

Serviços públicos de saúde e medicina alternativa

Public health care and alternative medicine

Islândia Maria Carvalho de Sousa ¹
Ana Luiza Stiebler Vieira ²

Abstract *This study of a case with a qualitative approach has the main objective the analysis of massage practice offered by the Alternative Medicine program at Rio de Janeiro County. It is limited by the programmatic area 3.1 (Leopoldina Area), where this program was implemented, and this practice has been utilized in four services of distinctive complexity. Through the participant observation, of interviews, and the analysis of user's records, we have verified the sort and knowledge used by this practice, the profiles of users and professionals, based in the oriental paradigm, has been captured by the biomedical rationality, nevertheless, the benefits related by users, are expressive; there is a expansion and demand diversification and the causes and orientation. We believe that this practice could be, in fact, an alternative to the care and an improvement at the SUS assistance.*

Key words *Alternative medicine, Massage, Public health*

Resumo *Este estudo de caso com abordagem qualitativa teve como objetivo central analisar a prática da massagem ofertada pelo Programa de Medicina Alternativa do município do Rio de Janeiro. Limita-se à área programática 3.1 (zona da Leopoldina), onde o programa foi implantado e a prática vem sendo realizada em quatro serviços de complexidade distinta. Por meio da observação participante, de entrevistas, e da análise das fichas dos usuários, verificamos as modalidades e os conhecimentos utilizados para esta prática, o perfil dos profissionais e dos usuários, e ainda, os motivos ou indicações. Os resultados revelaram que a massagem, fundamentada no paradigma vitalista, tem sido captada pela racionalidade biomédica, mas os benefícios relatados pelos usuários são expressivos; há expansão e diversificação da demanda e dos motivos e ou encaminhamentos. Acreditamos que esta prática pode ser, de fato, uma alternativa de atendimento e melhoria da assistência no SUS.*

Palavras-chave *Medicina alternativa, Massagem, Saúde pública*

* Artigo extraído da dissertação de mestrado da primeira autora sob orientação da segunda autora na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz.

¹ Programa Saúde da Família em Exu (PE) e Planejamento em Bodocó (PE). Av. Edmundo Dantas 269, Centro, 56230-000, Exu PE. ismcs@hotmail.com

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz.

Introdução

Observa-se atualmente o crescimento de “medicinas alternativas” nos serviços de saúde, no setor econômico e na mídia. Elas vêm ocupando espaço tanto nas classes sociais mais favorecidas quanto nas menos favorecidas. Seja como material de especulação, opção terapêutica ou objeto de estudo no meio científico.

As medicinas alternativas estão apoiadas em um paradigma vitalista. Tal paradigma revela a existência de uma “dinâmica vital”, algo que está além do corpo físico. É através do fluxo desta “dinâmica vital” que se determina o estado de saúde ou doença (Luz, 1996). Para a medicina tradicional chinesa, por exemplo, a doença é fruto do desequilíbrio do *QÍ*, *KI* ou *CHÍ*, traduzido por alguns autores como “energia vital” (Bon tempo, 1994; Jacques, 1999; Freire, 1996; 1993). Tal fato é considerado um equívoco por Luz (1993), que traduz o *QÍ* como “sopro vital” ou “sopro”, que pode assemelhar-se ao vento, à respiração, ao ar, ao vapor. Deste modo, a tradução para “energia vital” viria da nossa dificuldade de compreender a essência da medicina tradicional chinesa (MTC), pois a ela é um sistema terapêutico completo, possuindo uma cosmologia distinta da nossa medicina ocidental.

Há nas medicinas alternativas uma teoria que a vida se apresenta em movimento, “sopro”, “dinâmica vital”, “energia”, “bioenergia”, afirmando a necessidade de um princípio que não seja apenas material (físico-químico), para explicar os fenômenos vitais. Nestas medicinas, a doença é o resultado de um desequilíbrio de forças naturais e sobrenaturais, compreendida como o rompimento da harmonia com a ordem cósmica em movimento (Luz, 1996). Essa visão dos seres humanos e do ambiente como sendo inseparáveis e co-extensivos com o universo é um componente fundamental das principais filosofias orientais (Godoy, 1988; Svoboda & Lade, 2000). Ao contrário do que ocorre no Ocidente, médicos orientais podem aceitar juízos subjetivos seus e do doente, sem que vejam nisso uma ameaça à sua competência. Eles possuem a consciência que estão lidando com sistemas vivos, em fluxo contínuo, em relação aos quais o valor da experiência subjetiva é tão precioso quanto à avaliação racional (Capra, 1998).

Nesse sentido, as práticas de medicina alternativa, que em sua grande maioria provêm das culturas orientais têm um caráter menos intervencionista. Em vez de se opor à doença,

de impedir certas manifestações sintomáticas, tenta-se compreender suas causas buscando envolver o indivíduo e o seu modo de vida. A ênfase é dada ao doente e não à doença. Passar por fases temporárias de doença nas quais se pode aprender e crescer é estar em equilíbrio dinâmico. Nesse caso, os períodos de saúde precária são estágios naturais de interação contínua entre o indivíduo e o ambiente (Queiroz, 2000). A prática de medicinas alternativas desempenha um papel simbólico, de ordenação de significados, e prático, possibilitando a incorporação de diferentes especialistas. Mas também exerce o papel político na medida em que defende os saberes deslegitimados pelo modelo de saúde oficial (Loyola, 1987; 1991).

