



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

ALYNNE MENDONÇA SARAIVA

**HISTÓRIAS DE MULHERES CUIDADAS POR PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES:
UM ESTUDO ETNOGRÁFICO**

JOÃO PESSOA

2015

ALYNNE MENDONÇA SARAIVA

**HISTÓRIAS DE MULHERES CUIDADAS POR PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem E Saúde.

Projeto de Pesquisa vinculado: Práticas de cuidar na rede formal e informal de saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha

JOÃO PESSOA

2015

ALYNNE MENDONÇA SARAIVA

Histórias de mulheres cuidadas por práticas integrativas e complementares: Um estudo etnográfico

Tese apresentada ao Programa de PósGraduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em ____/____/2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha
Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGEnf

Profa. Dra. Maria Djair Dias
Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGEnf

Profa. Dra. Sandra Aparecida de Almeida
Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGEnf

Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Profa. Dra. Berta Lucia Pinheiro Kluppel
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof. Dr. Thúlio Antunes Arruda
Universidade Estadual da Paraíba-UEPB

Prof. Dra. Lenilde Duarte de Sá
Universidade Federal da Paraíba- UFPB/PPGEnf

DEDICATÓRIA

*À luz divina que invade minha alma,
clareia meus caminhos e aquece meu coração!*

*À minha Senhora, face feminina do sagrado,
a quem consagro meus dias e é minha fonte de amparo, fortaleza e amor!*

*Àquelas que vieram antes de mim,
em especial, minha avó Salomé e minha mãe Quinha,
mulheres nordestinas, sertanejas, guerreiras e amorosas,
que se doaram e deixaram em mim marcas de coragem e ternura!*

GRATIDÃO

*"Enfeite a árvore de sua vida com guirlandas de gratidão!
Coloque no coração laços de cetim rosa, amarelo, azul, carmim.
Decore seu olhar com luzes brilhantes estendendo as cores em seu semblante.
Em sua lista de presentes em cada caixinha embrulhe
um pedacinho de amor, carinho, ternura, reconciliação, perdão!
Tem presente de montão no estoque do nosso coração e não custa um tostão! [...]"*
(Cora Coralina)

Aos meus irmãos queridos, **Renata** e **Carlos César** (para sempre em meu coração)...

"Se eu pudesse escolher outra forma de ser, eu seria você..."

Ao meu pai **César** que diante de suas fragilidades e ausências, me ensinou a perdoar, ter compaixão e saber que é *"preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã..."*

Ao meu amado esposo **Toshiyuki**, pela admirável pessoa que é! Por toda parceria, companheirismo, compreensão, ajuda, cuidado, carinho e pelo *"relicário imenso desse nosso amor!"*

Aos meus amigos-irmãos de ontem, hoje e sempre: **Benjamim, Érika, Egberto, Priscila, Gigliola, Ana Luiza**; e aqueles amigos que tive a sorte de encontrar no caminho e seguiram junto a mim: **Mari, Jefinho, Lana, Rafinha, Camila, Elis, Samilla e Flavinha** *"Amigo é coisa pra se guardar, do lado esquerdo do peito, dentro do coração!"*

Aos educadores e professores com quem tive a oportunidade de aprender, compartilhar e crescer. *"Os educadores, antes de serem especialistas em ferramentas do saber, deveriam ser especialistas em amor: intérpretes de sonhos!"* (Rubem Alves)

A minha querida amiga e admirável Prof. Dra. **Fátima Silveira**, pelos ensinamentos, pelo amparo, pelo cuidado e por ser uma das pessoas em quem me inspirei para seguir o caminho da docência.

A minha orientadora Profa. Dra. **Maria Filha**, pela generosidade em ter me recebido como orientanda diante de tantas pessoas competentes. Obrigada por me instigar a buscar um novo olhar para a saúde mental.

Ao estimado Prof. Dr. **Thúlio Antunes** por me apresentar o maravilhoso mundo das plantas medicinais, fitoterapia e outras mezinhas. Obrigada por fazer parte da minha história acadêmica.

A Prof. Dra. **Berta Kluppel** pelo respeito e disponibilidade em me receber de braços abertos, indicar novos caminhos e me ajudar a concluir essa etapa.

A Prof. Dra. **Sandra Almeida**, pela oportunidade de conhecê-la e permitir que eu pudesse dividir esse momento singular em minha vida. Obrigada por todas demonstrações de gentileza e carinho comigo.

A Prof. Dra. **Djair Dias** por me apresentar o universo apaixonante da História Oral e assim perceber que antes de contar é essencial saber ouvir.

Acredito que “*Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, mas não vai só nem nos deixa sós. Leva um pouco de nós mesmos e deixa um pouco de si mesmo*” (Antonie de Saint-Exupéry). Então, meu obrigada aqueles que deixaram um pouco si...

Meus sogros **Toshiyuki** e **Íris**, pelo abraço sincero, pela acolhida, por toda torcida diante de cada etapa e pela ajuda cotidiana!

A minha “guru”, **Kátia**, terapeuta querida que iluminou os caminhos para que eu pudesse retornar em minha história.

As colegas do Grupo de Estudo em Saúde Mental Comunitária por todas as vivências, conversas, desabafos e alegrias: **Vagna, Lawrencita, Camila Sena, Sidney e Lorena**.

Minha turma de doutorado, pelos maravilhosos momentos que vivenciamos. Pelas nossas agradáveis tardes à sombra da árvore, saboreando café e conversas filosóficas sobre o cuidar. Levarei todas em minha memória!

Aos professores e funcionários do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPB por todos encontros e colaborações nesses anos de estudo. Em particular as professoras **Adelaide, Greicy, Miriam, Neusa, Lenilde e Jordana** e a tão competente técnica administrativa **Nathali**, essa menina mulher de caráter íntegro e jeito doce que distribui sensatez, prontidão, compromisso e leveza no PPGEnf.

A **Felipe** e Sr. **Antônio** por toda paciência e responsabilidade diante das minhas demandas de trabalho e por toda gentileza em me atender.

A Universidade Federal de Campina Grande pelas oportunidade concedidas e garantidas e aos meus colegas e profissionais do Centro de Educação e Saúde, por compartilharem comigo durante esses quatro anos, momentos alegres e tristes, mas de grande aprendizado e crescimento. Em especial a **Waleska, Luciana, Glenda, Franci, Alana, Jocelly, Lilia, Ramilton, Maria, Flávio, Vital e Jardel**.

Os discentes que puderam vivenciar comigo etapas dessa construção de conhecimento, que partilharam saberes e me ajudaram a crescer como pessoa e profissional, que me fazem ter a certeza, a cada dia, da profissão que abracei!

Os profissionais que tive a satisfação de conhecer no Centro de Práticas Integrativas e Complementares “Equilíbrio do Ser”, que me proporcionaram momentos de muita luz e sabedoria...Sou muito grata principalmente a **Geórgia, Lutércia, Sinfrônio, Chico, Fábio, Silvinha, Malu, Patrícia, Clarisse, Betânia, Mila e Eduardo**.

As **Marias** que encontrei, que conheci, que admirei, que ouvi, que partilhei e abracei. À essas mulheres feitas de dor e de amor, que me ensinaram muito mais do que eu podia imaginar, que revelaram suas histórias e que demonstraram que apesar de tudo “... *nós podemos tudo, nós podemos mais, então, vamos lá fazer o que será!*”

*“[...]Todo mundo ama um dia todo mundo chora,
Um dia a gente chega, no outro vai embora
Cada um de nós compõe a sua história
E cada ser em si carrega o dom de ser capaz
de ser feliz.”*

(Trecho da Canção: Tocando em Frente/
Composição: Almir Sater e Renato Teixeira)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Setores de Cuidado	30
FIGURA 2: Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	53
FIGURA 3: Hall de entrada do CPICS	54
FIGURA 4: Espaços para as práticas coletivas e individuais do CPICS	55
FIGURA 5: Horta Mandala, Jardim Amanhecer do CPICS	56
FIGURA 6: Diagrama representativo do itinerário das mulheres rumo às PICs	139

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CAM: *Complementary and Alternative Medicine*
CCS: Centro de Ciências da Saúde
CEP: Comitê de Ética e Pesquisa
CIPLAN: Comissão Interministerial de Planejamento
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN: Conselho Federal de Enfermagem
CPICS: Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
EUA: Estados Unidos da América
FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz
FURNE: Fundação Universidade Regional do Nordeste
GIPLAM: Grupo Integrado de Plantas Medicinais
GMAP: Grupo de Medicina Alternativa da Paraíba
INAMPS: Instituto nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LAPACIS: Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde
MAC: Medicina Alternativa e Complementar
MS: Ministério da Saúde
MT: Medicina Tradicional
NEPHF: Núcleo de Estudos e Pesquisas Homeopáticas e Fitoterápicas
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONG: Organização não Governamental
PET: Programa de Educação Tutorial
PICs: Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE: Universidade Estadual do Ceará
UFMG: Universidade Federal de Campina Grande
UEPB: Universidade Estadual da Paraíba
UERJ: Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF: Universidade Federal Fluminense
UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP: Universidade de Campinas
USF: Unidade de Saúde da Família

SARAIVA, Alynne Mendonça. **Histórias de mulheres cuidadas por práticas integrativas e complementares: Um estudo etnográfico**. 2015. 180f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

RESUMO

As transformações socioeconômicas e culturais da sociedade engendraram, nas últimas décadas, uma cultura de individualismo e exclusão. Essas mudanças atingem, principalmente, as mulheres ao lhes provocarem desamparo, baixa autoestima e solidão. Tais sentimentos são revelados, muitas vezes, sob a forma de dor ou doença. Como consequência dessas agressões sociais, as mulheres vêm buscando recursos terapêuticos que possam dar uma resposta as suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais. As práticas integrativas e complementares trazem essa proposta de cuidado integral e vêm sendo cada vez mais procuradas pelo público feminino. Nesse sentido, esse trabalho teve como objetivo principal: analisar as histórias de mulheres que buscaram práticas integrativas e complementares, ressaltando os aspectos que foram significativos para a compreensão e participação delas no processo de cuidado. O estudo obedeceu os preceitos da Resolução 466/12, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAA:39806114.0.0000.5188. Esta pesquisa foi conduzida segundo um referencial antropológico e de acordo com o método etnográfico. Para a produção de material empírico, utilizou-se a técnica da História Oral temática com 8 mulheres, usuárias do Centro de Práticas Integrativas e Complementares, no município de João Pessoa/PB. A análise e a interpretação do material foram feitas com base nas unidades de significado (temas) mais evidentes e constantes nas narrativas e no tom vital de cada história. Assim, foram elaboradas as seguintes categorias: a) *Fontes e manifestações do sofrimento feminino*, b) *Itinerários terapêuticos e rituais de cuidado das mulheres* e c) *A reconstrução da identidade e produção de alteridade: caminhos para o protagonismo feminino*. Nas histórias relatadas, observou-se que as mulheres buscaram cuidados pois referiam tristeza, baixa autoestima, solidão, cansaço, dor, desamparo, ansiedade e insegurança. Essas queixas estavam associadas aos sofrimentos vivenciados relativamente às perdas afetivas, sobrecarga de cuidados, migração, interrupção de projetos de vida, sobrecarga laboral e conflitos familiares. Os caminhos traçados na procura de cuidados foram influenciados, principalmente, pelo contexto sociocultural de cada colaboradora, de modo que muitas delas recorreram, primeiramente, aos serviços biomédicos. Embora nem todas as colaboradoras tivessem passado por esses serviços antes de recorrerem às práticas integrativas e complementares, elas evidenciaram divergências entre a abordagem da medicina alopática e as PICs, principalmente no que se refere à terapêutica empregada, à relação profissional-usuária e à crença na eficácia terapêutica. O cuidado por meio das práticas integrativas e complementares propiciaram, a essas mulheres, uma maior autonomia; favoreceram a construção de vínculos; o resgate da autoestima; promoveram o emponderamento e as levaram a ressignificarem suas vidas e suas histórias.

