



Ministério da Educação

SAÚDE, ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

THE INTEGRATIVE PRACTICES AS A WAY COMPLEMENTARY TO THE BIOMEDICAL MODEL: CONCEPTIONS OF CAREGIVERS

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMO FORMA DE COMPLEMENTARIDADE AO MODELO BIOMÉDICO: CONCEPÇÕES DE CUIDADORAS

LAS PRÁCTICAS DE INTEGRACIÓN COMO UNA FORMA COMPLEMENTARIA AL MODELO BIOMÉDICO: CONCEPCIONES DE LOS CUIDADORES

Alyne Mendonça Saraiva¹, Maria de Oliveira Ferreira Filha², Maria Djair Dias³,

ABSTRACT

Objective: of this research was to understand the concept of caregivers who use integrative practices on the weaknesses of the current public health policy, and to evaluate the contributions of these practices on the complementarity of the biomedical model. **Methods:** we used the technique of oral history. We interviewed nine caregivers who work with integrative care practices in the NGO-center-Afya Holistic Women's, located in the city of João Pessoa. The survey was conducted between May and August 2007. **Results:** Among the reports noted that the search for integrative practices is mainly due to weaknesses in the health services demonstrated by the decrease in the duration of the consultations, conflicts in professional-client relationship and little in solving treatments. **Conclusions:** The integrative practices favor the host, listening to and value the subjectivity of the individual. It is necessary to consider the integrative practices would not be an alternative to the biomedical model, but rather a complementary form of care. **Descriptors:** Complementary Therapies, Women, Health Services.

RESUMO

Objetivo: conhecer a concepção de cuidadoras que utilizam práticas integrativas, sobre as fragilidades do modelo de saúde vigente, bem como, analisar as contribuições dessas práticas na complementaridade do modelo biomédico. **Métodos:** utilizou-se a técnica da história oral. Foram entrevistadas nove cuidadoras que trabalham com práticas integrativas de cuidado na ONG-Afya-centro Holístico da Mulher, situada no município de João Pessoa. A pesquisa foi realizada no período de maio a agosto de 2007. **Resultados:** Entre os relatos observamos que a busca por práticas integrativas se deve principalmente em virtude das fragilidades dos serviços de saúde demonstrada pela diminuição no tempo de duração das consultas, conflitos na relação profissional-cliente e pouca resolubilidade nos tratamentos. **Conclusões:** As práticas integrativas favorecem o acolhimento, a escuta e valoriza a subjetividade do indivíduo. É necessário considerar que as práticas integrativas não seriam uma alternativa ao modelo biomédico, mas sim uma forma complementar de cuidado. **Descritores:** Terapias Complementares, Mulheres, Serviços de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: fue comprender el concepto de los cuidadores que utilizan las prácticas integradoras en las debilidades de la política de salud pública actual, y para evaluar las contribuciones de estas prácticas en la complementariedad del modelo biomédico. **Métodos:** utiliza la técnica de historia oral. Hemos entrevistado a nueve cuidadores que trabajan con las prácticas de cuidado de integración en la organización no gubernamental de centro-Afya holística de la Mujer, ubicado en la ciudad de João Pessoa. La encuesta fue realizada entre mayo y agosto de 2007. **Resultados:** Entre los informes señaló que la búsqueda de prácticas de integración se debe principalmente a las deficiencias en los servicios de salud se manifestaron por la disminución de la duración de las consultas, los conflictos en la relación profesional-cliente y muy poco en la solución de los tratamientos. **Conclusiones:** Las prácticas de integración a favor de la acogida, la escucha y el valor de la subjetividad del individuo. Es necesario tener en cuenta las prácticas de integración no sería una alternativa al modelo biomédico, sino más bien una forma complementaria de la atención. **Descriptor:** Terapias Complementares, mujeres, servicios de salud.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Efetiva do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. e-mail: alynnems@hotmail.com. ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba. e-mail: marfilha@yahoo.com.br. ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba. e-mail: mariadjair@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

No início dos tempos, o processo saúde-doença estava intimamente relacionado com a existência de forças espirituais. Com o desenvolvimento das ciências naturais, as doenças passaram a ser estudadas sob o prisma do paradigma biológico. Nascia assim, a medicina hipocrática, que enfatizava a relação homem ambiente.