A medicina alternativa também pode ser apresentada como uma tecnologia leve, de acordo com Merhy (1994), que classifica as tecnologias em saúde como *leves*, *leves-duras* e *duras*. A tecnologia aqui não está totalmente vinculada a um equipamento tecnológico, mas também ao “saber fazer”, e um “ir fazendo”, que dão sentido ao que será ou não a razão instrumental do equipamento. Segundo o mesmo autor, ela se faz no *trabalho vivo* entre o profissional e o usuário. Deste modo, a *tecnologia leve* é a maneira de cuidar e tratar o usuário: *A tecnologia está nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos... Podemos dizer que a medicina oriental é tão tecnológica quanto a ocidental alopática, pois ela além de desenvolver toda uma leitura, em nós, sobre saúde e doença, cria processos de trabalhos específicos para intervir nestas dimensões* (Merhy, 1994) (grifos meus).

No município do Rio de Janeiro, vêm sendo implantadas diversas práticas alternativas nos serviços de saúde, por meio do Programa de Medicina Alternativa. E, em particular, a prática da massagem, objeto de nossa investigação. O termo massagem é empregado nesse estudo para denominar as práticas manuais utilizadas como instrumento na obtenção da saúde e bem-estar. Assumimos que o emprego dessa categoria é limitado por não caracterizar todas as modalidades terapêuticas, principalmente as práticas provenientes de culturas orientais. No entanto, a mesma já está consagrada, e constitui uma prática que predominantemente tem as mãos como meio de aplicação, sem o uso de artificios mecânicos. Das prá-

ticas de massagem vistas como alternativas, fundamentadas no paradigma vitalista, algumas são mais comuns no Brasil: o *Tuíná e Tuíná para crianças*, o *Do-in*, a *Reflexologia*, o *Shiatsu*, a *Shantala* e a massagem *Ayurveda*. Com exceção desta última, todas as outras modalidades de massagem estão presentes no Programa de Medicina Alternativa.

Estudos sobre a incorporação dessa prática nos serviços públicos ainda são escassos. Sua expansão nos serviços municipais do Rio de Janeiro é recente, não havendo investigações a respeito. Todavia, partimos do pressuposto que a expansão da massagem não significa necessariamente uma mudança na assistência, pois as práticas fundamentadas no paradigma vitalista têm sido captadas pela racionalidade biomédica e empregadas segundo os preceitos desta.

Assim, este estudo teve como objetivo central analisar a prática da massagem oferecida pelo referido programa nos serviços públicos de saúde. Para tal, verificamos nos serviços as modalidades de massagem ofertadas, os conhecimentos utilizados para esta prática, os profissionais que a exerciam, no que concerne à sua formação e vínculo profissional e, ainda, identificamos a demanda atendida em relação aos encaminhamentos e o seu perfil de gênero, idade e motivos ou indicações para utilização da massagem.

Esse estudo de caso com abordagem qualitativa está limitado à área programática 3.1 (zona da Leopoldina) devido ao seu histórico, pois foi nesta área onde primeiro se implantou o programa no município, em 1992. A zona da Leopoldina possui peculiar diversidade cultural, social e econômica. Aí, a prática é realizada em quatro serviços de complexidade distinta (ambulatório de um hospital de emergência, uma policlínica e dois postos de assistência médica).

A prática de massagem foi acompanhada por meio da observação participante nos quatro serviços de saúde; foram entrevistados os cinco profissionais que realizavam a massagem e a gerente do programa, utilizando-se um questionário semi-estruturado; e ainda, analisadas as fichas cadastrais dos usuários atendidos no período de julho de 2002 a julho de 2003. Foram utilizados os dados do diário de campo registrados durante a observação participante, realizada de fevereiro a setembro de 2003, na qual houve a participação e observação de todas as atividades desenvolvidas pelas massoterapeutas (caminhadas pelo parque, oficinas de relaxamento; ginástica e massagens).

Participamos, ainda, de dois eventos realizados pelos massoterapeutas e a gerente. Ao sermos apresentados aos usuários, alguns desejaram – sem a nossa solicitação – fazer um relato de sua experiência. Tais relatos foram gravados e analisados.

Conhecendo a prática da massagem na A.P. 3.1

Organização dos serviços e atendimento

Em cada unidade, as atividades ligadas à massagem assumiam características diferentes e, a nosso ver, associadas à formação e antecedentes dos profissionais que as realizavam. A dinâmica do serviço tendia a ser mais forte que a prática de medicina alternativa. Ao mesmo tempo, percebemos que existiam profissionais que superavam esta dicotomia transformando o ambiente desfavorável. Tinham liberdade de escolher de que maneira realizariam seu trabalho, sendo a estrutura do setor favorável ou não. Eles realizavam outras atividades além da massagem, como a ginástica, a auriculoterapia, caminhada, palestras e oficinas de relaxamento.

Com relação à sala de espera, cada unidade era adaptada de acordo com sua realidade. Em uma delas, enquanto aguardavam o atendimento, os usuários recebiam um massageador para os pés e, sentados, se massageavam. Não havia regras gerais para selecionar o tipo de tratamento para o usuário, cabendo ao profissional a avaliação e indicação do tratamento: massagem, auriculoterapia, caminhada, ginástica, podendo ser indicado mais de um para o mesmo usuário. Para a massagem e a auriculoterapia, após um mínimo de dez sessões, realizava-se nova avaliação para verificar a necessidade de mudança ou continuidade do tratamento.

Não havia normas para produção, isto é, número específico de atendimento/dia. O atendimento durava no máximo 30 minutos. Os procedimentos eram informados como atividades de grupo para constar no sistema de informações da unidade. O banco de dados sobre a massagem dependia fundamentalmente das fichas cadastrais utilizadas pelos profissionais e dos relatórios mensais enviados para a gerente do programa. Observamos que, ao preencher o relatório, ele era interpretado de forma distinta pelos profissionais, fato constatado também, na estatística central.