Palavras-chave: Terapias Complementares. Saúde da Mulher. Antropologia.

SARAIVA, Alynne Mendonça. **Stories of women cared by integrative and complementary practices: An ethnographic study.** 2015. 180 sheets. Thesis (Doctorate in Nursing) - Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2015.

ABSTRACT

Socioeconomic and cultural changes of society engineered in recent decades a culture of individualism and exclusion. These changes mainly affect women, causing them to helplessness, low self-esteem and loneliness. Such feelings are often embodied in the form of pain or disease. As a consequence of these social aggressions, women come seeking therapeutic resources that can respond to their physical, psychological and spiritual needs. Integrative and complementary practices bring this proposal for integral care and are being increasingly sought after by women. In this sense, the aim in this work was: analyzing stories of women who sought integrative and complementary practices. The study followed the precepts of Resolution 466/12, being approved by the Research Ethics Committee under CAAE: 39806114.0.0000.5188. This research was conducted according to a benchmark according to the anthropological and ethnographic method. For collection and production of the empirical material, there was used the technique of Oral History of life with 8 women users of the Center for Integrative and Complementary Practices, in the municipality of João Pessoa/PB. The analysis and interpretation of the material were made on the basis of units of meaning (themes) more evident and constants in the narratives and the vital tone of each story. Thus, the following categories have been developed: a) sources and manifestations of female suffering, b) therapeutic itineraries and rituals of care for women and c) reconstruction of identity and otherness: paths for the female protagonism. In the stories reported, it was observed that women have sought care, because they reported sadness, low self-esteem, loneliness, fatigue, pain, helplessness, anxiety and insecurity. These complaints were associated with the sufferings experienced in respect of affective loss, workload of care, migration, interruption of life projects, and family disputes. The paths in search for care were influenced mainly by the socio-cultural context of each contributor, so that many of them resorted primarily to biomedical services. While not all employees had been through these services before resorting to integrative and complementary practices, they showed differences between the approach of allopathic medicine and the PICs, especially with regard to the applied therapy, to the professional-user relationship and the belief in the therapeutic efficacy. Care through integrative and complementary practices provided to these women greater autonomy; favored the construction of bounds; the rescue of self-esteem; promoted the empowerment and took them to reassure their lives and their stories.

Descriptors: Complementary Therapies; Women's health; Anthropology.

SARAIVA, Alynne Mendonça. **Historias de mujeres cuidadas por prácticas integradoras y complementarias: Un estudio etnográfico**. 2015. 180f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

RESUMEN

Las transformaciones socioeconómicas y culturales de la sociedad han engendrado, en las últimas décadas, una cultura del individualismo y la exclusión. Estos cambios afectan principalmente a las mujeres, al provocarles desamparo, baja autoestima y soledad. Tales sentimientos se materializan a menudo en forma de dolor o enfermedad. Como resultado de estas agresiones sociales, las mujeres han estado buscando recursos terapéuticos que puedan darles una respuesta a sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales. Las prácticas integradoras y complementarias traen esta propuesta de atención integral y están siendo cada vez más buscadas por el público femenino. En ese sentido, este estudio tuvo como objetivo: analizar historias de mujeres que buscaron prácticas integradoras y complementarias. El estudio siguió a los preceptos de la Resolución 466/12 y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación bajo CAA: 39806114.0.0000.5188. Esta investigación se llevó a cabo bajo una referencia antropológica y de acuerdo con el método etnográfico. Para la recolección y producción de material empírico, se utilizó la técnica de la historia oral de vida con 8 mujeres, usuarias del Centro de Prácticas Integradoras y Complementarias, en la ciudad de João Pessoa/PB. El análisis y la interpretación del material se hicieron con base en las unidades de significado (temas) más evidentes y constantes en los relatos y en el tono vital de cada historia. Por lo tanto, se elaboraron las siguientes categorías: a) *Fuentes y manifestaciones del sufrimiento femenino*, b) *Itinerarios terapéuticos y rituales de cuidado de las mujeres* y c) *La reconstrucción de la identidad y la producción de la alteridad: caminos para el protagonismo femenino*. En las historias relatadas, se observó que las mujeres buscaron cuidados pues alegaban tristeza, baja autoestima, soledad, cansancio, dolor, desamparo, ansiedad e inseguridad. Estas quejas estaban relacionadas con los sufrimientos experimentados en relación con las pérdidas afectivas, sobrecarga de cuidado, migración, interrupción de proyectos de vida, sobrecarga laboral y conflictos familiares. Los caminos trazados en la búsqueda de cuidados fueron influenciados principalmente por el contexto sociocultural de cada colaboradora, por lo que muchas de ellas acudieron, en primer lugar, a los servicios biomédicos. Aunque no todas las colaboradoras hayan pasado por estos servicios antes de acudir a las prácticas integradoras y complementarias, ellas evidenciaron diferencias entre el enfoque de la medicina alopática y las PICs, especialmente con respecto a la terapéutica empleada, la relación profesional-usuario y la creencia en la eficacia terapéutica. El cuidado a través de prácticas integradoras y complementarias aseguró a estas mujeres una mayor autonomía; favoreció la creación de vínculos; el rescate de la autoestima; promovió el empoderamiento y las llevó a dar otro significado a sus vidas y sus historias.

Palabras claves: Terapias Complementarias. Salud de la Mujer. Antropología.

SUMÁRIO

1 Reflexões Iniciais	15
1.1 A aproximação com a temática e com o objeto	16
1.2 O problema e o objeto em foco	19
1.3 Objetivos	24
2 Referencial Teórico-Conceitual	25
2.1 A Antropologia no processo saúde-doença-cuidado	26
2.2 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: definições e histórico	35
2.3 Pesquisas e debates sobre as práticas integrativas e complementares	42
2.4 As práticas integrativas e complementares em saúde no município de João Pessoa/PB.	47
3 Percurso Metodológico	49
3.1 A Etnografia e a História Oral como caminhos entrelaçados	50
3.2 Cenário da Pesquisa	53
3.3 A inserção no campo e as vivências	57
3.4 As colaboradoras da pesquisa	62
3.5 Técnica para produção do material empírico e construção do <i>corpus</i> documental	64
3.6 Análise e interpretação do material empírico	68
3.7 Considerações Éticas	70
4 Histórias de Marias	71
<i>Maria Alice</i>	72
<i>Maria Elis</i>	75
<i>Maria Hellen</i>	78
<i>Maria Joana</i>	81
<i>Maria Júlia</i>	86
<i>Maria Lívia</i>	90
<i>Maria Rosa</i>	93
<i>Maria Vitória</i>	97
5 Categorias Culturais: análise e discussão	102
5.1 Fontes e manifestações do sofrimento feminino	104
5.2 Itinerários terapêuticos e rituais de cuidado das mulheres	119
5.3 Reconstrução da identidade e produção de alteridade: caminhos para o protagonismo feminino	140
6 Vidas Ressignificadas	150
Referências	157
Apêndice	170
Anexos	172



Fonte: Google imagens, 2015

*O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquentada e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.*

(Guimarães Rosa)

1 Reflexões Iniciais

“O cuidado deve ser entendido na linha da essência humana.”

Leornado Boff

1.1 A aproximação com a temática e com o objeto

Antes de iniciar uma descrição formal sobre o objeto e a problemática que o envolve, optei por dar conhecimento sobre o lugar histórico e social que venho ocupando na minha vida profissional, uma vez que parto do princípio weberiano de que toda investigação é permeada por interesses e valores. Nesse sentido, tomo o estilo etnográfico e descrevo minha trajetória de vida para tomar, como ponto de partida, a minha vivência, onde revelo meus interesses e os valores que me guiaram.

O caminho trilhado para chegar à temática desta pesquisa se entrelaça com minha história de vida. Nasci e, por dezessete anos, morei em Juazeiro do Norte, cidade do interior do Ceará, envolvida por rituais religiosos católicos e permeada pela fé dos romeiros em Padre Cícero, como é conhecido ainda hoje na região e no restante do país.

Ouvi muitas histórias de cuidado, envolvendo benzeduras, simpatias e remédios feitos à base de plantas nativas do cariri cearense. Em meio a esse simbolismo de rituais, muitas vezes fui cuidada com esse arsenal de práticas terapêuticas nas aflições que atribulavam minha infância e observava que tais práticas repetiam-se para meus irmãos e primos.

Mesmo tendo sido levada, algumas vezes, a consultórios médicos – principalmente como decorrência das minhas crises asmáticas persistentes, - lembro-me que, durante a administração dos medicamentos, sempre havia um chá, lambedor, infusões e massagens no intuito de contribuir mais rapidamente para a minha melhora.

Quando ingressei na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), para cursar Enfermagem, tinha um interesse aflorado pela disciplina de Fitoterapia. Durante o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso, fui instigada a pesquisar sobre esses recursos terapêuticos presentes na cultura brasileira. Meu primeiro desafio foi encontrar algum professor que pudesse me orientar nessa temática, pouco abordada e muitas vezes desvalorizada dentro da universidade. Para conseguir realizar o trabalho, fiz uma verdadeira peregrinação entre bibliotecas e internet, pois em 2003, poucos ainda eram os estudos produzidos nesta área. Por saber que seria um trabalho diferente, a dificuldade acabou por estimular ainda mais a busca por conhecimentos sobre a temática. Este estudo acabou sendo transformado em um capítulo de livro intitulado

Saberes Populares para o cuidado ao recém-nascido: identificação de práticas prejudiciais à saúde infantil, publicado pela editora EDUEPB no ano de 2008⁽¹⁾.

O interesse pelas práticas de cura e cuidado, não ficou apenas nos muros da universidade. Quando me formei, voltei para o Ceará, onde fui trabalhar como enfermeira na Estratégia Saúde da Família em uma unidade da zona rural, no município de Santana do Cariri. Pude aproximar-me mais profundamente dessas práticas e conheci outras, percebendo as diferenças existentes entre elas, em virtude da cultura regional, mas também suas confluências.

Deparava-me constantemente, durante as visitas à comunidade, com uma grande diversidade terapêutica, a qual era utilizada para mitigar as mais diferentes formas de sofrimentos, doenças ou infortúnios apresentadas pelo povo, como também comecei a criar vínculos com as pessoas que detinham o poder da cura, como os cuidadores informais.

