuticas tem a oferecer.

Sob uma abordagem sociopolítica e institucional das PICS, verifica-se pouca destinação de recursos para ampliar sua implantação, pouca padronização nos estudos, pouco conhecimento entre profissionais e usuários a respeito das práticas e potencialidades de cuidado, assim como a necessidade de melhorar a formação e fomentar a especialização de clínicos na área das PICS. Somado a isso, a lógica médico-científica de avaliação e padronização de procedimentos tem sido um impeditivo para a ampliação e institucionalização dos serviços de PICS, o que pode ser chamado de **“crise de convivência social e cultural” de várias formas diferentes de entendimento e tratamento em saúde-doença**. (Cantatore et al., 2015; Tesser, Luz, 2002).

Por tudo isso, há que se pensar na implantação/implementação das PICS nos serviços de saúde como um processo. A velocidade de sua repercussão no trato cotidiano dos doentes pelas instituições de saúde biomédicas e seus profissionais tem sido lenta, predominando categorias e conceitos que monopolizam a atenção, estacionados em uma “cegueira paradigmática”. Por isso, ainda predominam aqueles que, à luz da biomedicina e da ciência, veem as PICS como credices ou misticismo, fazendo com que “algum conteúdo ‘empírico-factual’, ali por ventura existente, mereça atenção somente como indício para pesquisa futura nos moldes biomédicos existentes” (Tesser, Luz, 2002, p.367).

Portanto, há complexidades que envolvem o processo de implantação e implementação das PICS, demandando planejamento administrativo, político e institucional junto aos profissionais e sociedade civil. Trata-se de um trabalho de sustentação na gestão participativa, na apropriação democrática dos instrumentos de gestão e atenção às especificidades locais regionais. Além disso, existe a necessidade da realização de pactos do núcleo responsável; mapeamento dos profissionais capacitados existentes; regulamentação e legitimação por meio de trâmites e normas legais; desenvolvimento de atividades de tutorias e atividades de educação permanente (Losso, Freitas, 2017; Tesser, 2012).

No Brasil, pouco se sabe a respeito de como as PICS vem sendo implantadas nos contextos locais dos municípios. Um estudo apontou que a implantação no SUS tem tido pouco apoio, com baixo incentivo financeiro, poucos investimentos em formação e baixa avaliação e monitoramento (Sousa, Tesser, 2017). Neste estudo, as narrativas de alguns profissionais corroboraram esse fato. Uma participante relatou duas experiências com PICS que foram interrompidas porque a escala de serviço não contemplava em sua rotina o atendimento com as práticas. Outra evidenciou o preconceito e a resistência que enfrentou quando tentou implantar o tratamento com acupuntura na UBS em que trabalhava. Se não tivesse demonstrado muita perseverança, não teria obtido êxito na iniciativa.

Alguns estudos se propuseram a avaliar a implantação das PICS no SUS (Losso, Freitas, 2017; Sousa, Tesser, 2017; Tesser, 2012;). Em um deles, especialistas salientaram quatro dimensões consideradas relevantes nesse processo (Losso, Freitas, 2017):

- 1) Assistência: corresponde às ações de atenção à saúde na área de PICS e faz referência à oferta e distribuição do serviço no município.
- 2) Recursos humanos: contempla o desenvolvimento de ações de educação popular em saúde com as PIC, tendo em vista ações das equipes com a comunidade
- 3) Recursos materiais: tem a ver com os materiais e insumos para o atendimento clínico na área e tem a finalidade de avaliar a disponibilidade desses materiais nos municípios.
- 4) Gestão: corresponde à responsabilidade da gestão municipal em investir na capacitação dos profissionais na área de PIC, ofertando educação continuada na forma de educação permanente, com vistas ao aprimoramento para o trabalho.

A normatização das PICS nos serviços de saúde vem sendo feita dentro da **lógica do modelo biomédico**. A forma alienada e reducionista desse modelo tem sido uma barreira para as novas racionalidades médicas e tratamentos no cuidado em saúde. Desta forma, não sobra espaço para se pensar tempo de consultas, número de profissionais e fluxo de pacientes, disputas organizacionais, mudança na abordagem pessoal, maior tempo para se observar os efeitos das técnicas não-

convencionais, pequeno investimento em pesquisa. Por isso existe a necessidade de um novo paradigma mais abrangente, com alcance além da simples combinação de modalidades diversas de tratamento (Barros, 2009).

Por sua vez, o aumento da procura pelas PICS pode ser o indicativo de mudanças na representação cultural e simbólica das práticas de saúde que admitem outras formas de tratamento que não as medidas medicamentosas e cirúrgicas, típicas da racionalidade médica ocidental contemporânea (Contatore et al., 2015). A presença das PICS em serviços de saúde tem sido facilitadora de diálogo e de melhoria na relação profissional-usuário, com espaço para a negociação na construção da terapêutica, concorrendo para melhores desfechos e mais satisfação de profissionais e usuários. Tudo isso contribui para que haja compartilhamento de visões, interpretações, expectativas e decisões sobre o processo do adoecer e os tratamentos, abrindo caminho para **novas abordagens metodológicas biomédicas** nos serviços de saúde (Faqueti, Tesser, 2018).

É oportuno considerar a existência de diversas barreiras para a presença das PICS na rede de serviços que, devido a um modelo de assistência estruturado na lógica técnico-burocrática, muitas vezes fazem com que as PICS sejam pensadas apenas em termos de apropriação de sua matéria-prima para a biomedicina ou de seu combate, desqualificação ou supressão (Deslandes, 2005; Faqueti, Tesser, 2018). No entanto, outras possibilidades baseadas na experiência social ampla e variada são possíveis. O que implica na busca de outros significados para o que se considera importante no cuidado em saúde, e também para o que não é focalizado e valorizado pela perspectiva hegemônica. Trata-se de transformar ausências em presenças, de transformar o que é tido como impossível em possível, investigando alternativas que caibam no horizonte das possibilidades concretas (Faqueti, Tesser, 2018).