Em um dos serviços, numa mesma sala o profissional atendia várias pessoas ao mesmo tempo. Os usuários pareciam não se incomodar. Durante o atendimento, ficavam conversando entre si sobre o tratamento, havendo bastante interação no grupo. Contavam brincadeiras e experiências com o tratamento. O profissional realizava a *reflexologia* em uma usuária, depois massagem *sueca* em outra, sendo possível observar duas práticas de racionalidades distintas no mesmo espaço. Esse modo de realizar a massagem pode ser positivo na medida em que favorece a interação entre os usuários. Contudo, esse tipo de assistência pode impedir que pessoas mais tímidas possam aderir ao tratamento, bem como dificultar uma assistência individualizada.

Realização da massagem

Um fato interessante que pôde ser observado foi a grande adesão dos massoterapeutas à *auriculoterapia*, sendo a prática mais utilizada, seguida da ginástica, *reflexologia*, massagem *sueca* e *shiatsu*. A *shantala* era desenvolvida uma vez por mês para um grupo de gestantes em uma das unidades. Havia pouca uniformidade sobre o conceito de massagem e sua aplicação; para alguns profissionais, o termo massagem não incorporava o *shiatsu*. Quando perguntamos que tipo de massagem faziam, eles responderam: *A gente não usa nenhuma dessas chinesas e indianas, a gente usa a massagem sueca e terapêutica dentro do programa... a reflexologia também.* (profissional 1)

É, a gente faz a massagem sueca, não sei se você está incluindo o shiatsu, acho que não, porque o shiatsu é uma técnica diferente, e a reflexologia, os pés diabéticos ou problemas circulatórios. (profissional 4)

A prática do *shiatsu* foi denominada pelos entrevistados também como: *catakuri*, e *shiatsu expresso*, entre outros, como se fosse a mesma atividade. Para Maki (2003), as variações e nomes dados ao *shiatsu* não atendem ao seu objetivo, não é fundamentado nos meridianos e na circulação de Qi. Essa prática requer aprofundamento no problema e bastante atenção do terapeuta tanto no diagnóstico quanto na sua utilização. Para o autor, não é possível realizar uma massagem adequada em 15 ou 30 minutos.

Catakuri, a massagem terapêutica... e a reflexologia, especialmente para os diabéticos que eles têm problemas de circulação. (profissional 5)

Por sua vez, a *reflexologia* estava sendo empregada principalmente para problemas circu-

latórios e o “pé diabético”; não aproveitada, portanto, como um relevante método de diagnóstico e de prevenção. Estava sendo tratado o problema local (circulação), fazendo pouca referência à utilização das zonas de reflexo, próprias da *reflexologia*.

Percebemos durante a observação participante que as técnicas utilizadas na realização da massagem estavam ligadas mais à massagem *sueca* (massagem ocidental).

A adaptação das práticas de massagens orientais era uma realidade observada nos serviços de saúde. Neste caso, parecia estar mais ligada a uma submissão ao modelo hegemônico, uma vez que, na prática da massagem, os parâmetros do modelo biomédico foram os utilizados. Não se trata de negar uma possível adaptação, mas avaliar de que maneira as adaptações ocidentais desvirtuam-se do real objetivo da massagem descharacterizando-a e distanciando-a de seus fundamentos, o que poderá implicar resultados menos favoráveis. Contudo, promover espaços favoráveis ao uso das práticas alternativas nos serviços de saúde é favorecer a oferta de outras tecnologias de tratamento, bem como, a revalorização do campo simbólico esquecido pela medicina. Para Nascimemento (1998), a tentativa de acomodar as práticas alternativas do modelo biomédico revela uma dificuldade epistemológica deste em se confrontar com outras formas de conhecimento. Como também uma estratégia que visa evitar a concorrência entre sistemas médicos distintos, para preservar a autoridade cultural da medicina convencional e o monopólio médico, submetendo e controlando aquelas práticas que alcançam significativa aceitação social.

Fragmentação X abordagem integral

Não foi visto nos serviços o acompanhamento diagnóstico por meio da medicina tradicional chinesa, avaliando o excesso ou deficiência de Qi. As indagações sobre comportamento e emoções eram restritas. Apenas em dois serviços havia informações nas fichas dos usuários sobre esses aspectos. A *leitura* – termo utilizado por Merhy (1994) quando faz alusão ao diagnóstico – através das tecnologias da medicina oriental era pouca ou não realizada, predominando o diagnóstico do modelo biomédico. Percebemos que esta adaptação foi estimulada pela própria história do programa, ou seja, a tender à demanda de usuários com doenças crônicas. No entanto, esta adequação para

o modelo biomédico se contrapõe ao paradigma vitalista, na medida em que apenas se foca nas doenças. Apesar de os profissionais terem sido capacitados para uma abordagem integral dos indivíduos, a atenção era dada à doença. Neste cenário, o que observamos foram ações conflituosas e distintas entre os profissionais diante das eixas dos usuários:

Essa dor é com o dínico, meu problema com você é só seu punho e sua cervical, que estou vendo que está tudo bem. (profissional 3)

Tudo começou de dentro, tudo começa na emoção, se a gente estivesse bem não levava trombada. (profissional 4)

Assim, de acordo com Queiroz (2003), a fragmentação do indivíduo e o enfoque dado à doença e não ao doente têm sido características presentes da medicina ocidental moderna, e predominam no cotidiano das instituições. É comum nos serviços públicos haver certa pressão para que as práticas alternativas adaptem-se ao modelo biomédico, como acontece com a homeopatia e, segundo Luz (1998), com a acupuntura.

É importante analisar as práticas assistenciais na perspectiva de um outro olhar sobre o processo saúde-doença, buscando construir a integralidade. Compreender o doente parece ser um caminho eficiente para o cuidado, talvez seja isto que muitos usuários estejam buscando nos serviços: um cuidado integrador.