Como enfermeira, tinha certa inquietação a respeito de como estreitar os laços com esses cuidadores informais, e questionava-me sobre o conhecimento dos profissionais da Atenção Primária em Saúde a respeito da relação entre os cuidadores informais e as pessoas que por eles eram cuidadas, e como se poderia estabelecer uma parceria de complementariedade entre as práticas de cuidado apreendidas na universidade e aquelas desenvolvidas no interior de cada comunidade.

Foi cogitando esses questionamentos que, durante a especialização em Saúde Pública, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), procurei dar continuidade aos estudos da temática, o que resultou em um projeto para concorrer ao mestrado em enfermagem na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em meados de 2006.

Ao ingressar no mestrado, fui instigada a direcionar meu olhar sobre as práticas não alopáticas e sua influência na saúde mental. A pesquisa se desenvolveu junto a uma Organização Não Governamental (ONG), que trabalha com esses recursos, e as participantes do estudo foram as cuidadoras que realizavam essas práticas. A dissertação foi intitulada de *“Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase na saúde mental: Histórias de cuidadoras”*.

Para criar vínculos e obter a confiança das colaboradoras do estudo, como também para conhecer melhor esse universo tão peculiar, realizei cursos de capacitação na ONG, como também procurei um lenitivo para meus incômodos, principalmente através das massagens. Esses fatos possibilitaram-me resgatar e reviver meu passado e as práticas de cuidado que eu recebia quando criança, só que, naquele momento, eu

tinha um olhar investigativo e curioso. Bachelard⁽²⁾, já referia que a investigação remete à participação ativa na construção do conhecimento, é através do olhar investigativo que se constrói o espírito científico.

Os resultados da dissertação permitiram-me observar que as cuidadoras identificavam-se com essas práticas integrativas, devido às experiências de vida que elas tiveram, através do processo de cura e do restabelecimento do equilíbrio promovido pela utilização desses recursos. Além disso, segundo o relato das cuidadoras, o que motivava as pessoas a buscarem os cuidados não alopáticos, era principalmente a insatisfação e não efetividade das ações de cuidado/cura prestadas pelo modelo biomédico⁽³⁾.

Ainda em 2006, o governo federal institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, documento que me ofereceu um respaldo significativo no desenvolvimento da dissertação, como também possibilitou a disseminação desses recursos terapêuticos no Sistema Único de Saúde.

Com o término do mestrado, em 2008, logo fiz concurso para docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), onde trabalho até hoje. Continuei a estudar a temática das práticas integrativas e complementares (PICs), o que favoreceu o embasamento para a formulação da disciplina: Terapias Complementares em Saúde, da qual sou a professora responsável.

O trajeto acadêmico e profissional que venho seguindo na universidade está pautado no âmbito da saúde mental comunitária e das práticas integrativas. Estas temáticas vêm despertando o interesse de discentes e de outros profissionais da área da saúde e de educação, e, como resultado dessa busca por conhecimento, venho ministrando cursos de reflexologia, orientando Trabalhos de Conclusão de Curso, ministrando disciplinas e participando de eventos dentro dessas áreas de conhecimento.

Com a abertura do curso de Doutorado no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPB, percebi uma nova possibilidade para prosseguir meus estudos. Consegui ser aprovada para a turma de 2012. Nesta época, o cenário relativo às PICS no município de João Pessoa-PB já tinha sido alvo de mudanças.

Em 2010, foi lançado um projeto para a estruturação do primeiro Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares da Paraíba. A proposta buscava disseminar essas práticas, bem como capacitar e ampliar a atuação de profissionais e terapeutas em outros espaços da cidade. Após a criação do Núcleo, foram inaugurados, no ano de

2012, dois Centros de Práticas Integrativas e Complementares em bairros distintos do município supracitado.

A criação e a implementação de serviços voltados para as práticas integrativas dentro da rede formal de saúde, indicam, em primeiro lugar, que a sociedade está em fase de transição paradigmática, já que a abordagem desses recursos tem cunho vitalista e não fragmentador, referindo um antagonismo ao modelo biomédico hegemônico estruturante no campo da saúde nos dias atuais. Além disso, esses serviços instituem a ideia de aceitação dessas práticas por parte da comunidade e de outros profissionais da área, configurando-se um processo de complementariedade a outros recursos de saúde, de corresponsabilidade e integralidade do cuidado, do resgate da autonomia dos usuários, valorização da subjetividade, como também de uma possível quebra nas relações de poderes dentro do sistema de saúde.

Essa transição paradigmática do setor de saúde, vem acontecendo através de revoluções nas várias dimensões do setor médico e científico. Segundo Thomas Khun⁽⁴⁾, a transição de um paradigma por outro geralmente é precedida por momentos de crises, e que só pode ser resolvida após o nascimento de um novo paradigma.

Acredito que, ao focar na pesquisa de doutorado, as histórias de cuidado de mulheres que utilizam esses recursos, busco compreender o processo de cura e cuidado como um fenômeno singular, pautado na reconstrução de significados, ressignificação do sofrimento, no autoconhecimento e nas relações dialógicas entre quem cuida e quem é cuidado.

1.2 O problema e o objeto em foco

Apesar de nos últimos anos o acesso à informação e a produção de bens de consumo terem crescido na área da saúde, as pessoas nunca se sentiram tão desamparadas e buscaram constantemente tantas práticas de cuidado e de cura fora dos padrões biomédicos¹. Luz⁽⁵⁾ refere que essa busca de cuidado se relaciona, em parte, com a falta de perspectivas e de esperanças, de que padece o ser humano, e tal fato está vinculado à perda de referenciais de valores fundamentais à vida.

¹ Barros, NF. [Entrevista sobre eventos envolvendo as práticas integrativas e complementares na Universidade de Campinas (UNICAMP) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)]. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Entrevista a Bruno C. Dias.

Entendemos que essa demanda por cuidado, pode ser fruto da construção de sentidos produzidos pelas transformações sócio-econômicas e culturais, que são internalizadas e compartilhadas na sociedade. Desse modo, a realidade social é vivida e ao mesmo tempo reelaborada pelas pessoas, que articulam suas experiências de adoecimento e as estratégias de cuidado ao contexto histórico e cultural no qual estão envolvidas.

Barreto⁽⁶⁾ afirma que a demanda por cuidado surge, em parte, como um dos efeitos das transformações sociais e econômicas e que elas interferem, cotidianamente, na vida das pessoas. Segundo ele, tais transformações são fonte de uma política econômica excludente que provoca desigualdades sociais, empobrecimento cultural, desagregação dos laços sociais e perda de si mesmo. Ele conclui dizendo que essas agressões contextuais atingem a identidade pessoal e cultural, causando rupturas biográficas, provocando sentimentos de desamparo e insegurança, deixando marcas no corpo e na alma do ser humano.

Para outros pesquisadores, esse sentimento de desamparo se alastra e atinge o nível individual, familiar e social. O desamparo provoca, também, um sentimento de abandono e de exclusão e, muitas vezes, ao ser confrontado com esse sentimento, o sujeito não encontra suporte necessário na família ou amigos e se dirige às instituições públicas de saúde com queixas relacionadas à angústia, desesperança e solidão, encarnadas sobre a forma de dores difusas ou doenças sem causalidade fisiopatológica⁽⁷⁾.

Geralmente, a procura é definida pela oferta e, nesse caso, a oferta maior de serviços nas instituições públicas brasileiras é vinculada ao modelo biomédico. No entanto, tal modelo tem sido alvo de críticas principalmente no que tange à resolubilidade de problemas de saúde que afetam a dimensão psicossocial e também porque apresenta uma visão fragmentada da pessoa, contrapondo-se ao modelo holístico, mais integral, que vem sendo buscado pelo Sistema Único de Saúde – SUS/Brasil. Luz⁽⁵⁾ acredita que, na medida que a doença passou a ser o objeto central de investigação do saber médico e a medicalização dos sintomas tornou-se a principal terapêutica, a medicina se afastou do ser humano sofredor como totalidade viva, e acabou por excluir outros fatores que interferem na vida das pessoas.

É inegável que, diante da necessidade de encontrar soluções para os problemas que afetam a saúde, as pessoas procurem formas de cuidados, dentro ou fora do seu

ambiente familiar e que tais cuidados são tangenciados por crenças culturais e por aspectos econômicos que influenciam no caminho de busca do tratamento e da cura.

No Brasil, o Ministério da Saúde, em 2006, adotou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) criando uma legislação pioneira e avançada, para garantir a integralidade da atenção à saúde. A finalidade desta política é a de incorporar experiências que vinham sendo realizadas na rede pública de muitos municípios e estados, mas também de reconhecer e apoiar outras práticas terapêuticas oriundas de outros modelos de saúde, quebrando um pouco a hegemonia do modelo biomédico, considerado fragmentador, de alto custo e muitas vezes ineficiente⁽⁸⁾.

Conhecidas como medicinas “alternativas”, “integrativas”, “naturais”, “holísticas”, “não convencionais”, “complementares”, “tradicionais”, “brandas”, “paralelas”, “não oficiais”, “não alopáticas”, essas práticas possuem uma estreita relação com os valores, culturas e formas de cuidado e cura presentes nas sociedades, bem como, estabelecem uma associação com as políticas do Estado de direito que determinam quem está autorizado e legalizado a tratar, diagnosticar e curar as pessoas⁽⁹⁾.

Diante da pluridade de denominações, estas práticas serão referidas nesse estudo como práticas integrativas e complementares (PICs), pois esse é o termo institucional que vem sendo utilizado pelo governo brasileiro desde a construção e a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁰⁾. Embora a PNPIC contemple apenas cinco modalidades de práticas, tais como a acupuntura, a fitoterapia, o termalismo social, a medicina antroposófica e homeopatia, aqui usaremos o termo PICs, para nos referir a outras práticas que não foram incorporadas pela PNPIC, a exemplo da Permacultura, Biodança, Yoga, entre outras.

No campo da saúde, a enfermagem foi a pioneira a reconhecer as práticas integrativas e complementares, como recursos promotores de cuidado. O reconhecimento dessas práticas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)² vem sendo importante na construção de saberes e no desenvolvimentos de pesquisas nesta área⁽¹¹⁾. O (re)conhecimento desses recursos terapêuticos pelos enfermeiros, assim como também de outros profissionais da saúde, talvez possa indicar uma maior possibilidade de humanização e de amplitude na produção de cuidados.

² A Resolução COFEN n.197/1997, estabelece e reconhece as Terapias/Naturais/Tradicionais e Complementares/Não Convencionais como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem.

O conhecimento e a utilização das PICs pelos profissionais de enfermagem, permitem a (re)construção de uma ética no cuidado, principalmente por se voltar para o direito de escolha dos usuários em optar pela abordagem terapêutica, com o devido respeito e valorização da participação e autonomia do sujeito em relação à produção de saúde. Este direito de opção como condição ética é fundamental na prática de enfermagem, pois possibilita a expansão dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença, favorecendo a construção de uma clínica ampliada⁽¹²⁾.

A oferta das práticas integrativas e complementares nos serviços públicos de saúde além de favorecerem a disseminação e revalorização de valores culturais que vão influenciar as maneiras de encarar o processo saúde-doença-cuidado, possibilitam o acesso e a ampliação de outras formas de cuidar as pessoas que buscam esses serviços, conferindo-lhes novas possibilidades na escolha da terapêutica.