Nessa nova visibilidade despontam ideias de transformação e reconstrução da realidade. O que é nitidamente possível, uma vez que o homem é o único ser capaz de aprender com satisfação, na convicção de que a mudança é possível, pois o aprendizado é uma descoberta criadora, envolvendo o risco e a aventura de ser (Freire, 1996). Além do que, quando mobilizadas, as pessoas são capazes de transformar realidades através da transformação de si mesmas em um processo de produção de novos territórios existenciais (Benevides, Passos, 2005).

Os terapeutas do contexto descobriram novas percepções nessa dinâmica de relacionamento, contrariando profissionais que ainda se concentram nos processos patológicos e dão pouca ênfase às respostas emocionais e psicológicas da pessoa ao seu problema de saúde. O fato exposto ultrapassa a dimensão estritamente biológica na abordagem do indivíduo e tem a ver com priorizar a experiência do doente. Mesmo com as particularidades de cada um em relação a valores e perspectivas do processo saúde e doença, conseguiram expressar empatia em seus gestos, no qual “a questão atinge um nível maior de profundidade que é a abrangência de visão de mundo” (Minayo, 1988, p.370).

A doença é uma forma complexa e dinâmica de relacionamento, a qual deve ser tratada como aspecto do sistema simbólico e na perspectiva do outro e da própria narrativa. (Gualda, Bergamasco, 2004). Nesse sentido, faço alusão aos esforços do professor Sérgio, cuja articulação entre o papel do terapeuta com a ética na prestação do cuidado foi observada durante todo o desenvolvimento deste estudo. Desde que planejou o lugar e implantou os cursos, buscou colocar em prática seus ideais que, conforme ele mesmo afirma, sempre foram no sentido de fazer algo diferente do que via no mercado, procurando manter a “essência” do negócio, que é entender a pessoa. Por isso, em seus cursos e nos atendimentos sempre fez questão de que ele e toda a sua equipe conhecessem as pessoas pelo nome. Segundo seu discurso, “**o paciente somos nós**”, e como tal **precisamos nos tornar o paciente**, isto é, **termos paciência para entendê-lo**. Colocando-se no seu lugar, sabe-se do que ele realmente necessita.

Trata-se de agregar nuances de diversidade (padrões, valores, modos de vida ou símbolos que variam ou se diferem) e de universalidade (significados, padrões, valores, estilos de vida ou símbolos comuns, similares ou dominantes), onde no “tornar-se o outro” ocorre a valorização de seus aspectos culturais referentes às necessidades humanas e à conjugação de valores e visões de mundo, tanto do profissional quanto do assistido (Leininger, 1991). Portanto, tais aspectos encontrados na voz do coordenador da Casa da Terra e demais participantes apontam para a preocupação com o cuidado culturalmente congruente, o qual se propõe a **apreender o universo simbólico do outro**, mediante o exercício de se colocar em seu lugar, ver o mundo a partir de sua perspectiva, considerando seus valores, atitudes e crenças, visando desenvolver um corpo de conhecimento

científico e humanizado que viabilize a prática do cuidado cultural e que seja culturalmente específico (Leininger, 1991).

6 CONSIDERAÇÕES AO FINAL DO ESTUDO

CONSIDERAÇÕES AO FINAL DO ESTUDO

Este estudo permitiu olhar profundamente e criticamente esse local onde ocorrem as PICS. A metodologia, ancorada na perspectiva da antropologia interpretativa, da antropologia médica e na abordagem etnográfica, mostrou-se adequada e permitiu conhecer o significado do cuidado atribuído pelos informantes sobre suas práticas, seus valores e suas crenças dentro de um contexto em que se adotam exclusivamente práticas de saúde voltadas para a perspectiva holística. Por outro lado, o estudo propiciou às pessoas do contexto refletirem sobre sua própria prática, o que foi importante.

As experiências do grupo de pessoas, congruentes com suas vozes, revelaram uma produção do cuidado em que transpareceram a integração, o entendimento e a não aceção de pessoas na assistência à saúde. Com o foco nas especificidades do indivíduo, as práticas de cuidado priorizaram as relações intersubjetivas e o estabelecimento de laços de confiança, o que, por sua vez, favoreceu o cuidado holístico em saúde. Essas práticas representaram experiências reais vividas em um serviço de saúde com PICS, denotando o caráter integrativo delas ao abordar o ser humano com a compreensão de suas dimensões física, mental, espiritual e sociocultural. Além disso, abriram possibilidades para o olhar a um novo paradigma de saúde, o qual privilegia conceber e discutir outras práticas de cuidado que proporcione espaço para a escuta acolhedora, a tecnologia relacional e a amplitude do ponto de vista sobre o processo saúde-doença.

As PICS, como ferramentas para o cuidado, estão entre nós há muito tempo, conforme bem destacado por um profissional do contexto, para o qual não foi o método que se aderiu a nós, mas nós é que aderimos a ele, uma vez que as práticas integrativas existem há mais de cinco mil anos. Portanto, a utilização das PICS para o bem-estar já é uma velha conhecida do ser humano. Firmadas no paradigma holístico de saúde, e com menos visibilidade e legitimação, as PICS vêm coexistindo com a supremacia do modelo biomédico vigente. Porém, dado o seu potencial integrativo e complementar, conforme discutido anteriormente, a crescente demanda por essas práticas vem fomentando a reflexão sobre alguns pontos relevantes, trazidos por este estudo, para o campo teórico-conceitual e técnico-assistencial da saúde, quais sejam:

- A diversidade de trajetórias terapêuticas das pessoas e das formas com que buscam os cuidados de saúde clama pela multiplicidade de técnicas diagnósticas e terapêuticas.
- Alguns problemas de saúde, principalmente os de caráter crônico, como a dor, por exemplo, fogem do escopo dos procedimentos e técnicas ofertados pelo sistema de saúde predominante. Diante de tal fenômeno, muitas pessoas têm encontrado nas PICS resposta à busca de solução para seu sofrimento.
- A demanda das pessoas por um cuidado atencioso à sua individualidade e complexidade, em que se sinta confortável para expressar sentimentos e anseios relativos ao seu processo saúde-doença, tem encontrado eco no atendimento profissional condizente com a abordagem holística de saúde.