O sistema hipocrático durou até a Idade Média, quando os dogmas do catolicismo passaram a responsabilizar o homem pelo aparecimento das doenças. A doença era vista como “castigo” de Deus pelos pecados cometidos. Ao médico, cabia apenas o papel de cuidar do corpo.¹

A partir dos séculos XVI e XVII, com as descobertas de Galileu sobre o sistema solar, houve um declínio dos dogmas da Igreja. Com a revolução científica feita por Descartes e Newton, o corpo humano passou a ter um enfoque reducionista e as doenças começaram a ser vistas e tratadas de forma isolada.²

A falácia mecanicista advinda da concepção de Descartes sobre o homem influenciou o modelo biomédico, criando uma dicotomia entre corpo e mente. O modelo biomédico priorizou o estudo e tratamento das patologias, considerando a influência prioritária do ambiente físico natural. Nessa perspectiva, priorizaram-se mais os sintomas corporais do que as emoções: a dor e o sofrimento expressados pela subjetividade, ou seja, a dor da alma.

Os problemas familiares e econômicos, geralmente levam as pessoas a buscar os serviços de saúde com queixas variadas e imprecisas como nervosismo, preocupação, tristeza, cansaço, dores em vários locais do corpo, medo, ansiedade, desânimo, entre outros. Essas queixas revelam

The integrative practices...

sinais de uma crise extensa e complexa, que perpassa pelos aspectos sociais, culturais e espirituais dos indivíduos e fornece um retrato aproximado do modo de pensar, sentir e adoecer da maioria da população brasileira. São sintomas para os quais o sistema de saúde não dispõe nem de recursos suficientes, nem de profissionais qualificados para a escuta e o cuidado relacionado com os mesmos. O resultado é a medicalização de problemas que não têm origem orgânica e, conseqüentemente, não diminuem o sofrimento da população.³⁻⁴ Como conseqüências, as pessoas seguem em busca de outros recursos que atendam não só as necessidades físicas, mas também psicológicas e espirituais.

Um exemplo disto se encontra no Nordeste, onde é comum observar romeiros em peregrinações, pagando promessas aos santos, em busca de cura para as dores da alma que Barreto⁵, define como sendo distúrbios de abandono, insegurança e baixa auto-estima.

Nesse cenário, acabam por emergir algumas maneiras de cuidado e tratamento, no intuito de dar uma resposta mais alentadora a dor e ao sofrimento emocional. Um exemplo disso é o arsenal de práticas terapêuticas que vêm sendo desenvolvidas na rede informal de saúde, por cuidadores que, muitas vezes, não são reconhecidos pelo sistema formal, são, portanto, excluídos. Entretanto, suas práticas de cuidado têm ajudado um número considerável de pessoas a encontrarem alento e, muitas vezes, até a cura para suas dores.

O surgimento da abordagem holística na saúde está relacionado a diversas crises paradigmáticas: a fragmentação do conhecimento levando à construção de modelos explicativos e reducionistas sobre o processo saúde doenças reducionistas; avanço e predominância do modelo tecnicista no tratamento e na recuperação da

Saraiva AM, Filha MOF, Dias MD *et al.*

saúde; a maior valorização do ter em relação ao ser; objetificação do ser humano, nos aspectos econômicos, políticos e sociais, entre outras. Tudo isso, pode ter levado a humanidade a uma síndrome coletiva de mal estar, que resulta na perda de valores essencialmente humanos.