Na atual conjuntura, a rede de cuidados na sociedade vem se delineando por dois caminhos culturalmente distintos, que podem ou não estar interligados: os serviços de saúde alicerçados no modelo biomédico hegemônico, que tem o médico no topo da hierarquia profissional e a indústria farmacêutica como a grande financiadora e estimuladora da medicalização social e os serviços que oferecem práticas integrativas de cuidado, que são pautados no acolhimento e na escuta qualificada, oferecendo um cuidado mais integral e corresponsável.

Pesquisas realizadas em âmbito internacional por Nguyen⁽¹³⁾, Frass⁽¹⁴⁾ e Harris⁽¹⁵⁾, referem que a demanda por práticas integrativas e complementares aumentou consideravelmente em todo mundo, nos últimos anos. As razões mencionadas para a busca dessas práticas foram: os custos e a insatisfação com o tratamento biomédico, o desejo de uma abordagem mais holística ao tratamento e não satisfação com as terapias atuais pautadas na medicalização.

No entanto, não é apenas pela falta de resolubilidade do modelo biomédico, que as PICs ganharam notoreidade e estão sendo cada vez mais utilizadas. Essas práticas apresentam um grande potencial transformador das relações sociais existentes nas instituições de saúde, principalmente porque elas sustentam sentidos, significados e valores sociais diante do adoecimento, provocando mudanças de hábitos de vida. A ação terapêutica dessas práticas reposiciona o sujeito que sofre como foco central do cuidado a ser prestado, estabelece a relação curador-doente como elemento fundamental da terapêutica, são menos onerosas e iatrogênicas, valorizam a subjetividade e a autonomia dos sujeitos no processo de cuidado⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Partindo dessas afirmações e tendo vivenciado um processo de cuidar por práticas integrativas, foram elaboradas algumas questões que nos conduziram no processo de investigação. Em outras palavras, procuramos saber: como tinham sido as histórias de vida das mulheres que buscaram cuidados nas PICs? Quais foram as queixas e os motivos que as levaram às PICs? Qual(is) foi(ram) seus itinerários de procura? Que diferenças elas apontaram entre o serviço biomédico e o serviço que envolve as PICs? Quais as mudanças significativas que ocorreram em suas vidas após iniciarem o processo de cuidado através das PICs?

Considerando que, nas últimas décadas, a sociedade vem passando por transformações de origem sócio-econômica e cultural e que elas influenciam diretamente na compreensão do sujeito sobre o processo saúde-doença, bem como na valorização do cuidado que oferece maior possibilidade de resolutividade, esta pesquisa traz os seguintes pressupostos:

- a) A compreensão que cada mulher tem sobre o seu processo saúde-doença, está intimamente relacionada a sua história de vida, sendo esta pautada pelo sistema cultural no qual está inserida;
- b) A busca pelas PICs não se deve apenas à insatisfação com o modelo biomédico, embora isso influencie na escolha;
- c) As PICs, por estarem pautadas em uma cultura integrativa, possibilitam uma nova maneira de entender e lidar com o processo saúde-doença-cuidado, promovendo mudanças que melhoram o modo de viver das mulheres;

Como as PICs fazem parte de uma remodelagem cultural que possibilita uma nova visão de mundo sobre o processo saúde-doença-cuidado, esta pesquisa, de caráter antropológico, foi delineada pelo método etnográfico e pela história oral de vida como técnica que permite o acesso às particularidades da vida de cada mulher, colocando-as como protagonistas de suas histórias, com o intuito de gerar instrumentos de validação e de defesa para a disseminação dessas práticas em diferentes espaços públicos.

Como todo desenho de pesquisa é apenas um caminho idealizado, no decorrer da pesquisa de campo, o recorte da realidade que foi possível trazer à luz do conhecimento científico está baseado em histórias de mulheres cuidadas pelas PICs. Isso nos obrigou a aprofundar o conhecimento sobre a cultura de gênero, pois entendemos que o processo saúde-doença-cuidado, tem representações alicerçadas nessa cultura e que, se não adentrarmos nesse universo, podemos perder uma perspectiva importante na interpretação de sentidos atribuídos ao processo de adoecimento e de cura.

Assim, esperamos que os resultados dessa investigação possam servir de subsídios para profissionais que atuam ou não nesse campo, de modo a abrir caminhos para o diálogo entre os dois modelos de cuidado: o biomédico e o integrador e, sobretudo, para aqueles que lidam cotidianamente com mulheres, muitas vezes carregadas de dor e de sofrimento. Elas não são o sexo frágil! Como veremos mais adiante.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

- Analisar as histórias de mulheres que buscaram práticas integrativas e complementares, ressaltando os aspectos que foram significativos para a compreensão e a participação delas no processo de cuidado.

1.3.2 Específicos

- Identificar as principais queixas e os motivos impulsionadores que levaram essas mulheres a buscarem as práticas integrativas e complementares;
- Revelar o itinerário terapêutico traçado por elas na busca por cuidados;
- Destacar as principais diferenças estabelecidas por elas, entre o cuidado recebido nos serviços biomédicos e no serviço de práticas integrativas e complementares;
- Ressaltar as mudanças ocorridas na vida dessas mulheres durante o processo de cuidado por meio das PICs.



Fonte: Google imagens, 2015

*O que faz o mundo humano não são as coisas, são as relações.
(Rubem Alves)*

2. Referencial Teórico Conceitual

*“ Umas coisas nascem de outras, enroscam-se, desatam-se, confundem-se, perdem-se,
e o tempo vai andando sem se perder a si”.*

Machado de Assis

2.1 A antropologia no processo saúde-doença-cuidado

A antropologia tem como intento trazer um entendimento acerca da existência humana, através das variadas expressões do ser humano, seja na dimensão física e biológica, na produção de culturas ou nas relações estabelecidas em sociedade. Por estabelecer este campo vasto de investigação, que acompanha a história dos povos e de suas organizações, a Antropologia se encontra subdividida em: Antropologia Física ou Biológica, Antropologia Filosófica e Antropologia Social e/ou Cultural. Embora esses campos de estudo tenham pontos de intersecção ao longo de suas linhas de discussão, a Antropologia Social e/ou Cultural é considerada o campo mais amplo da antropologia, justamente por declarar que as bases biológicas servem de estrutura às capacidades culturais do ser humano⁽¹⁹⁾, e que o sentido da existência pode ser compreendido pela lente da cultura.

A antropologia Social e/ou Cultural, ainda que detenham o mesmo âmago, apresentam conotações distintas, conforme as linhas de estudo desenvolvidas, por exemplo, no Reino Unido, onde predomina a Antropologia Social, e nos Estados Unidos onde a Antropologia Cultural se faz hegemônica. A diferença entre as linhagens se estabelece na maneira pela qual se concebe o papel da cultura nas sociedades. Nos estudos ingleses, a cultura é vista como um dos meios pelos quais os grupos sociais se organizam, enquanto que, na escola americana, atribui-se a cultura como um sistema de símbolos e significados, pelos quais os grupos interpretam o mundo que habitam. Constata-se, então, que apesar das diferenças instituídas, o homem e a cultura se desvelam como um foco em comum, por meio de perspectivas complementares e valiosas⁽²⁰⁾.

Assim sendo, objetivando conhecer e analisar as histórias de mulheres que buscaram práticas integrativas e complementares de cuidado, procurando identificar os motivos que as levaram a essa procura e os itinerários terapêuticos traçados, além de tentar descobrir que repercussões essas práticas exerceram na vida dessas pessoas, procuramos conduzir essa investigação pelo olhar da cultura.

A cultura, em seu caráter dinâmico, é considerada, então, como um constructo da condição humana vinculada a contextos específicos e capaz de proporcionar diferentes olhares sobre um mesmo fenômeno, como o processo saúde-doença-cuidado. Assim, o universo dos saberes antropológicos vem ao longo do tempo despertando a curiosidade dos profissionais e estudiosos da área da saúde e das ciências sociais, através da rica e encorpada relação existente entre cultura, saúde, doença e práticas de cuidado.

Os enlaces iniciais entre saúde e doença foram tecidos em meio a estudos voltados para as crenças mágico-religiosas das práticas de cuidado dos povos primitivos. Desse modo, as crenças místicas e os fenômenos sobrenaturais deixaram de ser encarados como fenômenos ilógicos e passaram a fazer sentido dentro do contexto cultural a que pertencem, sendo percebidos como condicionadores das doenças⁽²¹⁾.

Destarte, Saillant e Genest⁽²²⁾ referem que, pelo fato das investigações antropológicas estarem arraigadas entre as cosmologias religiosas e as cosmologias médicas, a primeira antropologia voltada para as questões de adoecimento e cura foi uma antropologia simbólica e religiosa. Somente no decorrer das décadas de 50 e 60 do século XX, o interesse nas pesquisas sobre os sistemas de cura dos nativos, transformou-se, na verdade, em uma boa oportunidade para implantar a biomedicina, com o intuito de melhorar a saúde dessas populações. Foi por volta de 1970 que a antropologia médica foi nomeada como tal, e, embora seja considerada um ramo da antropologia social e cultural, ela acaba por agregar um *corpus* de conhecimento transdisciplinar, com o envolvimento da filosofia, história, psicanálise, entre outras⁽²³⁾.

A antropologia médica se debruça sobre as maneiras pelas quais as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas de seus problemas de saúde, seus itinerários terapêuticos e a quem recorrem quando adoecem. Além disso, é de seu campo de estudo também, conhecer como as crenças e práticas podem se relacionar às mudanças biopsicossociais do ser humano no processo saúde-doença-cuidado⁽²⁰⁾.

No entanto, esta mesma antropologia sofre críticas em relação à locução “médica”, por estar a reboque do domínio biomédico moderno, preservando, assim, o caráter hegemônico e epistemológico da medicina. Dessa forma, Nunes⁽²⁴⁾ aponta que uma das críticas à Antropologia Médica são as interpretações culturalistas limitadas à clínica, fixando um olhar de descaso às dimensões sociais e políticas na produção do adoecimento.

Ao se contrapor a esse caminho que a antropologia médica vinha delineando, os cientistas sociais franceses desenvolveram a Antropologia da Doença. Essa nova vertente considerava a doença como objeto empírico fruto da ligação entre a ordem biológica e a social. Os trabalhos desenvolvidos nessa perspectiva permitiram a elaboração e a análise de modelos etiológicos e terapêuticos para explicar a percepção da doença dentro de um determinado grupo social⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Para uma melhor compreensão da diversidade dos discursos sobre o processo saúde-doença-cuidado, é importante conhecer quais as formulações que as sociedades fazem sobre a origem das doenças e, conseqüentemente, os modelos de cura que estas adotam. Nesse sentido, diante do pluralismo etiológico e terapêutico, o antropólogo francês Laplantine propôs uma análise das formas elementares da doença e da cura, sob uma ótica comparativa e metacultural⁽²⁷⁾.