Encaminhamentos, percurso nos serviços

Após terminar o tratamento com algum tipo de massagem ou auriculoterapia, o usuário continuava no programa praticando ginástica, caminhada ou oficina de relaxamento (a oficina era oferecida em apenas uma das unidades). A caminhada e a ginástica deveriam atuar, também, como “porta de entrada” para a massoterapia, como afirma a gerente: *Nós estamos tentando fazer este tipo de integração, o paciente hipertenso é encaminhado para a ginástica... com isso a gente já tem um bom resultado... ter um grupo social... tudo isso faz com que ele volte a se integrar... Aí o profissional vai observar quem é que tem mais dificuldade e vai precisar de um trabalho mais individual.*

O perfil da demanda era influenciado pelo encaminhamento. Em todos os serviços, o maior número de encaminhamentos vinha da própria unidade, tanto por parte dos programas de hipertensão, diabetes e idosos, quanto

pelos seus profissionais. Receber encaminhamento de outros profissionais poderia significar algum avanço quanto à valorização da massagem. No entanto, alguns massoterapeutas começaram a requerer dos usuários que solicitassem o encaminhamento dos médicos, pois, segundo eles, isso dava uma certa segurança. Para os indivíduos com hipertensão ou problemas cardíacos realizarem algumas atividades, principalmente a caminhada e a ginástica, era preciso a autorização médica. Em um dos serviços, o encaminhamento começou a ser obrigatório a partir de setembro de 2003.

Difícilmente ele está aqui só fazendo isso, ele sem pre está na unidade fazendo alguma atividade... até mesmo porque o programa exige... quando não tem nada, ele vem me procurar e é orientado a se inscrever, abrir prontuário para anamnese... quem tem problemas cardíacos solicito uma consulta com o cardiologista. (profissional 1)

Vem daqui mesmo, encaminhada pelo pessoal da fisio e do serviço social e a gente também encaminha e agora o pessoal dos médicos e principalmente uma determinada psiquiatra... e doutor, acho que é fisiatra, homeopata também. (profissional 5)

Dependendo das condições do paciente, se eu vir que um paciente não está melhorando com o tratamento, eu encaminho ele novamente para o dínico que me encaminhou... essa relação deles está melhorando... ele volta ao médico para ter esse acompanhamento em conjunta (profissional 2)

A interação dos profissionais do programa e os outros profissionais de saúde é crucial e relevante. Porém, esta comunicação deve favorecer o intercâmbio de conhecimentos e não o predomínio, dependência ou submissão. Todos os profissionais, notadamente os biomédicos, enfatizavam bastante a necessidade de consultas médicas. As falas que se seguem abordam a pressão que recebiam por parte de outros profissionais, principalmente médicos. Podemos observar que diferem das anteriores, trata-se de um diálogo durante um dos eventos promovidos pelo programa, relevando aspectos não expressados durante as entrevistas. Como afirma Miñayo (1992), não podemos perder de vista o contexto em que a fala é produzida, durante o evento eles se sentiam mais à vontade em falar de suas dificuldades:

Eles parecem que estão dormindo, mas na hora que a gente precisa eles caem em cima. (profissional 1)

Temos muito cuidado, sem pre pedimos para que eles passem no médico... de preferência mé-

dica, mas pode ser da psicologia, enfermagem, fisio... (profissional 3)

Os usuários: quem são e por que utilizam a massagem

Ao analisarmos o número de usuários por unidades, notamos uma distribuição linear. Esta distribuição é porém assimétrica em tre os profissionais. Encontramos prontuários em apenas uma unidade; para as atividades do programa era utilizada uma ficha específica que continha alguns dados dos usuários. Assim, para esse estudo foram analisadas todas as fichas disponíveis do período pesquisado sendo: 277 fichas das quais 75 pertenciam à policlínica; 122, fichas ao hospital; e 80 fichas correspondentes aos dados dos dois profissionais pesquisados em um posto de assistência médica.

Classe social e grau de instrução

Nas fichas não constava renda e/ou grau de instrução, apenas profissão atual. Então, analisamos os dados de profissão e verificamos que grande parte dos usuários era aposentada (40%). Entre aqueles que trabalhavam, a maioria desempenhava funções de nível médio, não sendo possível afirmar sua formação superior. Diante de tal empecilho, buscamos estes dados com os profissionais, segundo os quais poucos dos usuários tinham grau de instrução superior. Entre estes se destacavam os profissionais que trabalhavam nas unidades e eram atendidos pelo programa.

A maioria dos usuários vinha de áreas pobres e queixava-se bastante da violência. Era comum falarem das dificuldades onde moravam, da pressão que sofriam pelo tráfico de drogas, do medo em que viviam, da perda dos filhos, entre outros. Como elucidada Valla (2001), nas grandes cidades as classes populares tendem a sofrer um processo de estresse mais intenso. Mas havia um público com melhores condições econômicas que procurava o atendimento afirmando que os planos de saúde não ofereciam este tipo de terapia. Este fato tornava a demanda mista em relação à classe social e econômica, como revelam as falas dos profissionais:

Quando vi, ela chegou em um carro importado. (profissional 5)

No fim do mês é pior, pois eles não têm dinheiro para pegar o ônibus. (profissional 3)

Descobri que duas pacientes têm planos de saúde bons e vêm se tratar aqui. Eu perguntei, mas aí você tem plano... é mais lá não sou tratada como sou aqui, não tem a mesma coisa que tem aqui. (profissional 2)

Gênero e idade dos usuários

Cotidianamente, as mulheres buscam mais os serviços de saúde que os homens, seja por fatores biológicos, por fatores culturais ou pela organização dos serviços. Na busca pelas práticas alternativas não foi diferente; em todas as unidades de saúde o sexo feminino predominava, correspondendo a (87 %) do total.