No Brasil, o modelo holístico de saúde vem sendo implantado e implementado de maneira progressiva, porém muito lentamente, na rede de serviços de saúde. No entanto, ainda é insuficiente o número de adesões dos municípios e respectivas instituições de saúde a essas práticas de cuidado frente à demanda cada vez mais crescente dos usuários. Por isso, o princípio da universalidade, que diz respeito ao acesso às ações e serviços de saúde, bem como da integralidade, que se refere à condição integral de compreensão do ser humano, relacionados às terapêuticas das PICS ainda estão comprometidos, revelando filas que superam meses à espera de um atendimento em alguma dessas modalidades de saúde. Somado a isso, há escassez de estudos que explorem a lógica desse modelo terapêutico.

A originalidade e o caráter inovador deste estudo residem no fato de se ter desnudado um contexto em que as PICS são hegemônicas na prestação de cuidado em saúde. O caráter holístico dessas práticas, aliado à estrutura e ao modo com que a produção do cuidado ocorre no contexto, atestam a viabilidade da concretude de um sistema de saúde baseado em outras racionalidades médicas e outras interpretações e sentidos que são dados ao cuidado produzido.

Os achados, por sua vez, permitem inferir que o cuidado foi significado como oportunidades de inter-relações e entrosamento, as quais influenciam os sujeitos culturalmente e conferem eficácia simbólica ao ato profissional. Dessa forma, o olhar e o auscultar, no sentido de procurar saber e conhecer, deixam transparecer um cuidado focado no ser. Nesse universo, os verbos olhar e auscultar assumem o

sentido de compreender, traduzindo-se em resultados positivos de bem-estar. De forma sincrônica, usuários e profissionais convergiram em sentimentos, sendo que os modos como gostariam de serem cuidados ou de cuidar se entrelaçaram. Essa experiência apreendida tornou-se um referencial para interpretar e entender a realidade. Trata-se, portanto, da reconstrução e remodelação de crenças, valores e paradigmas relativos ao processo saúde-doença, os quais repercutem nas escolhas feitas em questões relativas à saúde.

Assim, mesmo diante das contribuições mencionadas, este estudo tem como limitação o fato de ser um estudo de caso, portanto, utilizado para aprender sobre o que é comum, único e particular referente a um único caso, ou seja, a particularidade individual (Blasco, 1995). Fato é que ele tem um valor em si, mas não pode ser generalizado, embora outros locais, o próprio leitor e as pessoas em geral possam identificar e ir generalizando alguns achados. Na verdade, o objetivo do método qualitativo e do estudo de caso não é a generalização dos dados. Inclusive, uma das características da pesquisa qualitativa é o conhecimento do particular e do específico, conforme já definido anteriormente.

Outro aspecto a ser considerado é que, embora tenha sido muito repetitiva a questão da integração entre as terapêuticas dos sistemas biomédico e holístico de saúde, este ponto não foi muito aprofundado, uma vez que, somente após análise e validação, foi verificado que isso era uma questão que merecia ser explorada. Além disso, apesar de apontarem para a importância da mudança de paradigma e implantação das PICS no sistema de saúde, os profissionais do estudo não se viram como agentes de mudança. Isso é uma temática importante e que merece ser explorada com grupos de pessoas que estão exercendo a prática dentro do sistema de saúde, considerando que o sistema é aquele que possibilita que toda a população possa usufruir desse serviço e, assim, terem maior acessibilidade às PICS.

Para os profissionais do estudo, o encontro com o outro trouxe sentimentos positivos, embora não tenham lapidado aquilo que seja profundamente o modelo holístico de saúde. Apresentaram um discurso pronto, mas não conseguiram traduzir isso para a sua prática, isto é, acabaram traduzindo muito mais os sentimentos, representados pela satisfação em relação ao cuidado. Aparentemente, não tiveram a verdadeira noção do conceito porque isso não foi discutido em suas formações

acadêmicas, por isso carecem de um pouco mais de essência que lhes deem um pouco mais de liberdade e empoderamento para a prática. Talvez, seria preciso sentar com essas pessoas e discutir com elas, unindo prática e teoria, em **busca de uniformidade teórico-prática**, para que houvesse mudança da essência e não apenas reprodução de técnicas.

Os resultados deste estudo trouxeram como implicações para o ensino, possibilitar ao aluno ter condições de conhecer ou ter acesso a esses locais. Aproximar-se do conhecimento, mesmo como disciplinas optativas para graduandos e pós-graduandos, principalmente para alunos da enfermagem, cujo corpo teórico-epistemológico já abrange essa visão holística do cuidado, portanto é uma disciplina sensível a esses aspectos. Ademais, o objeto de excelência da enfermagem é o cuidar, portanto refletir sobre outras práticas de cuidado é importante para a ampliação de perspectivas dentro da prestação de assistência à saúde.

No campo da pesquisa, a discussão sobre o tema deve ser cada vez mais explorada para que haja a possibilidade de expansão e maior visibilidade do conhecimento sobre as PICS, e sua ampla legitimação no âmbito das práticas de saúde. No que concerne à prática, o profissional exposto a esses conceitos, mesmo que não os adotem, podem se tornar um melhor profissional, mais preocupado com a qualidade do cuidado que irá prestar ao cliente.

Por fim, o cuidado de saúde holístico é o produto de um trabalho profissional no qual se permite colocar-se no lugar do outro para melhor compreendê-lo, assumindo o compromisso de “*estar com*”. Em contrapartida, conforme mencionado por uma participante, esse cuidado faz com que o outro se doe mais para dar continuidade ao tratamento, permitindo se abrir para compartilhar coisas que jamais pensou expressar em um serviço de saúde. E assim, nesse jogo de intersubjetividades, percebemos que lá no fundo “*o paciente somos nós*”.