Entre as explicações para a doença, verifica-se o modelo racional, que vê a doença como uma desordem orgânica; o modelo endógeno, que estabelece a doença como uma criação do próprio corpo; o modelo exógeno, que refere a doença como algo externo ao organismo e o modelo benéfico/maléfico, que interpreta a doença como um contraste de forças entre o bem e o mal que agem sobre o corpo. Quanto aos modelos de cura, o mesmo autor descreve: o modelo homeopático, que busca o equilíbrio interno do corpo; o modelo substrativo, que busca extrair o elemento causador da doença no organismo; o modelo adorcista, que combate o mal que está dando origem a doença e o modelo excitativo, que visa estimular o corpo a responder contra a doença⁽²⁶⁾.

Assim, enquanto a Antropologia Médica se utiliza dos estudos antropológicos para esclarecer, pela lente da cultura, os fenômenos relativos à doença, a Antropologia da Doença traz reflexões importantes nos trabalhos em que a doença se constitui como objeto principal de investigação⁽²⁵⁾.

Posteriormente, como fruto das discussões sobre as limitações e amplitudes da Antropologia da Doença, surge na América Latina e Europa o termo Antropologia da Saúde. O uso dessa expressão, para uns, implica em considerar o ser humano em uma unidade complexa, na qual não se pode separar os fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, para outros, envolve a concepção da saúde como fruto de uma produção social e política^(25, 28).

Fainzang⁽²⁵⁾ acredita que as distintas denominações e interpretações geralmente estão arraigadas a uma base teórica precisa, no entanto, a expressão “Antropologia da Saúde e da Doença” vem sendo utilizada atualmente para designar este campo de forma

ampliada, já que tende a ser menos dogmático. Além disso, o termo muitas vezes é utilizado de forma indistinta à Antropologia Médica.

Como o objetivo deste estudo não é estabelecer uma discussão epistemológica sobre o termo mais adequado, corrobora-se com Nunes⁽²⁴⁾ ao relatar que:

O mais importante estaria na constatação de que a compreensão das realidades de saúde e de adoecimento se situa profundamente na interface entre experiências humanas de sofrimento, provocadas por eventos que afetam o corpo biológico, existencial e social, e contextos sociopolíticos particulares e ampliados que lhes permitem a tradução em sentidos (individuais e coletivos) e em interpretações e explicações.

Destarte, a partir das reflexões sobre qual realmente seria o campo de conhecimento da antropologia no processo saúde-doença-cuidado, duas ênfases teóricas foram fundamentais nesse processo de construção: As abordagens construtivistas, relacionadas à corrente interpretativa, na qual as narrativas ocupam lugar de destaque; e, as abordagens pós-estruturalistas, que estabelecem uma leitura social e política dos indivíduos, grupos e saúde. Essas duas abordagens, em uma perspectiva atual, são compreendidas como complementares e não opostas⁽²⁴⁾.

A corrente interpretativa tem como principal representante Clifford Geertz, e concebe a cultura como uma construção simbólica, dinâmica, que está sempre em transformação e que permite aos indivíduos interpretar suas experiências e guiar suas ações, dentro de um determinado contexto, dando sentido a sua existência. Nessa perspectiva, considera-se que as percepções, interpretações e ações são culturalmente construídas⁽²⁹⁾.

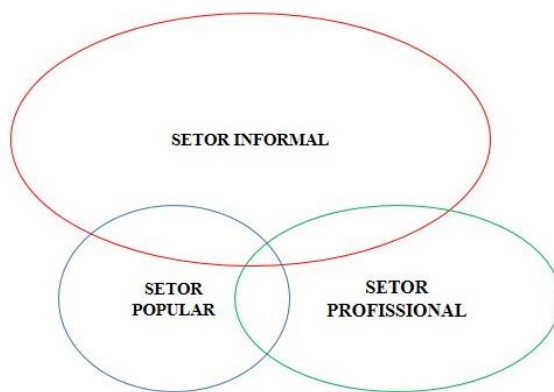
Sendo assim, a corrente interpretativa da antropologia defende o determinismo cultural por meio de sistemas de cuidado à saúde, nos quais as práticas de cuidado são regidas por uma lógica própria da realidade sociocultural a qual as pessoas pertencem. Esses sistemas de cuidados são compostos por três setores interligados, que agregam as explicações da doença, as formas de tratamento e os agentes de cura⁽³⁰⁾.

Kleinman⁽³¹⁾ reconhece os seguintes setores de cuidados: O setor informal, sendo composto por cuidadores leigos, representados aqui, pela família e grupos de convívio, nos quais a experiência se constitui como principal fonte de saber. As terapêuticas utilizadas nesse setor incluem desde a automedicação ao uso de práticas tradicionais.

Há, ainda, o setor popular que é ocupado por cuidadores especializados em curas sagradas. Os recursos de cuidados utilizados advêm das práticas tradicionais, no entanto, são orientadas por um agente especializado. Por fim, o setor profissional ou

formal, que é representado pelos profissionais legalmente autorizados para desenvolver práticas de cuidado, em que o conhecimento científico é a principal fonte de saber e as práticas biomédicas de tratamento estão entre os recursos terapêuticos utilizados (figura1).

FIGURA 1: Setores de Cuidado



Fonte: Kleinman⁽³¹⁾.

Essa descrição possibilita reconhecer a co-existência de diferentes cenários socioculturais e paradigmas que delimitam o universo simbólico de práticas, saberes, formas de cuidados e representações do adoecimento, considerando também que os itinerários terapêuticos percorridos produzem significados singulares às situações vivenciadas dentro de uma perspectiva temporo-espacial⁽³²⁾.

Representantes da Antropologia Médica, como Kleinman⁽³¹⁾, Helman⁽²⁰⁾ e outros, começaram a questionar explicitamente o conceito de doença e buscaram novas nomeações para dar conta das várias formas de adoecer, já que as pessoas doentes e os profissionais da medicina ocidental não compartilhavam das mesmas ideias sobre doença. Surgiu então, a distinção entre o que seria a experiência da doença (*illness*), expressa pelo doente, e, a patologia (*disease*), vista pelo médico.

Diante das diversas pesquisas etnográficas realizadas em tempos e espaços diferenciados, os antropólogos perceberam que as doenças não eram entidades universais, ou seja, que se adoece e sofre-se de maneiras distintas em diferentes sociedades, culturas e tempos, e que há doenças/sofrimentos culturalmente específicos.

Na busca por compreender a experiência dos sujeitos face à doença e ao sofrimento e conhecer as maneiras utilizadas para aliviar ou sanar essa aflição, Kleinman, um dos principais representantes da antropologia médica, inicia uma nova vertente de estudos na antropologia, conhecida como a Antropologia do Sofrimento ou

Antropologia da Experiência, que tem como elemento central a análise dos problemas humanos a partir das realidades sociais⁽²⁴⁾.

Ao designar uma Antropologia do Sofrimento, Kleinmam⁽³³⁾ compreende a doença como parte do sofrimento social, e refere que as mudanças políticas, econômicas e culturais da atualidade são as verdadeiras responsáveis pelas desigualdades, pela cronificação dos problemas mentais e sociais, pelo ressurgimento e banalização de doenças infecto-contagiosas e pelo colapso dos serviços de saúde, a partir do momento que elas afetam os fluxos das interações interpessoais nos microespaços sociais (famílias, insituições e comunidade). Foi com base nesse entendimento que optamos por subsidiar esse trabalho na perspectiva da Antropologia do Sofrimento.

Essa visão antropológica não se volta apenas para a análise das origens do sofrimento, mas busca investigar e problematizar as dinâmicas através das quais as forças sociais como pobreza, racismo, diferenças de gênero, migração e exclusão social são expressas nos corpos e nas falas dos sujeitos afetados⁽³⁴⁾.

Conforme aborda Roselló⁽³⁵⁾, o sofrimento e o adoecimento são processos interrelacionados. Nesse sentido, o sofrer e adoecer, como constructos sociais, trazem implicações biológicas, psíquicas e sociais, e a maneira como cada sujeito interpreta essa experiência, possibilita compreender os valores, crenças e significados que moldam o processo saúde-doença-cuidado.

É nesse sentido que, torna-se fundamental observar como as forças políticas, econômicas e institucionais se entrelaçam na experiência pessoal e cotidiana e como as pessoas reagem aos eventos no dia-a-dia. Não se trata de um sofrimento individual, embora, na maioria das vezes, faça-se visível como tal, ou de um sofrimento corporal, ainda que se manifeste no conjunto da corporeidade, mas como uma experiência sociocultural. Assim, o sofrimento social não se define somente porque é gerado por condições socio-culturais, mas, sobretudo, como um todo, um processo social corporificado nos sujeitos históricos. É, assim, que a Antropologia do Sofrimento/Experiência, através do reconhecimento da sua especificidade, pode contribuir para a sua significação⁽³⁶⁾.

Ao abordar sobre a produção, o impacto do sofrimento no ser humano e na construção das relações sociais, a antropologia comunga com diversos ramos de sua área, como: antropologia das emoções, antropologia da família, antropologia das migrações, entre outras.

Considerando que o sofrimento social é, em grande parte, fruto das desigualdes sociais, acreditamos que as disparidades nas relações de gênero também se configuram como um fator agravante no adoecimento das mulheres. Nesse sentido, a cultura de gênero influencia diretamente no processo saúde-doença-cuidado.

2.1.1 Cultura de Gênero no Processo Saúde-Doença

O gênero, enquanto um dos eixos estruturantes das identidades humanas, define de forma diferenciada como os homens e as mulheres devem “encarar a vida”. Geralmente, essas distintas maneiras são marcadas pela supremacia masculina em várias esferas da vida social, como o acesso ao poder e a riquezas. Sendo assim, a cultura de gênero tecida em cada sociedade produz crenças e comportamentos específicos que podem contribuir para a causa, a apresentação e o reconhecimento de várias formas de adoecimento entre homens e mulheres^(20, 37).

Em nossa cultura, a mulher desde cedo é ensinada a ter comportamentos dóceis, delicados, passivos, a ser submissa a uma figura masculina (pai, irmão, esposo). Em contrapartida, os homens são habituados a serem os dominadores, expressarem sua força e agressividade no cotidiano. A elas, cabem os sentimentos, as emoções, e sensibilidade, enquanto que, a eles, cabem a razão, a altivez e a superioridade.

Esses aspectos, propagados pela ideologia machista e patriarcal, constroem, solidificam e naturalizam as desigualdades entre homens e mulheres. O processo de naturalização considera as desigualdades de gênero como decorrentes das diferenças anatômicas e biológicas entre os sexos, em que a mulher por gestar, parir e amamentar deve ser destinada a vida doméstica, ao passo que o homem ocupa sua função na esfera pública, como o provedor do lar. A ordem patriarcal de gênero admite, então, a dominação e exploração das mulheres pelos homens, configurando a opressão feminina⁽³⁸⁾.

As autoras destacam que a relação de poder que estabelece o domínio masculino sobre o feminino foi impulsionada pelas tranformações socio-econômicas que tiveram origem da propriedade privada, quando o homem diante da necessidade de reconhecer herdeiros legítimos, para que seus bens econômicos fossem passados por herança, passou a controlar a sexualidade feminina, procurando certificar-se sobre a paternidade

de seus filhos. O patriarcado respondeu à necessidade dos homens de controlar as mulheres e assegurar a legitimidade de sua prole.