Encontramos um maior número de usuários a partir de 51 anos, o que pode ser explicado pelo fato de o objetivo inicial do programa ser voltado para doenças crônicas. O aumento da procura de práticas alternativas por pessoas de outras faixas etárias talvez esteja revelando que existe outra parcela da população que deseja ser atendida. Porém, a maneira como tem sido ofertado, pode ter provocado a supressão de outras faixas etárias. É importante que seja considerada essa relação tanto na análise da faixa etária quanto na dos motivos de procura, que podem ser verificados na tabela 1.

Motivos e indicações

Para visualizarmos os motivos/indicações que levaram estas pessoas a buscarem a massagem agregamos os motivos à medida que eles apareciam nas fichas cadastrais. Assim, foram estabelecidos quatro grupos, denominados pelas queixas escritas nas fichas e separados pela frequência e aproximação de sintomas: 1) dores – artralgias, artrite, artrose, dores musculoesqueléticas; 2) doenças crônico-degenerativas, especificamente hipertensão e diabetes; 3) sistema nervoso alterado – estresse, ansiedade, nervosismo, medo, depressão; 4) e outros motivos – apareceram com menor frequência, sendo um ou dois casos nas unidades, como gastrite, obesidade, varizes. Os motivos e as indicações podem ser visualizados na tabela 2.

O mesmo usuário poderia apresentar mais de um motivo ou indicação. Entretanto, é expressivo o aparecimento de motivos relacionados ao sistema nervoso e às queixas de dor. Talvez este fato revele que as causas que motivaram a procura de alternativa foram aquelas que não puderam ser resolvidas pelo modelo biomédico, não restando outra opção, a não ser en-

Tabela 1

Distribuição percentual dos usuários por faixa etária por profissionais e unidades que oferecem a prática de massagem na AP 3.1 do Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.

| Idade em anos | Profissional 1 | | Profissional 3 | | Profissional 4 | | Profissional 5 | | Total | |
|---------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|------------|------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 11 a 30 | 01 | 2 | 03 | 3 | 02 | 5 | 02 | 5 | 08 | 3 |
| 31 a 50 | 11 | 14 | 35 | 29 | 08 | 20 | 15 | 37 | 69 | 25 |
| 51 a 70 | 51 | 68 | 58 | 47 | 21 | 54 | 16 | 39 | 146 | 52 |
| 71 e mais | 12 | 16 | 26 | 21 | 08 | 21 | 08 | 19 | 54 | 20 |
| Total | 75 | 100 | 122 | 100 | 39 | 100 | 41 | 100 | 277 | 100 |

Tabela 2

Frequência dos motivos e indicações para massagem dos usuários com menos de 50 anos e mais de 50 anos, por profissionais e unidades que oferecem a prática de massagem na AP 3.1 do Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.

| Grupo | Profissional 1 | | Profissional 3 | | Profissional 4 | | Profissional 5 | | Total |
|--------------------------------|----------------|----------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|------------|
| | PJPF | | HPW | | PCP | | PCP | | |
| | 50 anos | <50 anos | 50 anos | < 50 anos | 50 anos | < 50 anos | 50 anos | < 50 anos | |
| Dores | 6 | 35 | 51 | 20 | 21 | 5 | 15 | 3 | 156 |
| Doenças crônicas degenerativas | 2 | 46 | 47 | 8 | 19 | 6 | 7 | 6 | 141 |
| Sistema nervoso | 4 | 19 | 32 | 19 | 26 | 1 | 7 | 3 | 111 |
| Outros motivos | 4 | 12 | 13 | 2 | 3 | 0 | 4 | 3 | 41 |

caminhar o usuário para a massagem, conforme referem os massoterapeutas.

Ela não tinha o que fazer, e estava buscando um recurso para melhorar a dor do paciente. Então, ela apoitou muito no meu trabalho. (profissional 3)

Ela queria fazer um trabalho comigo... a gente ia sentar para conversar, mas era algo com respeito a zumbidos que os pacientes têm que ela não sabe bem a causa. (profissional 5)

As indicações são para diminuir o estresse muscular, é estresse mesmo do dia-a-dia, dá uma relaxada, pessoas de muita idade que têm dores na coluna, problema circulatório. Aí a gente faz uma massagem para dar um alívio. (profissional 4)

Valla (1999) chama a atenção para o fato de a população estar manifestando seu adoecimento através do "sofrimento difuso" expressado por ansiedade, depressão, nervosismo. Segundo Pinheiro & Luz (2003), nas instituições de saúde, a oferta e a demanda têm sido ao longo dos anos organizada por uma lógica biomédica em que a ênfase é dada à doença e muitas vezes o tratamento descaracteriza e desperso-

naliza o indivíduo. Por isso, é possível que as práticas alternativas venham a contribuir com resultados mais satisfatórios.

Para que isso aconteça, porém, é necessário permitir seu verdadeiro uso. São poucos os estudos que demonstram os benefícios para os usuários que utilizam outras terapias e que são atendidos nos serviços por meio de outras racionalidades médicas. É preciso que os resultados das pesquisas que procuram evidências de eficácia considerem também de que maneira as práticas alternativas estão sendo empregadas e que métodos de avaliação estão sendo utilizados. Vale lembrar que os métodos científicos utilizados atualmente foram criados para avaliar e verificar os efeitos da biomedicina e que estes, muitas vezes, ao serem utilizados para práticas fundamentadas em outro paradigma, não são capazes de apreender todos os aspectos simbólicos envolvidos na busca pela cura. Os estudos, nesse caso, deveriam levar em conta outro tipo de eficácia além da redução de custos para os serviços, avaliar se a assistência está respondendo às expectativas do indivíduo doente.

Significados para o usuário

Nosso objetivo era apenas apontar o perfil dos usuários por meio dos prontuários. Todavia, nas visitas às unidades durante os atendimentos, os usuários demonstravam ansiedade quanto à nossa presença e tentavam expressar a importância das atividades para eles. Isto revela também que por mais sutil que seja o pesquisador ele interfere no seu objeto.