*“Que encontro é esse que misteriosamente acontece,
quando alguém faz um pedido a outro, quase como um apelo: Preciso ser cuidado!*

*O outro, que ouve esse pedido,
de um lugar muitas vezes reconhecido como o de um trabalhador,
envolvido com a construção dessa resposta,
mesmo sem palavra, diz com a sua ação: cuidarei de ti!” (Mehry, 2008, p.11)*

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Trad. de Laureano Pelegrin. Bauru (SP): EDUSC; 2001.
- Alvim NAT, Ferreira MA, Ayres AV, Magalhães MGM. Fitoterapia e Enfermagem. In: Silva MJP, Salles LF. Enfermagem e as Práticas Complementares em Saúde. São Caetano do Sul (SP): Editora Yendis; 2011. p. 97-110.
- Andrade JT, Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. *Saúde Soc.* 2010;19(3):497-508.
- Anzolin AP, Bertol CD. Ozonioterapia como terapêutica integrativa no tratamento da osteoartrose: uma revisão sistemática. *Br J Pain.* 2018;1(2):171-5.
- Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cad Saude Colet.* 2001;6(1):67-72.
- Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Cien Saude Colet.* 2005;10(3):549-560.
- Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trab Educ Saúde.* 2012;9(3):361-378.
- Barros NF. Terapias alternativas e complementares: a nova parada do itinerário terapêutico In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ, organizadores. *Antropologia para a enfermagem.* Barueri SP: Manole; 2009. p.100-17.
- Barros NF, Fiuza AR. Medicina baseada em evidência e medicina baseada em preconceito: o caso da homeopatia. *Cad Saude Publica [Internet].* 2014 [Citado 2019 Jun 12];30 (11):2368-2376. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001102368&script=sci_abstract&tlng=pt. DOI: 10.1590/0102-311X00183513.
- Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. *Saúde Debate.* 2018;42(N.esp.1):163-173.
- Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cien Saude Colet.* 2005;10(3):561-571.
- Bernardi B. Introdução aos estudos etno-antropológicos. Lisboa: Edições 70; 2007.
- Blasco JS. Estudio de casos. In: Bartzán, AA. *Etnografía: Metodologia cualitativa em la investigación sociocultural.* Barcelona: Marcombo; 1995.

Bobbo VCD, Trevisan DD, Amaral MCS, Silva EM. Saúde, dor e atividades de vida diária entre idosos praticantes de *Lian Gong* e sedentários. *Cien Saude Colet*. 2018;23(4):1151-1158.

Bontempo M. O caduceu de Mercúrio. São Paulo: Best Seller; 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário PNH. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. [Citado 2019 Jun 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizaus/glossario-pnh>.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde: a humanização como eixo norteador das práticas e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2004 [Citado 2019 Jun 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2010 [Citado 2019 Jun 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2018 [Citado 2019 Jun 12]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>.

Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Vherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2011;16(11):4433-4442.

Camargo Júnior KR. Racionalidades médicas: A medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1993.

Campos E A. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados em enfermagem. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ, organizadores. *Antropologia para enfermagem*. Barueri (SP): Manole; 2009. p.59-81.

Campos EA. Lógicas do cuidado: Um estudo sócio antropológico sobre o exame de prevenção para o câncer do colo de útero, Papanicolau [Tese livre docência]. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2015.

Campos EA. Olhando de perto: o método etnográfico na pesquisa em saúde. In: Melo LP, Gualda DMR, Campos EA, organizadores. *Enfermagem, antropologia e saúde*. Barueri (SP): Manole; 2013. p.90-104.

Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 2012.

Capra F. Sabedoria incomum. 13ª ed. São Paulo: Cultrix; 2010.

Capra, F. A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo, Cultrix, 2012a.

Cardoso MFPT, Ribeiro OMPL, Martins MMFPS. A morte e o morrer: contributos para uma prática sustentada em referenciais teóricos de enfermagem. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2019 [Citado 2019 Mai 15]; 40:1-10. <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/1983-1447-rgenf-40-e20180139.pdf> em 28/05/2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180139.

Carneiro MLM, Soares SM. Holismo e saúde: uma abordagem ampliada. In: Gualda DMR, Bergamasco RB, organizadoras. *Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença*. São Paulo: Ícone; 2004. p.73-93.

Carnevale RC, Brandão AL, Ferraz RO, Barros NF. O ensino da acupuntura na escola médica: interesse e desconhecimento. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(1):134-144.

Carvalho JLS, Nóbrega MPSS. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. *Online Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2017 [Cited 2019 Mai. 15];38(4). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2017-0014.pdf>.

Chernicharo IM, Silva FD, Ferreira MA. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [Cited 2019 Jun. 12];18(1):156-162. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0156.pdf>. DOI: 10.5935/1414-8145.20140023.

Coelho EAC, Fonseca RMGS. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(2):214-217.

Contatore AO, Barros NF, Durval MR, Barrio PCCC, Coutinho BD, Santos JA, et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet*. 2015;20(10):3263-3273.

Cousins N. *Anatomy of na illness as perceived by the patient: reflections on healing and regeneration*. 2nd ed. Nova York: W. W. Norton & Company; 2001.

Crema R. *Saúde e plenitude: um caminho para o ser*. 5ª ed. São Paulo: Summus; 1995.

Creswel JW. *Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Dacal MDPO, Silva IS. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. *Saúde Debate*. 2018;42(118):724-735.

DaMatta R. *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco; 2010.

Davis-Floyd R. The Technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001;75(11):S5-S23.

Denzin NK, Lincoln YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. p. 15-41.

Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005;9(17):389-406.

Dethelefsen T, Dahlke R. A doença como caminho: uma nova visão da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem. Trad. de Zilda Hutchinson Schild. São Paulo: Cultrix; 2007.

Dossey BM, Keegan L, Guzzetta CE, Kolkmeier LG. Holistic nursing: a handbook for practice. 5th ed. Maryland: Jones & Bartlett Learning; 2008.

Faqueti A, Tesser CD. Utilização de medicinas alternativas e complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, Brasil: percepção de usuários. *Cien Saude Colet*. 2018;23(8):2621-2630.

Fernandes ETBS, Nascimento ER, Ferreira SL, Coelho EAC, Silva LR, Pereira COJ. Prevenção do câncer do colo uterino de quilombolas à luz da teoria de Leininger. *Online Rev Gaucha Enferm [Internet]*. 2018 [Citado 2019 Jun. 12];(39). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100402&lng=pt&nrm=iso.

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Frank AW. The wounded storyteller: body, illness, and ethics. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press; 2013.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Freire P. Tempos de mudanças. Educação e mudança. 30ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.

Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.

Geertz C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. Trad. de Vera Mello Joscelyne. Petrópolis: Vozes; 1997.

Geertz C. Nova luz sobre antropologia. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.

Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saude Publica*. 2006;22(11):2449-2463.

Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior AG, organizadores. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2016.

González JS. Antropologia dos cuidados. In: Oguisso T, Campos PSF, Freitas GF, organizadores. Pesquisa em história da enfermagem. 2ª ed. Barueri (SP): Manole; 2011. p.34-112.

Goswami A. O médico quântico: orientações de um físico para a saúde e a cura. Trad. de Euclides Luiz Calloni, Cleusa Margô Wosgrau. São Paulo: Cultrix; 2006.

Groulx, LH. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Rio de Janeiro: Vozes; 2014. p.95-126.

Gualda DMR. A experiência, o significado e a realidade da enfermeira obstetra: um estudo de caso. [Tese livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Gualda DMR. As dimensões e os significados de saúde e doença nas perspectivas médica e popular. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ. Antropologia para enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2009. p. 36-55.

Gualda DMR. De Jordan à Davis-Floyd. In: Gualda DMR, Campos EA, Praça NS, Salim NR, Soares GCF. Nascimento: perspectivas antropológicas. São Paulo: Ícone; 2017. p.51-76.

Gualda DMR. Etnografia. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.19-29.

Gualda, DMR. Eu conheço minha natureza: Um estudo etnográfico da vivência do parto. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1993.

Gualda DMR, Bergamasco RB. Processo saúde-doença: evolução de um conceito. In: Gualda DMR, Bergamasco RB, organizadoras. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone, 2004. p.25-37.

Gualda DMR, Campos EA. Antropologia médica e antropologia do nascimento. In: Nascimento: perspectivas antropológicas. São Paulo: Ícone; 2017. p.41-50.

Gualda DMR, Hoga LAK. Pesquisa etnográfica em enfermagem. Rev Esc Enf. 1997;31(3): 410-422.

Gualda DMR, Lima EN. Um estudo do nascimento da perspectiva transcultural. In: Gualda DMR, Campos EA, Praça NS, Salim NR, Soares GCF. Nascimento: Perspectivas antropológicas. São Paulo: Ícone; 2017. p.135-164.

Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin N, Lincoln Y, editores. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. p.105-117.

Helman CG. Cultura, Saúde e doença. Trad. de Ane Rose Bolner. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Herskovits MJ. Antropologia cultural: o homem e seu trabalho. São Paulo: Mestre Jou; 1973.

Jordan B. Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. 4th ed. Illinois: Waveland Press; 1993.

Kerckhove D. A pele da cultura: Investigando a nova realidade eletrônica. São Paulo: Annablume; 2009.

Kleinman A, Brodwin PE, Good BJ, Good MJDV. Pain as human experience: introduction. In: Pain as human experience: an anthropological perspective. California: University of California Press; 1994. p.1-28.

Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. 13ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2018.

Langdon EJ, Wilk FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(3):173-181.

Laplantine, F. Aprender Antropologia. Trad. Marie-Agnès Chauvel. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1994.

Leininger MM. Transcultural nursing: concepts, theories and practice. New York: John Wileys & Sons; 1978.

Leininger MM. The theory of culture care diversity and universality. In: Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1991. p.5-68.

Lenardt MH, Michel T. As pesquisas de enfermagem e o método etnográfico de Spradley e McCurdy. In: Melo LP, Gualda DMR, Campos EA, organizadores. Enfermagem, antropologia e saúde. Barueri (SP): Manole; 2013. p.105-146.

Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. Interface (Botucatu) [online]. 2014, [Cited 2019 Jun. 06];49(18). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-32832014000200261&script=sci_abstract&tlng=pt.

Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. Saúde Debate. 2017;41(N. esp 3):171-187.

Ludke M, André MED. Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. In: A pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986. p.11-24.

Luz, MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Rev Saude Colet. 2005;15(Supl):145-176.

Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1993.

Luz MT, Rosenbaum P, Barros NF. Medicina integrativa, política pública de saúde conveniente. Jornal da Unicamp. 2006;(27). p.2.

Magalhães MGM, Alvim NAT. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. Esc Anna Nery. 2013;17(4):646–653.

Magnani, JGC. No meio da trama: A antropologia urbana e os desafios da cidade contemporânea. Sociologia, problemas e práticas. 2009;.(60):69-80.

Martin D. Natureza e cultura: ferramentas teóricas para a prática da enfermagem. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ. Antropologia para enfermagem Barueri (SP): Manole; 2009. p.3-14.

Maxwell JA. Understanding, validity, and evidency. In: A realist approach for qualitative research. Thousand Oaks (CA): Sage; 2012. p.127-150.

McGee RJ, Warms RL. Anthropological theory: an introductory history. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2004.

Merhy EE. Corpo vida, mais um na multidão. In: Ziegelman L, Rocha CF, organizadores. Corpo vida: tecendo uma clínica contemporânea. Porto Alegre: Nossa Senhora da Conceição; 2008.

Merhy, EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Melleiro MM, Tronchin DMR, Gualda DMR. Etnografia. In: Oguisso T. Campos PSF, Freitas GF, organizadores. Pesquisa em história da enfermagem. 2ª ed. Barueri (SP): Manole; 2011. p.279-300.

Melo GAA, Rodrigues AB, Firmeza MA, Grangeiro ASM, Oliveira PP, Caetano JA. Intervenção musical sobre a ansiedade e parâmetros vitais de pacientes renais crônicos: ensaio clínico randomizado. Rev Lat Am. Enfermagem [Internet]. 2018[cited 2019 Mar. 16];(26). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100300&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Milstein JA. Paradigm of integrative care: healing with curing throughout life, “being with” and “doing to”. Jornal of Perinatology. 2005;(25):563-568.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Minayo MCS. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. 25ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.

Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cad. Saude Publ. 1988;4(4):363-381.

Moreira H. Critérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa. Rev Bras Ens Cien Tecn. 2018;11(1):405-424.

Moura CC, Iunes DH, Ruginsk SG, Souza VHS, Assis BB, Chaves ECL. Ação da auriculoacupuntura em pessoas com dor crônica na coluna vertebral: ensaio clínico randomizado. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun. 11];(26):e3050. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3050.pdf.