No campo da saúde coletiva, as práticas integrativas passam a ter um pouco de visibilidade, depois da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando o Ministério da Saúde/Brasil inclui na discussão temática a incorporação de tais práticas no âmbito dos serviços de saúde. Essa conferência é o marco histórico da busca pela superação do modelo reducionista na saúde.⁶

Desde 1998 existe o interesse do Ministério da Saúde em incorporar práticas não alopáticas (PNA), mas só em 2006, foi instituída a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares com o intuito de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências como Acunputura, Fitoterapia e Homeopatia no SUS. As práticas integrativas se inserem no contexto do apoio social, através de ONG, grupos religiosos ou de auto-ajuda, favorecendo os relacionamentos sociais e ajudando o indivíduo a enfrentar as adversidades.⁷

A enfermagem vem se interessando por essas novas concepções de saúde, principalmente ao abordar sobre o cuidado de uma forma holística. O conhecimento das práticas integrativas de cuidado, pelos enfermeiros, talvez possa indicar uma maior capacidade de humanização, além de proporcionar uma visão mais ampla sobre as possibilidades de cuidado.

A utilização de práticas terapêuticas demonstra novos tipos de estratégias frente às carências do sistema de saúde, principalmente em relação à saúde mental. E cada vez mais, a população tem buscado outros terapeutas, que

The integrative practices...

nem sempre são profissionais graduados, para sanar os problemas vivenciados no cotidiano.

Nessa perspectiva, objetivamos, neste trabalho: Identificar as fragilidades do modelo de saúde vigente na concepção das cuidadoras que trabalham com práticas integrativas e Analisar as contribuições dessas práticas como forma de complementariedade ao modelo biomédico.

METODOLOGIA

Como embasamento qualitativo para este estudo foi utilizada a técnica da História Oral Temática, que, de acordo com Meihy⁸, parte de um assunto preestabelecido, comprometendo-se com o esclarecimento ou opinião do entrevistador sobre algum evento definido.

O estudo foi realizado no Afya - Centro Holístico da Mulher, localizado no conjunto dos motoristas, no bairro Alto do Mateus, município de João Pessoa - PB, na periferia da capital paraibana. Esse bairro abriga comunidades carentes e tem infra-estrutura precária. Seu nome surgiu devido a Igreja de São Mateus, construída no alto do morro.

O Afya é uma Organização Não Governamental (ONG), criada, em 1998, por um grupo de mulheres. O trabalho no Afya é desenvolvido prioritariamente para o cuidado de mulheres e adolescentes. Dentre suas principais atividades, podemos citar: cursos, oficinas, atividades de educação em saúde e desenvolvimento de terapias holísticas.

Na história oral, os participantes da pesquisa são identificados como colaboradores. O colaborador é definido como aquele que participa da pesquisa e que tem liberdade para dissertar sobre sua experiência pessoal, colaborando com o estudo.⁸ A seleção de colaboradores esteve vinculada à formação da colônia, ou seja, uma

Saraiva AM, Filha MOF, Dias MD *et al.*

coletividade que tem objetivos comuns. Neste estudo, a colônia foi composta pelas nove mulheres que trabalham no Afya - Centro Holístico da Mulher, desenvolvendo alguma prática não alopática.

A produção do material empírico foi feita através da entrevista, com a utilização do gravador. Essa teve como base a experiência das cuidadoras, que são as colaboradoras do estudo. As entrevistas foram realizadas no período de maio a agosto de 2007 e foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada colaboradora, solicitando-lhe a autorização para o uso do gravador e respeitando o tempo e local desejado. Antes de iniciar cada entrevista, foi apresentado o termo de *Consentimento Livre e Esclarecido* para ser lido e assinado conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto desta pesquisa foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sob o número do protocolo: 1009/07.

Com relação ao anonimato, foi sugerida a criação de pseudônimos para resguardar o caráter confidencial das informações, porém as colaboradoras preferiram autorizar a divulgação de seus nomes, como consta no registro civil.