Os usuários pareciam acreditar que de algum modo pudessem contribuir com o programa e se mostraram colaborativos. Apontavam aspectos positivos do tratamento e do profissional que os atendia, contavam seu percurso até encontrar o tratamento e de como este havia sido importante para sua saúde. Tentavam demonstrar que estavam satisfeitos com as atividades e como haviam influenciado suas vidas. Deste modo, optamos por elucidar falas que representam a maioria das expressões que anotamos no diário de campo ou gravamos durante a observação participante. Para aprofundarmos e analisarmos a percepção dos usuários, sabíamos que deveríamos dispor de mais dados, porém a coleta não foi possível em virtude dos limites necessários que conferimos a este estudo. Nesse sentido, as falas apresentadas constituem uma aproximação dos “significados” da massagem para os usuários:

Faz tão bem que se eu pudesse não sairia mais daqui; passava a vida toda. (usuária 1)

Ele curou minha mulher, é um Deus para ela. (usuário 2)

Quando sinto alguma coisa venho aqui... não posso dizer que ela resolve tudo, mas é milagrosa... ela me ensinou uma coisinha daqui, outra dali e olha meu pé, está até mexendo. (usuária 4)

Para os usuários, a cura nem sempre estava relacionada ao aniquilamento de alguma nosologia específica. Ela era expressa como os benefícios que estavam sendo alcançados durante o tratamento. As atividades significavam também interagir com outras pessoas, ser tocado por alguém. As pequenas conquistas, como conseguir deitar na maca sem ajuda, levantar um braço, melhorar de alguma dor, fazer caminhada, eram consideradas cura. Eles continuavam buscando o tratamento para se manterem saudáveis.

No paradigma vitalista, saúde necessariamente não se contrapõe à ausência de alguma doença. O equilíbrio do *QI* no indivíduo, segundo Queiroz (2000; 2003), é a harmonia nas relações sociais e com o meio ambiente que re-

presenta estar saudável. Assim, um tratamento alternativo requer dos indivíduos uma mudança na concepção de saúde e doença, uma alteração no sentido da própria vida, envolvendo sua dimensão emocional e seus valores mais íntimos. Nesse sentido, a cura pressupõe valores culturais, políticos e sociais, e seu sentido pode ser modificado dependendo de onde se está inserido.

Percebemos que o significado de cura manifestado pelos usuários parecia estar mais próximo dos fundamentos do paradigma vitalista. A maioria dos usuários continuava doente para a racionalidade biomédica. Eram hipertensos e diabéticos, porém afirmavam estar saudáveis e elucidavam que, depois do tratamento no programa, sua relação com as pessoas havia mudado.

Os profissionais: quem são e o que pensam sobre a massagem

Vínculo e formação do massoterapeuta

Todos os profissionais pesquisados eram efetivos da Secretaria Municipal de Saúde. Quatro deles eram concursados como massoterapeutas e um era auxiliar de enfermagem que atuava como auxiliar da fisioterapia, sendo desviado desta função para se tornar massoterapeuta. Dos entrevistados, um era formado em fisioterapia, três estavam em formação na mesma área, e outro era auxiliar de enfermagem. Três eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A média de tempo como massoterapeuta nas unidades de saúde era de dois anos. Três deles realizavam massagem há mais de cinco anos. Os profissionais entrevistados haviam participado dos cursos de massagem oferecidos pela gerente do programa. Quatro deles tinham realizado curso técnico em massagem em institutos e escolas. Apenas um dos profissionais, o que não tinha curso técnico em massagem, já havia aplicado técnicas de medicina alternativa antes de entrar no programa.

Conhecimentos empregados

Quanto aos fundamentos das práticas, existia uma combinação entre modelo biomédico e conhecimentos de outras racionalidades. Aqueles profissionais que já tinham nível superior na área de saúde ou estavam se graduando, empregavam com maior frequência os pressupos-

tos biomédicos. Apenas dois falaram sobre o QI ou energia, quando perguntamos quais os conhecimentos que utilizavam para a prática da massagem.

A gente vai conhecendo as técnicas novas, acaba fazendo uma misturinha ... a gente está fazendo uma reflexologia, a pessoa se queixa de câibra, e você vai lá no pontinho F3, vai ajudar na circulação da perna, isso é automático não dá para fazer separado, a gente tem que misturar. (profissional 4)

É da medicina tradicional chinesa, dos cinco elementos, é yin, yang e dos canais energéticos. (profissional 3)

Conhecimentos de anatomia, é isso que você quer saber?... Tem que saber a direção das fibras e da circulação e também dos pontos ali da carta de reflexologia, os mapas de auriculoterapia. (profissional 5)

Durante o atendimento e as entrevistas, como revela a primeira fala, os conhecimentos se entrelaçavam. Às vezes o profissional que dizia não utilizar os conhecimentos da medicina chinesa fazia orientações que diziam respeito à mesma. Os conhecimentos utilizados pareciam estar mais ligados à operacionalização das práticas de massagem que aos significados ou ao paradigma que as fundamentava. A fala abaixo, decorrente de um momento da observação participante, revela essa dialética:

É uma lavagem cerebral a história da Medicina Tradicional Chinesa, porque é totalmente diferente dessa aqui; mas se a pessoa quiser chegar a isso. (profissional 5)

In teração com o usuário

Pa rece que as práticas de medicina alternativa promovem uma satisfação e bem-estar nos usuários dificultando o distanciamento e a alta. Em estudo realizado por Luz (1999), os profissionais que aplicavam acupuntura abordavam este aspecto. Isto também ocorria com a massagem:

O toque da massagem faz com que a pessoa fique muito dependente. Essa semana uma senhora falou assim: a senhora não vai fazer aquela massagem nos pés? É tão boa. (profissional 3)

Dentro do tratamento, a ginástica e a caminhada são livres, mas a reflexo, a massagem e a aurículo são dez sessões. O difícil é dar alta ao paciente que quer sem pre continuar. (profissional 1)

A ginástica e a caminhada eram utilizadas como uma maneira de o usuário satisfazer a

necessidade de continuar sendo tratado. Alguns grupos de ginástica e caminhada se consolidavam, levando alguns profissionais a realizar outras atividades como aniversários e datas comemorativas.