Nakamura E. O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado. In: Antropologia para enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2009. p.15-36.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra; 2013.

Otani MAP, Barros NF. A Medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. Cien Saude Colet. 2011;16(3):1801-1811.

Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª.ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.

Pizarro C. La entrevista etnográfica como práctica discursiva: Análisis de caso sobre las pistas meta-discursivas y la emergencia de categorías nativas. Revista de Antropología. 2014; 57(1):461-496.

Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Trad. de Denise Regina de Sales. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

Poupart J, Deslauriers JP, Gorouxl LH, Laperrière A, Mayer R, Pires. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 4ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2014.

Prochnow AG, Leite JL, Erdmann AL. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(4):583-590.

Queiroz MS. O sentido de conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória. In: Nascimento MC, organizador. As Duas Faces da Montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec; 2006. p.19-39.

Queiroz, MS. Saúde e doença: um enfoque antropológico. Bauru (SP): EDUSC; 2003.

Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev Bras Educ Med. 2009;33(2):253-261.

Ruiz ENF, Gerhardt TE. Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e incursões de uma “primeira viagem”. In: Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2016. p.185-201.

Ruiz J, Martinez A. Female genital mutilation and transcultural nursing: adaptation of the rising sun model. Contemporary nurse. 2017;53(2):196-202.

Sacks O. Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais. Trad. de Bernardo Carvalho. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.

Salles LF, Silva MJP, organizadoras. Enfermagem e as práticas complementares em saúde. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2011.

Salles SAC, Ayres JRCM. A consulta homeopática: examinando seu efeito em pacientes da atenção básica. Interface (Botucatu). 2013;17(45):315-326.

Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodologia de Pesquisa. 3ª ed. São Paulo: McGraw Hill; 2006.

Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. Cien Saude Colet; 2012;17(11):3011-3024.

Schveitzer MC, Esper MV, Silva MJP. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. O Mundo da Saúde. 2012;36(3):442-451.

Schwandt, TA. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 193-217.

Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface (Botucatu) [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul. 11];(23):e170627. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832019000100205&lng=pt&nrm=iso.

Silva MR, Sakamoto J, Gallian DMC. A cultura estética e a educação do gosto como caminho de formação e humanização na área da saúde. Trab Educ Saúde. 2014;12(1):15-28.

Silva CA, Lara SRG. Uso do banho de aspersão associado à bola suíça como método de alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto. *Br J Pain*. 2018;1(2):167-70.

Shweder RA, LeVine RA. *Culture Theory: Essays on mind, self, and emotion*. Cambridge: Cambridge University; 1984.

Sousa IMC, Tesser CD. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad Saude Publ* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dez. 10];33(1):e00150215. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000105006&script=sci_abstract&tlng=pt.

Souza KMJ, Castellanos MEP, Sá LD, Palha PF. Experiência de adoecimento e narrativas: apontamentos teóricos e metodológicos. In: *Enfermagem, antropologia e saúde*. Melo LP, Gualda DMR, Campos EA. (Org.). Barueri, SP: Manole, 2013. p.188-222.

Spradley J. *Participant-observation*. New York, Holt Rinehart and Winston, 1980.

Spradley J. *The ethnographic interview*. New York: Holt Rinehart and Winston; 1979.

Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 5th ed. London: Sage; 2000. p. 435-454.

Strauss H. *Humanizing health care*. New York: Wiley-Interscience Publication; 1975.

Tabakián G. Etnomedicina y Etnobotánica en el departamento de Tacuarembó, Uruguay. *Rev Urug. Antropología y Etnografía*. 2017;2(2):61-72.

Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*: 2016;30(86):99-112.

Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e Medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. *Rev Saude Publ*. 2008;42(5):914-920.

Tesser CD, Luz MT. Racionalidades Médicas e integralidade. *Cien Saude Colet*. 2008;13(1):195-206.

Tesser CD, Luz MT. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Cien Saude Colet*. 2002;7(2):363-372.

Tesser CD, Santos MC. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):3011-3024.

Tesser CD, Sousa IMC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saude Soc.* 2012;21(2):336-350.

Tsu VA. A mitologia de um antropólogo. *Revista Eletrônica Rever* [Internet]. 2001 [cited 2019 Mai. 15];1(3). Available from: http://www.pucsp.br/rever/rv3_2001/i_geertz.htm.

Uchoa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad. Saude Publ.* 1994;10(4):497-504.

Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 2001.

Weil P. Nova linguagem holística: um guia alfabético. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; 1987.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro das entrevistas

Roteiro para os usuários:

- 1) Conte-me sobre o que te fez buscar este serviço de saúde.
- 2) Há algo de diferente aqui em relação a outro (s) serviço (s) de saúde que você utiliza ou utilizou?

Roteiro para os profissionais de saúde:

- 1) O que te motivou a se especializar em práticas integrativas e complementares?
- 2) O que há de diferente na sua forma de cuidado aqui e no serviço de saúde em que você atua?
- 3) Fale-me sobre o cuidado holístico em saúde.
- 4) O que você sabe sobre as PICS na rede de serviços de saúde?
- 5) O que é humanização para você?

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa intitulada “Do biomédico ao holístico: um estudo de caso sobre experiências e produção do cuidado em um contexto de práticas integrativas e complementares de saúde” desenvolvida pela Sra. Elisabete Napoleão Lima, doutoranda em Enfermagem do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, sob a orientação da Prof. Dra. Dulce Maria Rosa Gualda. Esta pesquisa se justifica pela necessidade de compreender a configuração do cuidado holístico em saúde voltado para as práticas integrativas e complementares, um fenômeno que vem crescendo cada vez mais em diversos ambientes de cuidado de saúde. Assim, este estudo poderá contribuir no aumento de ações de cuidado nesses moldes terapêuticos, incrementar as práticas dos profissionais que trabalham nessa vertente e, ainda, contribuir para o fortalecimento das políticas públicas com enfoque nas práticas integrativas e complementares na rede de serviços de saúde. A pesquisa objetiva compreender a produção do cuidado e experiências do grupo de pessoas de um ambulatório que presta assistência sob a abordagem das práticas integrativas e complementares de saúde, identificar o que motiva as pessoas e os profissionais de saúde a recorrerem a esse tipo de cuidado de saúde e levantar as semelhanças e diferenças apontadas pelos participantes entre um contexto de cuidado holístico em saúde e serviços de saúde diversos.