O modelo patriarcal se alastra pela sociedade e pelo Estado, influenciando também no agir da medicina sobre o corpo feminino. Com o avanço da medicina, consolidada como saber científico, inicia-se um processo de normalização social, com o estabelecimento de regras morais ligadas aos trabalhos e aos hábitos cotidianos de higiene. Esse processo se inicia no espaço público e vai se interiorizando nos lares, no espaço privado das famílias. Por meio da regulação dos sujeitos, para adaptá-los a uma nova ordem, há a produção de características corporais, sentimentais e sociais. Assim, a formação da identidade feminina na medicina, destaca-se não apenas pela diferença anatômica, mas aos parâmetros de normalidade que lhe são conferidos, como o de reprodutora e educadora da sua prole⁽³⁹⁾.

Nesse sentido, Collig⁽⁴⁰⁾ refere que a mulher estaria subjugada pelo poder repressivo dos homens, mas também pelo poder normativo da medicina, ambos ao difundirem numerosos discursos sobre a mulher, que lhes configurou sua posição e seu papel social. As concepções construídas sobre a natureza feminina impõem/levam a medicina a se apropriar das especificidades biológicas da condição feminina, vinculadas à capacidade reprodutiva, assumindo assim, o poder sobre o corpo da mulher.

Com a consolidação do capitalismo, as condições de vida das mulheres começaram a mudar, indo em oposição com a prescrição dos papéis exclusivos de mãe e esposa. As mulheres começaram a demandar acesso à educação, a se engajarem nos debates públicos sobre direitos humanos, a se inserirem no mercado de trabalho, a se casarem mais tarde e a reduzirem o número de filhos. Enquanto os médicos esperavam definir a feminilidade como fixa e estática, ela se apresentava cada vez mais instável e fluida⁽⁴¹⁾.

Ainda que a condição feminina muito tenha mudado desde o advento do capitalismo, com a participação da mulher no espaço econômico, político e social, as desigualdades de gênero pouco têm se modificado. Com a inserção da mulher no mercado de trabalho, esta vem se tornando uma parte cada vez mais essencial da mão-de-obra e, frequentemente, vem se constituindo na principal fonte de renda familiar. No entanto, ela continua a ser a principal responsável pelos trabalhos domésticos, desempenhando seu papel de esposa, mãe, educadora e cuidadora. Além das pressões impostas às mulheres devido à expansão de seus papéis, muitas vezes conflituosos, elas

são vítimas de discriminação sexual, concomitantemente à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual^(37, 42).

A multiplicidade de papéis desempenhados pela mulher é produtora e mantenedora das dissimetrias de gênero, causando sofrimento feminino influenciando de forma significativa o processo saúde-doença-cuidado.

Como consequência desse sofrimento, houve um aumento do adoecimento feminino, apresentado muitas vezes sob queixas de dores difusas e problemas psíquicos. Porém, na medida em que o sistema de saúde atual ainda está voltado prioritariamente para o atendimento à mulher no que concerne a sua saúde reprodutiva e ao ciclo gravídico-puerperal, acaba por não levar em conta os problemas sociais que envolvem o adoecer feminino. O resultado é a prescrição desenfreada de analgésicos e psicotrópicos⁽⁴³⁾.

As autoras também referem que, a prescrição de medicamentos para a população feminina, ainda é baseada na concepção de que a mulher é fraca, frágil e, por isso, necessita de maiores cuidados. Tendo em vista essa visão preconceituosa, a medicalização do corpo feminino passa a ser encarada pela sociedade como algo natural. Ou seja, é criada a necessidade de uso de algo que venha a silenciar as dores dessa mulher, reprimindo suas forças e delimitando seu papel social.

Assim, além da dimensão de gênero relacionada ao processo saúde-doença-cuidado da mulher, outras especificidades ligadas a sua inserção social do ponto de vista de classe, raça e geração não são valorizadas como produtoras de demandas de saúde. O não atendimento às especificidades femininas afeta a construção de vínculo na relação terapêutica, a produção de cuidado, contribuindo para o agravamento dos problemas⁽⁴⁴⁾.

A não resolutividade dos serviços biomédicos diante do sofrimento feminino faz com que muitas dessas mulheres, usuárias desses serviços, acabem construindo novos itinerários terapêuticos. Para Alves e Souza⁽⁴⁵⁾, um itinerário terapêutico é um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para cuidado da saúde. As escolhas terapêuticas dependem da disponibilidade circunstancial e das explicações culturalmente aceitas pela mulher e seu grupo⁽⁴⁶⁾.

A busca por outras formas de cuidado, como as práticas integrativas, vem sendo um recurso amplamente difundido para o alívio do sofrimento e da dor⁽³⁶⁾. A partir dessa perspectiva interpretativista, o universo sociocultural das mulheres que procuram práticas integrativas de saúde foi tomado como referência para compreender os significados imbuídos no processo de escolha por essas formas de cuidado.

Com o intuito de aprofundar o entendimento sobre as práticas integrativas de saúde, no que tange as definições, sua inserção no sistema de saúde, o processo de legitimação e as pesquisas que vêm sendo feitas nos últimos anos, serão tecidas a seguir algumas considerações.

2.2. Práticas Integrativas e Complementares em saúde: definições e histórico.

Nas últimas décadas, observou-se uma acentuada demanda pelas chamadas “práticas alternativas”, principalmente nos países ocidentais. Com relação à denominação, ainda não existe uma definição precisa. São várias as designações utilizadas pelos órgãos normativos em saúde e também pela população, como: práticas holísticas, complementares, naturais, não ortodoxas, não convencionais, não alopáticas, entre outras.

Conhecidas em diferentes espaços de saúde como “medicinas ou terapias alternativas”, essas práticas passam por algumas discussões conceituais de desdobramentos médicos, políticos, históricos e filosóficos, que dificultam a elaboração de um conceito único.

Abordar essas práticas de cuidado em saúde como algum tipo de “medicina”, refere-se ao fato de elas possuírem dentro de seu campo de atuação a figura de dois atores: o usuário e o médico, tendo o profissional como aquele que faz aliviar as dores e sofrimento de quem busca por cuidados⁽⁴⁷⁾.

Porventura, outros autores preferem utilizar o termo terapia ao invés de medicina. Terapia, provém do grego *therapeia*, que significa prestar cuidados, tratar. O termo foi usado em medicina por Hipócrates e Galeno, que se referiram à terapia médica e cirúrgica para designar os cuidados com os enfermos visando a obter a cura das doenças. É comum observar na literatura o uso da palavra terapia como sinônimo de tratamento, dando uma duplicidade equivocada, já que tratamento seria o conjunto de terapias empregadas para debelar uma doença⁽⁴⁸⁾.

Estudiosos da temática estabelecem a medicina como sendo um corpo teórico organizado de produção de conhecimentos sobre saúde-doença, enquanto que as terapias seriam as terapêuticas utilizadas para o cuidado⁽⁹⁾.

Neste sentido, seja utilizando o termo medicina ou terapia, subentende-se que seriam práticas vinculadas somente aos cuidados médicos, deixando de lado outros terapeutas ou cuidadores, que não necessitam de formação médica para desempenharem tais recursos.

Segundo Babenko⁽⁴⁹⁾, as medicinas ou terapias alternativas correspondem a um conjunto de práticas terapêuticas de origens diversas, fundamentadas em preceitos filosóficos orientais, baseados em princípios holísticos, com concepções diferenciadas sobre o corpo, a doença e o cuidado.

Porém, o termo “alternativo” vem sendo imbuído de forma pejorativa, no sentido de instituir uma outra opção terapêutica, caso a biomedicina não traga resultados, sendo então, rejeitado e negado pelos usuários e terapeutas.

De acordo com *National Center for Complementary and Alternative Medicine*⁽⁵⁰⁾, no fim da década de 1980 na Inglaterra e nos Estados Unidos, foi adotada a denominação Medicina Complementar, baseada na noção de uso concomitante com recursos do modelo biomédico, chegando então, ao conceito bastante utilizado pela classe médica e pela população - Medicina Alternativa e Complementar (MAC).

Embora seja o conceito de MAC mundialmente conhecido, alguns pesquisadores, profissionais e adeptos dessas práticas, referem não ser o termo adequado para defini-las, já que sugere a idéia de alternância, assim, nem sempre essas práticas são uma alternativa aos recursos biomédicos, mas complementares entre si⁽⁵¹⁾.

De toda sorte, a Organização Mundial de Saúde (OMS), estabeleceu diferenças entre os conceitos de Medicina Tradicional (MT) e Medicina Alternativa e Complementar, dispondo que a medicina tradicional seria um termo amplo utilizado para designar práticas baseadas em teorias e experiências relacionadas a cultura de cada país, principalmente os orientais e árabes. O termo medicina alternativa e complementar seria um amplo conjunto de práticas e cuidados de saúde, o qual não faz parte da tradição cultural de certos países e não está integrado à medicina alopática⁽⁵²⁾.

Medicina alopática seria o sistema que utiliza as práticas de tratamento centradas na doença e não no indivíduo. O termo alopatia surgiu com Samuel Hahnemann, que definiu a prática alopática como forma de tratar a doença de maneira contrária a ela, designando o tratamento alopático em um contexto de luta: “a doença é hostil ao homem e é preciso responder com tratamento hostil à doença”⁽⁵³⁾. A alopatia refere-se, neste estudo, a ampla categoria de práticas relacionadas ao modelo biomédico.

Com relação a medicina tradicional, Andrade⁽⁵⁴⁾ refere que muitas vezes o termo “tradicional” ilumina uma oposição ao moderno, apontando para um vasto conjunto de práticas antigas, que são conservadas pelo povo. Cabe, no entanto, considerar que o “tradicional” pressupõe constantes apropriações, reapropriações e combinações a que a tradição de um povo está sujeita no contexto da modernidade.

Em virtude da dificuldade de se estabelecer um único conceito, ultimamente, vem se utilizando o termo práticas terapêuticas não alopáticas para se referir a qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica ou alopática.

Dentro desse caráter polissêmico, Luz⁽⁵⁾ emprega um outro nome a essas práticas, denominadas por ela de racionalidades médicas. Embasada em estudos sócio-históricos, a autora define como racionalidades médicas somente aqueles sistemas médicos construídos racionalmente e empiricamente através da presença de cinco dimensões: morfologia humana, dinâmica vital, doutrina médica, sistema diagnóstico e sistema terapêutico, e descreve quatro sistemas médicos: a medicina ocidental, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica.

Atualmente, no Brasil, vem sendo utilizado o termo práticas integrativas e complementares em saúde, em virtude da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que contempla algumas racionalidade médicas, mas também outros recursos terapêuticos.

No entanto, a grande dificuldade em se estabelecer um conceito definitivo destas práticas é que, na maioria das vezes, esse discurso classificatório reside no interior do modelo biomédico, ainda dominante, e em que se estabelece os parâmetros de discriminação e legitimação⁽⁵⁴⁾.

2.2.1 Um recorte da trajetória das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Embora algumas práticas integrativas estejam presentes na cultura de países orientais há séculos, aqui no Ocidente, pesquisas referem que alguns acontecimentos sociais, após a Segunda Guerra Mundial, contribuíram para a introjeção de um ideário “alternativo”, como o movimento da contracultura, na década de 1960, na América do Norte e na Europa, estendendo-se, logo depois, para os países da América Latina, na década de 1970, tendo seu auge nos anos 80 do século XX^(5, 55).