Durante o atendimento, havia alguns usuários que o massoterapeuta escutava mais, estimulava para que eles falassem sobre seus problemas e buscassem soluções. Eles revelavam que sabiam que algumas pessoas só desejavam ser ouvidas. A disponibilidade dos profissionais para tentar resolver os problemas dos usuários revelava a possibilidade de melhorar a qualidade das ações desenvolvidas nos serviços de saúde. Mesmo que não pudessem realizar o tratamento, eles sempre prestavam alguma assistência, fazendo auriculoterapia ou ouvindo as queixas. Existia uma interação no encontro do profissional com os usuários que se transformava a cada instante. Merhy (1994) discute a necessidade do desenvolvimento da *tecnologia leve* nos serviços de saúde e o fortalecimento do *trabalho vivo* em saúde. O autor defende a construção de um vínculo entre usuário e profissional que garanta o acesso às ações de saúde e que permita a oferta de múltiplas opções tecnológicas para enfrentamento dos diferentes problemas. Entre as ofertas tecnológicas a *tecnologia leve* (a maneira de lidar com o usuário) seria aquela de grande valia para a recuperação do usuário. De acordo com Lacerda e Valla (2003), a relação entre o profissional de saúde e o usuário vem sendo apontada como um dos grandes pilares na eficácia do tratamento. Deve ser construída uma relação que possibilite a apreensão das narrativas dos usuários, repletas de sentidos e significados.

Buscando compreender as queixas dos usuários

A reduzida padronização, normatização das ações por parte da gerência do programa, possibilitava maior liberdade de atuação permitindo que alguns profissionais individualizassem sua prática utilizando mais de um tipo de tratamento. Apesar de não usarem explicitamente o diagnóstico da MTC ou da reflexologia para escolha da terapia, eles se mostravam sensíveis a ouvir as diversas queixas dos usuários. Buscavam entender outros significados para a doença a partir dessa queixa. Este fato pode ser exemplificado por meio de dois profissionais quando faziam a reflexoterapia e a auriculoterapia:

Vi o nível de estresse dela com o sumiço do filho, com o esposo acamado; então, resolvi fazer a auricular também. (profissional 2)

Você viu que ela referenciou a massagem enquanto fazia a auricular e fui fazer porque se não ela piorava. Ela estava acostumada ao toque e agora não tem mais. Quando alguém refere a dor vou logo tocando. Você tem que ficar atento para todas as queixas... Não é assim que a cabeça funciona; se a gente não cuida piora. (profissional 4)

Apesar das dificuldades observadas em se adotar a prática da massagem usando as teorias do paradigma vitalista, os profissionais demonstraram pela escuta que o primeiro passo já tinha sido dado, já haviam começado a construir um espaço para que essas teorias pudessem ser desenvolvidas. A individualização do tratamento permitia que o usuário pudesse ser atendido dentro de sua verdadeira necessidade. Assim, corroboramos com o estudo de caso realizado por Silva Jr. *et al.* (2003), o qual demonstra como é possível construir novos arranjos no cotidiano dos serviços de saúde a partir de um projeto terapêutico individualizado.

Considerações finais

São muitos os fatores que contribuem para o descompasso entre os fundamentos teóricos e a concretização das ações. No que se refere à massagem, mesmo sendo implantada pelo Programa de Medicina Alternativa, fundamentado em um paradigma vitalista, ao interagir com a dinâmica dos serviços sua ação convergia para outras teorias. As categorias de análise teóricas e empíricas revelaram vários momentos de conflito entre teoria e prática.

Embora este estudo tenha revelado a predominância do paradigma biomédico na prática da massagem nos serviços de saúde, os resultados apontaram que a sua demanda tem aumentado não só para o tratamento de doenças, foco inicial do programa.

Revela também que os benefícios relatados pelos usuários são expressivos. Sinaliza o potencial que o programa de medicina alternativa tem para a promoção de espaços favoráveis ao uso de outras racionalidades. Acreditamos que a expansão dessas práticas se constitui num processo a ser construído e avaliado, revendo os objetivos para que realmente se torne uma alternativa de atendimento e melhoria da assistência no SUS.

O crescimento da Medicina Alternativa, mesmo sendo uma realidade cada vez mais presente nos serviços de saúde, apresenta grandes desafios para sua institucionalização tais como: redução do número de recursos humanos capacitados; insuficiente financiamento para a maioria das práticas; e poucos espaços institucionais para seu desenvolvimento nos serviços. Por outro lado, a incorporação do paradigma vitalista provoca a discussão dos limites e das insuficiências estruturais do paradigma científico moderno, o que leva à constituição de mais um desafio na sua incorporação.

Hoje, não basta os governos instituírem nos sistemas oficiais a medicina alternativa ou mesmo a promulgação legal para garantir a sua oferta com qualidade. Foi o que constatamos no nosso estudo e que tem confirmação no estudo de Nigenda *et al.* (2001), os quais relatam sobre a prática e a regulação da medicina tradicional em nove países da América Latina e Caribe. Faz-se necessário promovermos espaços de discussão tanto no âmbito acadêmico quanto nos serviços, considerando as dificuldades para o uso de um “novo” paradigma no cuidar.