A sua participação na pesquisa é livre e voluntária. O (a) Sr (a) pode ainda se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma.

As informações serão coletadas por meio de entrevista individual, que será gravada em áudio em dia e horário definidos conforme a disponibilidade do (a) colaborador (a), na instituição Casa da Terra, com duração de aproximadamente uma hora. A entrevista será confidencial, sigilosa e seu depoimento estará sob nossa responsabilidade. Em seguida será transcrita, transcrita e validada pelo entrevistado (a).

O conteúdo da entrevista será utilizado apenas para a realização do estudo, podendo os resultados ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas.

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza a fala como forma de coleta de dados, apresenta riscos mínimos à saúde. No entanto, desconfortos e riscos decorrentes do estudo poderão ocorrer, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, desconfortos poderão ser desencadeados mediante o compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais. Neste caso, se houver alguma questão que o entrevistado não queira responder, poderá se recusar.

Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação, no entanto, fica garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa. **Meu telefone para contato é (11) 97583-5813 (e-mail: betenapoleao@gmail.com), resido na Rua Antonio Cavazzan, 177 – Casa Verde - São Paulo – SP CEP: 02534-000.**

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP – A. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – São Paulo – SP CEP 05403-000 Telefone: (11) 3061-8858 e-mail: cepee@usp.br.**

Caso aceite participar desta pesquisa, solicito a rubrica em todas as páginas deste termo e assinatura nas duas vias, ficando uma delas com o (a) colaborador (a) e a outra com o pesquisador.

Declaro que fui suficientemente informado (a) do caráter científico deste trabalho e ficaram claros para mim quais são os objetivos e finalidade do estudo, entendendo que as informações serão confidenciais e que não haverá identificação nominal. A qualquer momento poderei ter conhecimento dos resultados parciais ou final desta pesquisa entrando em contato com os pesquisadores via telefone ou e-mail descrito no final deste documento. Concordo em participar voluntariamente da pesquisa e estou ciente de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o desenvolvimento do estudo sem qualquer prejuízo.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante/representante legal

Data:/...../.....

APÊNDICE C – Carta de solicitação de pesquisa

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE PESQUISA

Solicitação de realização de pesquisa na Instituição de Ensino Casa da Terra

Ao ILMO. Sr.:

Sérgio Franceschini Filho

Coordenador da Instituição de Ensino Casa da Terra

Prezado Senhor,

Eu, Elisabete Napoleão Lima, discente de Doutorado pelo programa Interunidades da Escola de Enfermagem da USP, estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “Do biomédico ao holístico: um estudo de caso sobre experiências e produção do cuidado em um contexto de práticas integrativas e complementares de saúde.”

Sendo assim, solicito a sua contribuição com o estudo mediante autorização da realização do mesmo no ambulatório social dessa instituição. Sua colaboração é de fundamental importância para o desenvolvimento e construção da pesquisa.

O senhor poderá solicitar esclarecimentos, se necessário for, e também optar por não aceitar esta pesquisa. Asseguro que serão mantidos o sigilo e o anonimato dos dados coletados mediante a observância da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A referida pesquisa será encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP.

O desenvolvimento do estudo será de responsabilidade da doutoranda, sob orientação da profa. Dulce Maria Rosa Gualda.

Segue o Projeto em Anexo.

Na expectativa de contar com a sua inestimável atenção no atendimento desta solicitação, aproveitamos o ensejo para apresentar o elevado apreço da Doutoranda e da Professora da Escola de Enfermagem da USP.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Elisabete Napoleão Lima

Pesquisadora

Dulce Maria Rosa Gualda

Prof^a. Orientadora

ANEXO

ANEXO

Parecer do comitê de ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Do biomédico ao holístico: Um estudo de caso sobre experiências e produção do cuidado em um contexto de práticas integrativas e complementares de saúde.

Pesquisador: ELISABETE NAPOLEAO LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71006517.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.240.479

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa tem como finalidade a tese de Doutorado da proponente sob a orientação da Professora Doutora Dulce Maria Rosa Gualda. Trata-se de pesquisa qualitativa, na perspectiva da antropologia, com abordagem etnográfica, cuja prática se dará através do estudo de caso etnográfico na instituição denominada "Casa da Terra", a qual conta com um ambulatório de cunho filantrópico com uma média de 100 atendimentos semanais de práticas integrativas e complementares (PICs) de saúde (acupuntura, fitoterapia, terapia floral e shiatsu). A instituição possui uma escola com cursos de pós-graduação em acupuntura e fitoterapia, cursos livres de práticas diversas e educação continuada. Serão convidadas a integrar o estudo pessoas atendidas no ambulatório e profissionais envolvidos diretamente com os cuidados de saúde. A participação será voluntária, após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra será do tipo intencional, com a escolha deliberada dos participantes que puderem contribuir para as necessidades de informação do estudo e as que emergirem das descobertas iniciais. A princípio, será composta por dez usuários e dez profissionais de saúde, os quais serão acompanhados por um período de um ano, ou menos, conforme a duração do tratamento de saúde. Como serão utilizadas múltiplas fontes de informação, será construído um banco de dados ao longo da