A contracultura foi um movimento social e político de potencial revolucionário, constituído por intelectuais, jovens (*hippies*), grupos que lutavam pelos direitos civis. A luta empreendida por esse movimento era contra o estilo de vida americano da época, que incluía protestos contra a Guerra do Vietnã, a busca pela inclusão racial, luta pelos direitos femininos e dos homossexuais, pela consciência ecológica e pela mudança do sistema capitalista, que produzia alienação no trabalho, perpetuando o alto padrão de vida de alguns e o empobrecimento da grande maioria trabalhadora⁽⁵⁵⁾.

Nesse sentido, esse movimento social urbano exerceu forte pressão no campo da saúde, rejeitando culturalmente as tecnologias invasivas, antinaturais e antiecológicas apresentadas pela medicina e adotando práticas de cuidado advindas de sistemas médicos orientais ou mesmo privilegiando as práticas tradicionais de cuidado já existentes⁽⁵⁾.

Os debates em torno da saúde nos anos de 1970 ganharam força. Nessa época, discutia-se sobre um setor público ou privado na saúde, sobre uma possível intervenção na organização do modo de produção capitalista ou nos setores administrativos da saúde. A repercussão desses conflitos ecoaram na I Conferência Mundial de Atenção Primária, realizada em Alma Ata em 1978, que teve como tema “Saúde para todos no ano 2000”, na qual se estabeleceu uma crítica ao modelo biomédico, e incentivou a inclusão de práticas tradicionais nos sistemas de saúde, reconhecendo seus praticantes como importantes aliados na organização e implementação de medidas para aprimorar a saúde da comunidade⁽⁵⁶⁾.

Pode-se então afirmar que, foi a primeira vez, dentro de evento internacional de saúde, que se abordou a inclusão de práticas integrativas nos serviços de saúde, como forma de oferecer à população uma outra opção de cuidado, com recursos menos onerosos e com menores efeitos colaterais, além de incentivar o indivíduo a se responsabilizar e participar diretamente do seu processo terapêutico.

Ainda no final da década de 1970, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional (MT), incentivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade⁽⁵⁷⁾.

A partir de 1980, com a aproximação do “fim do mundo” ou da “nova era”, conhecida como a Era de Aquário, houve a fusão dos ensinamentos metafísicos e um “despertar espiritual”, em busca de uma nova consciência humana. Estes fatos acabaram por influenciar na intensa divulgação das práticas integrativas em saúde, além de uma disseminação de número de praticantes. A imprensa estimulava a procura por esses recursos, principalmente baseada na utilização dessas práticas por pessoas famosas. O aumento da demanda por esses recursos instigou muitos médicos a buscarem compreender esse fenômeno e o motivo pelo qual as pessoas estavam fazendo uso dessas práticas⁽⁴⁷⁾.

No Brasil, por intermédio do governo federal, o sistema médico tende a absorver algumas dessas alternativas terapêuticas. Essa absorção depende da demanda social e da pressão política em prol da legitimação das práticas integrativas. A corporação médica, no entanto, opõe-se a tal legitimação, a não ser que se faça mediante especialidade médica, como foi o caso da Homeopatia e, posteriormente, de outras práticas como a Acupuntura⁽⁵⁸⁾.

A batalha pela quebra da hegemonia biomédica e pela assimilação de um novo paradigma em saúde, que pudesse visualizar o indivíduo como agente protagonista do seu processo saúde-doença, conferiu uma maior autonomia sobre o corpo e possibilitou a integralidade do cuidado, o que acarretou não somente a proliferação das práticas alternativas em saúde, mas também uma mobilização em saúde por uma reforma política na saúde mundial.

O Brasil, como um dos países pioneiros no reconhecimento das chamadas práticas ou terapias integrativas teve seus momentos de entaves políticos, especialmente nos anos de 1980, quando os debates acerca da Reforma Sanitária ainda ressoavam pelas ruas e acabou por impulsionar a VIII Conferência Nacional de Saúde, em que foi abordada a integração de terapêuticas alternativas nos serviços de saúde como uma maneira democrática dos usuários escolherem sobre o tratamento a ser utilizado no cuidado com a saúde⁽¹⁰⁾.

Um dos primeiros eventos que se destacou na construção de políticas que envolvessem recursos alternativos, no Brasil, foi um convênio feito entre a Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ), a Fundação Oswaldo Cruz(FIOCRUZ), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social(INAMPS) e o Instituto Hahnemaniano com o objetivo de instaurar a homeopatia na rede pública de saúde⁽¹⁰⁾.

Neste cenário, as práticas integrativas tendem a conviver com as práticas biomédicas não apenas na sociedade civil, no “mercado da cura”, mas também nos serviços públicos, mediante a incorporação de recursos terapêuticos válidos, como dispõe a Constituição Federal de 1988⁽⁵⁾.

Em 1988, uma comissão composta por secretários do Ministério da Saúde, Previdência e Assistência Social, Trabalho e Educação, denominada Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação-CIPLAN, formulou diretrizes para a implantação de algumas práticas integrativas, como: a homeopatia, Acupuntura, Termalismo e Fitoterapia, na rede formal de saúde⁽⁵⁷⁾.

Embora todos esses eventos tivessem a principal finalidade de legitimação dessas práticas nos serviços de saúde da rede formal, houve uma certa morosidade em sua implantação, já que a corporação médica havia estipulado que somente os profissionais médicos poderiam exercer as práticas integrativas, mediante especialização comprovada.

Luz⁽⁵⁸⁾ afirma que há uma relação de poder hegemônico e exercício de domínio pelos médicos, quando refere que muitos profissionais como psicólogos, farmacêuticos, enfermeiros, assistentes sociais, biólogos, candidatam-se a formação de “Terapias Integrativas”, abrindo uma porta no mercado de trabalho terapêutico, no qual os médicos querem exclusividade.

Somente em 1995, a Vigilância Sanitária se propôs a controlar e regulamentar essas práticas de forma a implementar medidas para assegurar a qualidade dos serviços prestados e possibilitar o acesso seguro à população, através da instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas não-Convencionais, por meio da Portaria N° 2543/GM. No ano seguinte, em 1996, na 10ª Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada a incorporação de práticas como fitoterapia, homeopatia e acupuntura no Sistema Único de Saúde e, dois anos depois, foram integradas na Atenção Básica, através da Estratégia Saúde da Família⁽¹⁰⁾.

Ainda na década de 1990, emergiam os primeiros grupos de pesquisa sobre a temática na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). No município de Campinas/SP, foi implementado o primeiro ambulatório de Homeopatia na rede básica de saúde, tornando-se um dos municípios pioneiros no Brasil na introdução de terapêuticas integrativas, vindo, anos depois, a se tornar o centro de referências em estudo sobre práticas integrativas⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾.

Em 2000, foi criada a Associação Brasileira de Medicina Complementar e Estratégias Integrativas em Saúde, que objetivava: promover o desenvolvimento de estratégias, não alopáticas, visando uma maior eficácia do tratamento clássico; promover trocas de experiências entre os médicos e cuidadores; esclarecer e informar a população sobre o uso dessas práticas como recurso terapêutico⁽⁵⁴⁾.

A inserção das práticas integrativas e complementares vem ganhando respaldo e incentivo pela Organização Mundial de Saúde, através do documento “*Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*”, que propõe o desenvolvimento dessas práticas nos sistemas nacionais de saúde, o conhecimento a respeito da qualidade e eficácia dessas práticas, seu acesso e uso racional por profissionais e consumidores⁽⁵²⁾.

Mesmo com esses incentivos da OMS, a corporação médica no Brasil incentivava o andamento do Projeto de Lei nº 25 de 2002, que instituía o ato médico e estabelecia uma hierarquia entre a medicina e as demais profissões da área, uma vez que “todo diagnóstico e prevenção [estaria] sob controle dos médicos”, num claro objetivo de se manter exclusivamente no controle do mercado. Os temores dos outros profissionais de saúde eram, naturalmente, compartilhados pelos profissionais das práticas integrativas que anteviam um preocupante estreitamento do seu campo de atuação⁽⁶¹⁾.

Em 2003, o Ministério da Saúde constituiu um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares. Um ano depois, a temática foi incluída na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa, demonstrando assim que, o campo dessas práticas continuava a se expandir, mesmo diante das contraposições da conjuntura médica⁽⁵⁷⁾.

Incentivada pelas recomendações da OMS, foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), em 2006, contemplando, entre outras, diretrizes e responsabilidades institucionais para implantação/adequação de ações e serviços de Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, além de instituir observatórios em saúde para o Termalismo/Crenoterapia³ e para a Medicina Antroposofica no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁶²⁾.

³ A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica, atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

Em consonância com estas diretrizes, e pela necessidade de fazer parcerias e buscar a cooperação internacional, em 2008, foi realizado, em Brasília, o 1º Seminário Internacional sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, promovido pelo MS. Neste evento, fizeram-se presentes representantes da OMS, de 5 países (Cuba, México, Bolívia, China e Itália), e dos estados, municípios e instituições brasileiras com projetos e pesquisas na área⁽⁶³⁾.

Durante este evento, representantes da OMS revelaram que, até a década de 90, apenas cinco países possuíam regulamentação e políticas voltadas para práticas integrativas, em 2003, já somavam 44, e, em outros 51 países, políticas nacionais estavam em fase de elaboração. Além disso, revelaram que até 2007, 48 países já integravam esses recursos aos sistemas nacionais de saúde; e em 62 países, já existiam institutos de pesquisas dedicados ao estudo das MAC⁽⁶³⁾.

No ano de 2008, existiam no país mais de 800 municípios realizando algumas práticas integrativas e complementares. Ainda que se conheça pouco acerca da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e sobre a oferta destas práticas nos serviços de saúde, algumas experiências já ocorriam no país, como nos Municípios de Campinas-SP, Florianópolis-SC, Recife-PE, João Pessoa-PB, entre outros⁽⁶³⁾.

Entre 2007 e 2011, o número de serviços que oferecem práticas integrativas e complementares em saúde registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) aumentou de 505 para 3.565, ou seja, 7,06 vezes, com predominância das práticas corporais e acupuntura⁽⁶⁴⁾.

2.3 Pesquisas e debates sobre as Práticas Integrativas e Complementares.

No cenário internacional, os termos “ *Complementary and Alternative Medicine* (CAM)”, ou ainda, “*Integrative Medicine*” são predominantemente utilizados para definir pesquisas sobre as práticas integrativas e complementares em saúde. Em grande parte dos estudos feitos no exterior, observou-se uma predominância de artigos que envolvem o uso de práticas integrativas relacionado às doenças crônicas, principalmente ao câncer.

Segundo Velo⁽⁶⁵⁾, a Alemanha, Áustria, Espanha e Inglaterra podem ser referenciados como principais países que desenvolvem pesquisas a respeito das práticas

integrativas, e onde também grande parte da população faz uso desses recursos, assim como os Estados Unidos da América (EUA) e Emirados Árabes.