A análise do material foi guiada pelo *tom vital*. As expressões fortes que surgiram das narrativas procederam de um diálogo, iluminado pelos autores que compõem a literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

O material empírico produzido permitiu por meio de repetidas leituras a identificação do *tom vital* considerado como a expressão forte capaz de reunir os elementos significados da entrevista, ou seja, permite entender a melodia da narrativa

The integrative practices...

de cada colaboradora seguida pelos eixos temáticos que fortalecem a discussão guiada pelo *tom vital* e iluminado pela literatura pertinente.

O Tom vital, a leitura e o estudo do material empírico levaram à formulação e identificação de temas que foram captados no significado das palavras, gestos e falas. Dessa forma, organizamos os tons vitais de acordo com os temas evidenciados, procurando atender aos objetivos propostos pelo estudo. Os resultados foram divididos em dois eixos temáticos: a) O colapso do modelo biomédico e b) A procura por práticas integrativas.

O colapso do modelo biomédico

O modelo biomédico vem se caracterizando, ao longo do tempo, por dar ênfase aos aspectos físicos, ter uma visão fragmentada do ser humano e se colocar como saber hegemônico, frente ao saber popular. Estes fatos mostram-se opostos à idéia de cuidado integral e acolhimento do ser humano.

Mesmo com a criação do SUS e uma proposta de assistência universal, integral e descentralizada, os serviços de saúde da rede formal continuam sendo alvo de críticas e discussões, principalmente no que concerne ao atendimento, à atenção dada pelos profissionais, à estrutura organizacional e técnica.

Nos depoimentos seguintes, as colaboradoras fizeram referência apenas aos serviços hospitalares. Este fato pode representar que mesmo com a descentralização das ações, os hospitais ainda são a primeira escolha do indivíduo, quando buscam por cuidados médicos. “[...] a gente escuta muita queixa... que no hospital não tem bom atendimento, o tratamento não é bem feito [...]” (Maria de Lourdes).

Outras queixas são pronunciadas principalmente com relação à organização dos

Saraiva AM, Filha MOF, Dias MD *et al.*

serviços de saúde, como relata a cuidadora “[...] o médico diz: “vai para tal hospital pegar uma ficha.” Você vai, mas demora quinze dias, um mês para ser atendida [...]” (Lourdes Gomes).

No hospital, o cuidado recebido pelos usuários é um conjunto de pequenos cuidados prestado pela diversidade de profissionais que produzem a assistência à saúde. A procura por este tipo de serviço nos revela a crescente carência da população por cuidados que passem as dimensões físicas.⁹

Na trajetória dessas pessoas, em busca de ajuda e soluções para seus problemas, acabam esbarrando na dificuldade de acesso aos serviços e na baixa resolubilidade dos tratamentos.

A dificuldade no acesso aos serviços de saúde está diretamente relacionada às camadas mais pobres da população. O nível de renda se torna um fator determinante na utilização e consumo desses serviços. Esse fato é elucidado na seguinte narrativa:

“[...] os hospitais estão lotados... uma pessoa pobre se desloca de sua casa para ir ao hospital e quando chega lá ainda tem que marcar consulta [...]” (Maria da Guia)

As pessoas mais carentes de cuidados são aquelas mais afetadas pelos fatores sócio-políticos e econômicos. O desemprego, miséria, violência, falta de educação, contribuem significativamente para o agravamento dos problemas de saúde e conseqüentemente para o aumento da demanda.

O crescente aumento na quantidade de pessoas que buscam pelos serviços de saúde acarreta à diminuição no tempo de duração das consultas e interfere na resolubilidade dos problemas, gerando conflitos e queixas freqüentes na relação profissional-cliente. O desgaste dessa relação é evidenciado na fala: “[...] o médico não tem uma palavra de amor... não senta para conversar [...]” (Maria Ventura), como também no

The integrative practices...

relato de outra colaboradora “[...] os médicos quando vão tratar as pessoas não tem aquele carinho, não escutam direito... tem médico que fala arrogante, não lhe examina direito, nem pergunta o que você tem [...]” (Maria José).