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.240.479

investigação, assim como a criação de uma cadeia de evidências relevantes durante o trabalho de campo. A coleta de dados será realizada mediante observação participante no ambulatório da instituição, entrevista etnográfica com os usuários do serviço de saúde, grupo focal com os profissionais de saúde e análise de documentos da instituição. A técnica de observação participante se dará com o contato direto do pesquisador com o ambulatório, tendo por finalidade obter informações sobre a realidade dos participantes do estudo em seu próprio contexto. Os dados serão registrados em diário de campo, no formato de descrição densa, com notas reflexivas, experiências pessoais da pesquisadora e avanços no campo, levando-se em consideração: como os processos investigados se organizam na prática e como funcionam; quais as incongruências entre o que é dito ao pesquisador nas entrevistas e nos grupos focais e o que é feito, como se processam as relações

hierárquicas, as relações entre pares e entre opostos; quais são os símbolos e sinais significativos para a pesquisa que estão sendo emitidos e naturalizados no cotidiano em observação. As entrevistas etnográficas com os usuários serão gravadas e têm a estimativa de uma hora de duração. Serão realizadas no próprio ambulatório e norteadas pelas questões: 1) Conte-me sobre o que te fez buscar este serviço de saúde. 2) Há algo de diferente aqui em relação a outro(s) serviço(s) de saúde que você utiliza ou utilizou?. O grupo focal será realizado com dez profissionais de saúde da instituição, os quais serão

convidados a participarem, a princípio, de quatro reuniões, com duração de, no máximo, 90 minutos. Os dias e os horários das reuniões serão determinados em consenso com o grupo. As reuniões serão realizadas em uma das salas reservadas da instituição, com a garantia do conforto e privacidade dos participantes. O papel de moderador será assumido pela pesquisadora e uma pessoa devidamente treinada fará função de relator. Os grupos focais serão conduzidos por meio das questões norteadoras: 1) O que te motivou a se especializar em práticas alternativas e complementares? 2) O que há de diferente na sua forma de cuidar aqui e no serviço de saúde em que você atua? 3) Fale-me sobre o cuidado holístico em saúde. 4) O que você sabe sobre as PICs na rede de serviços de saúde? A análise de documentos consistirá de exame dos prontuários dos pacientes. Os dados obtidos serão transcritos e analisados simultaneamente com a coleta, de forma a provocar o surgimento gradual de novas dimensões do conhecimento e novos questionamentos. Dessa forma, serão levadas em consideração as seguintes premissas: reconhecimento por parte da pesquisadora de seus pressupostos e valores antes de iniciar a pesquisa; descrição clara dos métodos, procedimentos e modos de obtenção das informações; maior tempo possível de permanência em campo; coleta dos dados por meio de diversas fontes de

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.240.479

informação, em vários momentos e situações; validação dos dados com os informantes, mediante retorno à instituição; apresentação dos dados que conduziram à interpretação e às inferências. Para a análise dos dados, será seguido o método proposto por Leininger, compondo-se de quatro fases, a saber: 1) Coleta e documentação dos dados brutos: realização da coleta, registro e início da análise dos dados; 2) Identificação de descritores e componentes: estudo dos dados, buscando as semelhanças e divergências de afirmações e comportamentos, fazendo classificação de forma a permitir compreensão da situação ou questões do estudo, a fim de preservar o significado do contexto; 3) Análise contextual e de padrões: exploração dos dados para se descobrir padrões do comportamento, significados estruturais e análise contextual. Examinam-se interpretações, componentes ou categorias de dados em busca de padrões recorrentes; 4) Temas, achados relevantes e formulações teóricas: reflexão, elaboração de modelo e análise criativa de dados. Abstraem-se temas e se podem elaborar formulações teóricas e recomendações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender a produção do cuidado e experiências de usuários e profissionais de saúde em um ambulatório que presta assistência sob a abordagem das práticas integrativas e complementares (PICs) de saúde.

Objetivo Secundário:

- Identificar as principais motivações das pessoas que buscam cuidados de saúde no âmbito das PICs;
- Conhecer os significados sobre o cuidar construídos pelos profissionais que prestam assistência no contexto de PICs;
- Traçar um perfil da trajetória de usuários e profissionais até o serviço de saúde e
- Discriminar semelhanças e diferenças observadas pelos participantes quanto às práticas de cuidado em saúde inerentes ao local e as oferecidas em outros serviços de saúde que tenham frequentado.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 2.240.479

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza a fala como forma de coleta de dados, apresenta riscos mínimos à saúde. No entanto, desconfortos e riscos decorrentes do estudo poderão ocorrer, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, desconfortos poderão ser desencadeados mediante o compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais. Neste caso, se houver alguma questão que o entrevistado não queira responder, poderá se recusar.

Benefícios:

Contribuir no aumento de ações de cuidado nesses moldes terapêuticos, incrementar as práticas dos profissionais que trabalham nessa vertente e, ainda, contribuir para o fortalecimento das políticas públicas com enfoque nas PICs na rede de serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é bem fundamentado e está estruturado para atender as etapas preconizadas para uma tese de doutorado. Segundo a proponente, enquanto relevância acadêmica e social, o estudo visa contribuir para o aumento de ações de cuidado, nos moldes terapêuticos das PICs, as quais se traduzem em promover boa qualidade de vida e dignidade à totalidade do ser humano, de forma integral, cultural e humanizada. Com tais ferramentas, o profissional de saúde tenderia a favorecer nas pessoas a construção de maior autonomia frente à tomada de decisões e iniciativas de progresso relativas ao seu processo saúde-doença. Do ponto de vista assistencial, dado o avanço das PICs nos diversos cenários da atenção à saúde, busca incrementar as práticas dos profissionais que trabalham nessa vertente, ao desvelar experiências de ações em saúde e perfis de modelos terapêuticos holísticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Não foi apresentada carta de ciência e parecer favorável à realização da pesquisa com assinatura do responsável pela "Casa da Terra", contudo a pesquisadora explicita no projeto de pesquisa que "possui vínculos com a instituição, o que otimiza a acessibilidade ao serviço de saúde";
- O TCLE é claro, objetivo e contempla as especificações constantes da Resolução 466/2012;
- O cronograma de execução das atividades é exequível;
- Consta orçamento financeiro, do tipo custeio, no valor de R\$ 850,00.

Recomendações:

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419	
Bairro: Cerqueira Cesar	CEP: 05.403-000
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858	E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 2.240.479

- Acrescentar número de páginas no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_936894.pdf	11/07/2017 07:33:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	10/07/2017 12:05:37	ELISABETE NAPOLEAO LIMA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	08/06/2017 10:02:02	ELISABETE NAPOLEAO LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	08/06/2017 06:56:46	ELISABETE NAPOLEAO LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Agosto de 2017

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 2.240.479

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br