No entanto, não podemos ser simplistas a ponto de reduzir as dificuldades encontradas em implantar uma prática “nova” por ela estar fundamentada em teorias distintas do modelo predominante. Devemos considerar também que normalmente os indivíduos apresentam resistência em relação ao “novo”; isto pode ser visto também quando são utilizadas novas descobertas no campo do modelobiomédico.

Para se construir um sistema em que haja maior participação do usuário é importante compreender que é necessário estimular o indivíduo a participar e entender a sua doença, a gestão de si mesmo. É preciso também ampliar o processo de compreensão do indivíduo, da doença, da saúde, da vida e analisar as práticas assistenciais na perspectiva de um outro olhar sobre o processo saúde-doença, para, desta maneira, desenvolver uma abordagem integral nas ações de saúde.

Buscar outra compreensão do processo de adoecimento constitui um desafio a ser superado no dia-a-dia das instituições de saúde. Principalmente por aqueles que dão vida ao sistema: os profissionais de saúde. É a partir destes que se poderá conformar outra maneira de cuidar. O desenvolvimento das práticas alternativas requer que, nestes espaços favoráveis, estejam presentes as mudanças no modo de agir dos profissionais, por demandar uma grande

transformação na concepção de saúde e doença e, conseqüentemente, na maneira de cuidar/curar o doente.

O processo de implantação do Programa de Medicina Alternativa e, especificamente, da massagem demonstrou que existem muitos profissionais que buscam melhorar a assistência e empregam todos os seus esforços. Observamos que apesar de estarem empregando no fazer cotidiano uma prática distinta daquela que era apreendida pelo programa, os massoterapeutas mostraram-se sensíveis às queixas dos usuários. Nesse sentido, é possível que a dificuldade em lidar com os sintomas subjetivos possa ser superada por esses profissionais.

Diante das dificuldades encontradas no programa, fazemos algumas sugestões: capacitação teórica e prática dos massoterapeutas; reformulação das fichas cadastrais e dos relatórios mensais; mudança na informação da massagem como atividade de grupo; e encaminhamento mais flexível para maior acessibilidade.

Ao mesmo tempo em que existe a carência de estudos científicos que analisem as práticas alternativas, este fato parece ser utilizado como justificativa para que as mesmas não sejam incorporadas aos serviços de saúde. Contudo, ao se buscar a legitimação da medicina alternativa por meio de pesquisas, devemos considerar as especificidades do paradigma vitalista em suas dimensões e dificuldades para o desenvolvimento de suas práticas.

Colaboradores

IMC Sousa planejou e redigiu o artigo, realizou a discussão, o aprimoramento e a revisão final do texto. ALS Vieira planejou e redigiu o artigo, realizou a discussão e o aprimoramento do texto.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro pelo apoio financeiro; ao Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas da UERJ pelo acervo teórico e ao Programa de Medicina Alternativa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro pelo acolhimento.

Referências bibliográficas

- Bontempo M 1994. *Medicina Chinesa. Guia Prático de Medicina Natural*. Nova Cultural, São Paulo.
- Capra F 1998. *O ponto de mutação*. Editora Cultrix, São Paulo.
- Freire M 1993. Conhece-te a ti mesmo: uma proposta de educação popular para a saúde. *Saúde em Debate* 41: 4-9.
- Freire M 1996. *Automassagem e medicina chinesa*. Independente, Brasília.
- Godoy AN 1988. *O toque como parte da ação do processo de relacionamento enfermeiro-paciente*. Tese de livre-docência. Faculdade de Enfermagem-Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Jacques LM 1999. *Massoterapia*. Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro.
- Lacerda A & Valla VV 2003. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde, pp. 169-196. In R Pinheiro & RA Mattos (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Abrasco, Rio de Janeiro.
- Loyola MA 1987. Uma medicina de classe média: idéias preliminares sobre a clientela da homeopatia. *Cadernos do IMS* 1:45-72.
- Loyola MA 1991. Medicina tradicional e medicinas alternativas, pp. 125-133. In DBuchillet (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. MPEG, CNPq, SCT, Cejup, UEP, Belém.
- Luz D 1993. *Racionalidades médicas: medicina tradicional chinesa*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social (Série Estudos em Saúde Coletiva, 72).
- Luz MT 1996. *Estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social (Série Estudos em Saúde Coletiva, 140).
- Luz MT 1999. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*
- Maki R 2003. *A implantação de massagem*. Entrevista. (Mimeo)
- Merhy EE 1994. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida, pp. 117-160. In LCO Cecilio (org.). *Inventando a mudança na saúde*. Hucitec, São Paulo.
- Minayo MCS 1992. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Nascimento MC 1998. De panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa. *História, Ciências e Saúde* 1:99-113.
- Nigenda G, Mora-Flores GM, Aladma-López S & Orozco-Nunez E 2001. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema en la regulación y tolerancia. *Salud Pública de México* 43(1):41-51
- Pinheiro R & Luz MT 2003. Práticas eficazes x modelos ideias: ação e pensamento na construção da integralidade, pp. 7-34. In R Pinheiro & RA Mattos (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Abrasco, Rio de Janeiro.
- Queiroz MS 2000. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 16: 363-375.
- Queiroz MS 2003. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Edusc, Bauru.
- Silva Jr AG, Merhy EE & Carvalho LC 2003. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde, pp. 113-128. In R Pinheiro & RA Mattos (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Abrasco, Rio de Janeiro.
- Svoboda R & Lade A 2000. *Tao e Dharma: medicina chinesa e ayurveda*. (Trad. Eduardo P. Ferreira). Editora Pensamento, São Paulo.
- Valla VV 1999. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública* 15:7-14.
- Valla VV 2001. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa, pp. 39-62. In EM Vasconcelos (org.). *A saúde nas palavrões e nos gestos*. Hucitec, São Paulo.

Artigo apresentado em 6/01/2005

Aprovado em 11/04/2005

Versão final apresentada em 2/06/2005