Durante todo o relato das mulheres, observa-se que as críticas giravam em torno do profissional médico. Não que os outros profissionais sejam passíveis de críticas. O fato se deve à conjuntura já existente em outras décadas e ainda predominante nesse modelo atual de saúde, que centraliza o atendimento e o cuidado na figura do médico, já que ele é quem estipula diagnóstico e prescreve tratamentos.

Pinheiro¹⁰ descreve que o principal fator que leva à deterioração da relação profissional-cliente é a não valorização das relações pessoais nas ações de saúde como uma ferramenta de cuidado.

Na realidade, a dificuldade dos profissionais de saúde em ouvir as queixas da população está relacionada com a dificuldade em lidar com a subjetividade de cada pessoa. Ao invés disso, os profissionais preferem lidar com a doença e intervir nas enfermidades corporais onde os resultados são “visíveis”. Isso leva a um verdadeiro desencontro entre o saber médico e o relato da população, onde o profissional, muitas vezes, não atento às histórias de vida de seus clientes deixa que fatos importantes passem despercebidos.

A gênese desse problema se inicia desde a formação acadêmica dos cursos de saúde, que privilegia as especialidades e coloca a doença como foco central da investigação. Uma cuidadora fala indiretamente deste aspecto quando relata “[...] os médicos não são preparados para chegar e dar uma notícia ruim [...]” (Maria da Guia)

Saraiva AM, Filha MOF, Dias MD *et al.*

Trata-se, na verdade, de um círculo vicioso, já que atualmente a maior parte dos atendimentos de saúde está relacionada à síndrome da pobreza.^{5,10} O aumento da demanda acarreta diminuição no tempo de consulta levando conseqüentemente a desgastes na relação profissional-cliente.

Outro problema evidenciado pelas cuidadoras é o alto custo das medicações e os efeitos colaterais provocados por essas drogas, que muitas vezes tem ação paliativa e não tratam a origem da doença em si:

“Chegam muitas pessoas fazendo uso de medicação sem ter conhecimento. Vão ao médico, tomam um remédio, tomam outro, vão somando os medicamentos e intoxicando o corpo. A gente sabe que os medicamentos cuidam, mas estão tratando somente os sintomas e isso não faz bem, cada vez mais vai complicando a saúde das pessoas... Mas hoje elas estão mais conscientes, que os medicamentos não estão resolvendo seus problemas, não estão curando a essência da doença, são apenas paliativos.” (Ana Maria)

Na caminhada em busca de alívio para o sofrimento e resposta para as angústias, muitas pessoas esbarram em profissionais descompromissados com a subjetividade humana. A falta de acolhimento e vínculo constituem as maiores barreiras encontradas nos serviços de saúde ofertados.

A procura por Práticas Integrativas de Cuidado

Quando foi perguntado as cuidadoras, quais os motivos que levam as pessoas a buscarem esse cuidado não alopático, foi relatado que “[...] quando as pessoas vêm procurar o AFYA, elas chegam com queixas muito variadas. Mas o que acontece com muita frequência é a questão do estresse do dia-a-dia [...]”. (Ana Maria). Outros discursos apontam o mesmo motivo “[...] hoje as pessoas estão procurando mais essas terapias por que se queixam que não têm um bom atendimento

The integrative practices...

no hospital, que o tratamento não é bem feito, que vivem gastando muito e não tem solução nenhuma [...]” (Maria de Lourdes).

“[...] as pessoas chegam aqui se queixando muito de estresse, devido à “correria” do dia-a-dia. Tem gente que vem com depressão, ansiedade e, às vezes, com dor de cabeça[...]”. (Dona Rosa)

Muitas são as queixas que levam as pessoas à busca por tratamentos fora do sistema formal de saúde. Outra cuidadora relata esse fato quando diz que “muitas pessoas quando vem para o Afya, chegam com cansaço, estresse, dores no corpo, problemas na família, tudo que atinge os nervos da gente” (Lourdes Gomes).

O estresse ou correria do dia-a-dia pode ser entendido como a elevada carga de trabalho imposta hoje em dia para atender às demandas de um mercado capitalista. O aumento da carga horária semanal, o baixo salário, custo de vida elevado, principalmente das grandes cidades, fora os outros papéis desempenhados dentro da sociedade, fazem com que a maioria das pessoas trabalhe sobre excessiva carga emocional.

Entretanto, é importante ressaltar-se, aqui, que muitas vezes os próprios profissionais estão condicionados a fatores estressantes, ao se submeterem a cargas excessivas de trabalho, em condições insalubres e de baixa remuneração. Não se deve esquecer que o profissional de saúde é aquele que se propôs a cuidar, ou seja, ser um cuidador, embora muitos tenham se desviado desse caminho, os cuidadores também podem ser feridos e precisam ser cuidados.

Outro problema evidenciado, pelas cuidadoras, em suas narrativas, é o alto custo das medicações e os efeitos colaterais provocados por essas drogas, que muitas vezes tem ação paliativa e não tratam a origem da doença em si:

Saraiva AM, Filha MOF, Dias MD *et al.*

[...] Muitas pessoas chegam aqui com depressão, já tomando remédio e fazendo tratamento médico e sem resultado. O problema do nosso sistema é que o poder é do médico. A maioria deles chega nem fala direito e dá logo uma receita. Muitas vezes nem acha o remédio ou ele é caro demais e não faz efeito [...] (Efu).

Não se pode dizer que a procura por práticas integrativas na rede informal esteja associada única e exclusivamente à fragilidade da medicina em lidar com questões subjetivas da vida cotidiana.

O capitalismo incorporado a maior parte das sociedades atuais, é responsável por transformações intensas nas vidas dos indivíduos e das interações sociais, gerando competitividade, exploração de mão de obra e individualismo.

A solidão, descaso e desamor acabam se instalando na vida cotidiana, trazendo sentimentos de insegurança, baixa auto-estima e tristeza. A busca pelo cuidado, seja ele alopático ou não, pode vir a ser um reflexo dessa situação. Além das necessidades biológicas, todo ser humano precisa de atenção, zelo, uma palavra de conforto e alguém que o acolha.

Não se trata de desprezar a tecnologia científica e os avanços do conhecimento médico, mas de perceber o limite do conhecimento racional e abrir espaço para que o afeto, a compaixão, a solidariedade e os diversos sentimentos relacionados ao cuidado façam parte da relação entre profissionais de saúde e paciente.^{12:192}

A humanização das ações e dos gestos torna-se necessária para o enfrentamento dos problemas e para a continuação da vida. Por isso, hoje, grande parte das pessoas busca outros tipos de cuidados, que favoreçam o acolhimento, proporcionem vínculo, como revela a cuidadora quando diz “[...] hoje eu acredito que as pessoas procuram essas terapias, porque aqui nós damos

The integrative practices...

mais assistência, tem o aconchego de receber a pessoa e conversar com ela” (Dona Lourdes)

Muitas vezes, o que leva à busca por cuidados médicos não se trata, em sua gênese, de uma patologia física. Os sinais e sintomas físicos de sofrimento podem ter sido originados em virtude de perdas de papéis sociais e de relacionamentos significativos. O profissional de saúde só poderá ajudar a aliviar o sofrimento se souber escutar e validar os relatos de seus clientes. Sem a escuta e a confiança, torna-se impossível de identificar a real situação que desencadeou o processo de adoecimento.

O cuidado se inicia a partir da escuta e do interesse pelo sofrimento do outro. O vínculo estabelecido entre o cuidador e a pessoa que recebe cuidados é fundamental para o processo de reconstrução da saúde, onde ambos serão beneficiados.

CONCLUSÃO

Apesar do avanço da medicina nos últimos anos, esta continua fragmentada e cada vez mais especializada, tornando-se limitada frente ao sofrimento da população. Diante da fragilidade do modelo biomédico e da busca incessante por cuidado que extrapole a dimensão física, a cada dia aumenta o número de pessoas em busca de recursos terapêuticos, não alopáticos, que possam oferecer um cuidado holístico que abranja os aspectos físicos, mentais e espirituais.

Entretanto, não é apenas a falência do modelo biomédico que contribui para a proliferação das práticas integrativas. A população sofre na alma, por falta de escuta, de acolhimento, de carinho, de apoio, de amor. E esses recursos terapêuticos além de favorecerem o vínculo e a solidariedade através do apoio mútuo, promovem um maior contato com a

Saraiva AM, Filha MOF, Dias MD *et al.*

espiritualidade, através da interação com o ser e com a energia universal.

É importante ressaltar que além dos aspectos positivos evidenciados na utilização das práticas integrativas, não se pode deixar de lado a importância do progresso da medicina nos tratamentos e métodos diagnósticos e preventivos, principalmente em doenças que antes não tinham cura nem profilaxia. É necessário considerar que as práticas não alopáticas não seriam uma alternativa ao modelo biomédico, pois têm seus próprios métodos de diagnósticos e tratamentos, pode-se considerá-las dentro de um eixo mais amplo de complementaridade.

O Sistema Único de Saúde já estabeleceu essa possibilidade quando criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Apesar dessa estratégia só favorecer à inclusão de práticas já reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, como a Acunputura, Fitoterapia, Termologia, outros recursos terapêuticos não alopáticos como o Reiki, a Reflexologia, a Argiloterapia, entre outros já são bastante utilizados e reconhecidos pela população.

No Brasil, ainda não são muitas as pesquisas feitas sobre os benefícios das práticas, não alopáticas, sobre a saúde das pessoas. Nas pesquisas existentes, os benefícios físicos ou corporais são os mais elucidados, sem explorar os benefícios emocionais. Porém, pode-se perceber que esses recursos terapêuticos trazem sentimentos e emoções positivas, sendo importantes para o cuidado com a saúde mental, tanto de quem recebe como para quem pratica.

Seria interessante que a comunidade científica pudesse perceber o valor dessas práticas na saúde das pessoas. E é através de pesquisas e estudos que se pode disseminar a amplitude dessas práticas e a valorização desses cuidadores, como essenciais para a criação de um sistema

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):155-163

The integrative practices...

realmente único, preocupado com a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Trovo MM, Silva MJP, Leão ER. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2003 Jul-Ago; 11(4).
2. Capra F. O ponto de mutação: a crença, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo (SP): Cultrix; 1982.
3. Ferreira Filha MO, Silva ATMC. Saúde mental e reforma psiquiátrica: uma abordagem psicossocial. *Conceitos*. 2002 Jul-Dez; 8(5).
4. Valla VV. A vida religiosa como estratégia das classes populares na América Latina de superação da situação de impasse que marca suas vidas. In: Vasconcelos EM, organizador. *A espiritualidade no trabalho em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2006. p.265-295.
5. Barreto A. *Terapia Comunitária: passo a passo*. Fortaleza (CE): Gráfica LCR; 2005.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação e acesso*. Brasília (DF): MS; 2006.
7. Lacerda A, Valla V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2007.
8. Meihy JCSB. *Manual de história oral*. São Paulo (SP): Loyola; 2005.
9. Cecilio LCO, Meihy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção*

Saraiva AM, Filha MOF, Dias MD *et al.*

da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2007.

10. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2006.

11. Luz MT. Fragilidade social e a busca de cuidado na sociedade civil hoje. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec; 2006.

12. Lacerda A, Valla V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2007. p.171-198.

13. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Revista Saúde Coletiva. 1997.p.13-43.

Recebido em: 01/10/2011

Aprovado em: 20/11/2011