Foi observada, em revisão sistemática feita por Harris⁽¹⁵⁾ sobre a prevalência do uso de práticas integrativas pela população em geral que, apesar das limitações metodológicas dos estudos incluídos, esses recursos são realizados em proporções substanciais das populações gerais de uma série de países. Nesse levantamento de artigos, foi constatado que os estudos envolvendo essa temática são produzidos principalmente pelos EUA, Reino Unido, Canadá e Austrália, tendo também produções importantes advindas do Japão, Malásia e Coreia do Sul.

As pesquisas de caráter internacional também revelam que mesmo com a crescente expansão da medicina ocidental, o interesse pelas PICs também aumentou dramaticamente ao longo da última década, revelando também uma expansão no uso desses práticas no últimos anos, nos EUA, Alemanha e Austrália⁽¹⁴⁾.

Diante desse contexto, em novembro de 2008, em um Congresso sobre Medicina Tradicional, a OMS aprova a aplicação segura e eficaz da medicina tradicional entre seus Estados-membros e incentiva-os a implantar esses recursos junto as práticas integrativas nos sistemas de saúde de cada país⁽⁶⁵⁾.

No Brasil, as pesquisas desenvolvidas sobre as práticas integrativas e complementares realizadas por Madel Therezinha Luz e Nelson Felice de Barros, despontam no trabalho envolvendo essa temática em solo nacional. No entanto, existem outros nomes de tão igual importância que vêm delineando o caminho das práticas integrativas pelos estados brasileiros.

Madel T. Luz aborda essa temática através de pesquisas, relatórios, livros e eventos, além de ser coordenadora de um grupo de pesquisa da Universidade Federal Fluminense (UFF), ligado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), na linha de Racionalidades Médicas.

Esse grupo existe desde 1991 e abrange em níveis teóricos e práticos, comparações entre os sistemas médicos complexos, como a Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Ayurvedica, Homeopatia, entre outros. Até o ano de 2011, foram produzidos 48 livros, 244 artigos, 37 dissertações e 25 teses vinculadas ao grupo e relacionadas com a temática em questão⁽⁶⁰⁾.

Estes dados demonstram o interesse em desenvolver pesquisas que envolvam as práticas integrativas e complementares no país. Os estudos já realizados, implicam na aplicação de alguns desses recursos tanto na rede pública como na privada de cuidados

em saúde, em pessoas com doenças crônicas, demonstram a concepção dos profissionais a respeito do uso dessas práticas, relatam a implantação da política em âmbito municipal, revelam a abordagem dessas práticas nas instituições de ensino e discutem sobre a epistemologia dessas práticas.

Além das pesquisas na linha de estudo das racionalidades médicas, existe o Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), com grande visibilidade no Brasil. O laboratório foi criado em 2008 e faz parte do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas (UNICAMP), que tem como coordenador, Nelson Felice de Barros, e como membro colaborador, Charles Tesser, outro grande nome na pesquisa em práticas integrativas.

O interesse nas práticas integrativas, também fica evidente por meio dos variados eventos que acontecem de forma frequente no Brasil. Internacionalmente, em 2008, foi realizado o I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em Brasília; I Simpósio Internacional de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica à saúde, realizado em 2013 na cidade de Araraquara/SP; e também foi realizado em março, deste ano (2015), o I Simpósio Internacional de Práticas Integrativas e Complementares baseada em evidências, que aconteceu em Brasília.

Os eventos nacionais que merecem destaque foram o I Forum Nacional de Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde, realizado em 2012 em Niterói/RJ; o I Simpósio de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas e Racionalidades Médicas, realizado em 2011 e, em 2013, ocorreu a segunda edição, ambas em Campinas/SP.

Os eventos regionais ou estaduais são vários e correspondem ao desenvolvimento implantação das PICs nos municípios brasileiros. Destes, pode-se fazer alusão ao I Seminário da Regional Sul de Práticas Integrativas e Complementares, em 2012; ao I Seminário Sudeste de Práticas integrativas e Complementares, realizado em 2013; e também, no mesmo ano, o I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, no Vale do São Francisco.

No Estado da Paraíba (PB), os movimentos realizados em prol das PICs se efetuaram de forma intensa dentro das instituições de ensino, antes mesmo de tomar força no âmbito dos serviços de saúde.

Entre os anos de 1975 e 1978, quando a FURNE (Fundação Universidade Regional do Nordeste), ainda não havia passado pelo processo de estadualização, em

que se tornou Universidade Estadual da Paraíba, em Campina Grande/PB, a professora Rinalda Araújo Guerra de Oliveira, farmacêutica, professora da disciplina de Farmacologia, iniciou seus estudos sobre homeopatia junto aos discentes. Os parágrafos a seguir foram construídos com base em informações concedidas pela professora Rinalda, sobre os caminhos traçados na busca pela visibilidade das práticas integrativas e complementares em João Pessoa/PB⁴.

Em 1979, já em João Pessoa, atuando como professora colaboradora da disciplina de Farmacologia, no curso de Medicina, que Professora Rinalda, questionada e instigada pelos discentes iniciou, juntamente com professora Zélia da Costa Madruga, odontóloga, também docente da disciplina, o que seriam os primeiros passos para os estudos das PICs dentro da Universidade Federal da Paraíba- UFPB.

Encabeçados pelos próprios discentes de medicina, o movimento sobre as PICs teve sua gênese em estudos feitos sobre a homeopatia e plantas medicinais, que culminou na criação do GMAP- Grupo de Medicina Alternativa da Paraíba. O grupo era formado majoritariamente pelos discentes de medicina, pelas professoras Rinalda e Zélia, que assumiram, respectivamente, as funções de secretária e tesoureira do grupo. Estudantes dos cursos de Farmácia e Enfermagem se faziam presentes de forma minguante.

O grupo tinha como objetivo estudar plantas medicinais, homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica. O professor Clóvis Beltrão de Albuquerque, na época coordenador da disciplina de Farmacologia, autorizou os estudos sobre homeopatia e plantas medicinais, e estimulou a equipe. O grupo durou quase 5 anos, tempo em que os discentes envolvidos concluíram a graduação e saíram da instituição. Alguns médicos homeopatas de João Pessoa foram frutos daqueles anos, como Maria de Fátima Lacerda Guerra, e alguns outros profissionais interessados em homeopatia e fitoterapia também se destacaram, como Climério Figueredo, Socorro Sousa, Berta Kluppel e Virgínia Siqueira, todos médicos e professores da UFPB.

Somente em 1984, a Homeopatia foi instituída como disciplina optativa na UFPB, chamada Fundamentos da Homeopatia. Ainda na década de 80, coordenado pelo Professor e doutor em antropologia José Maria Tavares de Andrade, surgiu o GIPLAM- Grupo Integrado de Plantas Medicinais. Esse grupo se desenvolvia dentro do

⁴ Informações concedidas pela Professora Rinalda Araújo Guerra de Oliveira em 11 de dezembro de 2014.

Centro de Ciências da Saúde CCS/UFPB, e outros estudantes já haviam se interessando pela temática. O próprio Andrade⁽⁶⁶⁾ em seu livro “Planta, remédio, América Latina” relata sua cumplicidade de ideias junto a professora Rinalda, quando fizeram parte de Centro de Informação e Formação em Plantas Medicinais na UFPB e enaltece a iniciativa da professora em democratizar os conhecimentos acadêmicos para a formação de uma nova geração de profissionais de saúde, através da institucionalização da homeopatia e da fitoterapia na academia.

Ainda segundo Professora Rinalda, após o GIPLAM, surgiu a possibilidade de construção do PET (Programa de Educação Tutorial) temático sobre Plantas Medicinais, que ficou sob a coordenação das Professoras Rinalda Oliveira e Margareth Diniz, posteriormente, com a saída dessas docentes, assumiu a Professora Leônia Batista. A partir desse programa de extensão, foram cultivados canteiros de plantas medicinais da universidade para estudos e taxonomia. Havia também feiras de exposição de plantas medicinais em vários locais e eventos da cidade, para que a comunidade também pudesse participar desse conhecimento.

Em 1991, foi criado, na UFPB, o Núcleo de Estudos e Pesquisas Homeopáticas e Fitoterápicas (NEPHF), com o objetivo de realizar e promover atividades de ensino, pesquisa e extensão nas áreas de Homeopatia, Fitoterapia, além da formação de grupos de estudos voltados para a Medicina Alternativa⁽⁶⁷⁾. Em 1994, a Fitoterapia foi criada como disciplina e incorporada aos cursos de graduação de Enfermagem, Farmácia e Nutrição, tendo como primeiro professor concursado Climério Avelino de Figueredo.

Na Universidade Estadual da Paraíba, no fim da década de 80, a Professora Maria de Fátima de Araújo Silveira ao assumir o concurso para docente do curso de Enfermagem, leva suas experiências em plantas medicinais e farmácias vivas, desenvolvidas no município de Caruaru/PE, onde trabalhava, para a instituição de ensino.

A partir de então, foi criada a disciplina de Fitoterapia para o Curso de Enfermagem da UEPB, na qual a professora Maria de Fátima de Araújo Silveira se estabeleceu como a docente pioneira no Brasil no ensino de Fitoterapia para Enfermagem⁵. Atualmente, a disciplina abrange outras práticas integrativas e está sob o nome: “Processo de Cuidar com Terapias Alternativas e Complementares”.

⁵ Informações concedidas pela professora Maria de Fátima de Araújo Silveira em 09 de junho de 2014.

Em ambas instituições de ensino os estudos e pesquisas sobre práticas integrativas continuam. Na UEPB, o livro do Professor Ivan Coelho, intitulado “Raizeiros” se tornou um campeão de vendas, sendo solicitado por importantes universidades e instituições de ensino de vários países como Alemanha, França, Inglaterra e Estados Unidos⁶. A UFPB, por sua vez, foi chamada a colaborar na formulação de uma política municipal para as práticas integrativas e complementares no Município de João Pessoa, que é uma das experiências exitosas no Brasil no que concerne a ampliação dessas práticas nos serviços públicos de saúde. Além disso, o ensino das disciplinas de Homeopatia e Fitoterapia é oferecido para os curso de Medicina, Farmácia, Enfermagem, Odontologia e Nutrição.

2.4 As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Município de João Pessoa-PB.

Como fruto do incentivo e da construção de conhecimentos sobre plantas medicinais e homeopatia dentro da UFPB, os profissionais, que dela foram formados, traçaram os primeiros caminhos sobre as PICs no município de João Pessoa/PB.

Em conversa com a diretora do Centro de Práticas Integrativas e Complementares- “Equilíbrio do Ser”, ela referiu que foram várias as ações que culminaram no fortalecimento da PNPIC em João Pessoa. Dentre estas, o grande interesse pela fitoterapia e homeopatia, que vinham sendo praticadas em algumas Unidades de Saúde da Família (USF), como exemplo, a USF dos Ipês. Esta unidade, aos poucos se transformou em Núcleo de Fitoterapia dos Ipês, no entanto, além do horto de plantas medicinais, a médica da equipe era homeopata e o serviço já contava com uma dinâmica diferenciada dos demais, como a produção de fuxicos e contação de histórias na sala de espera⁷.

A gestão política de 2005-2008 iniciou esforços para expandir as ações de fitoterapia e homeopatia no município, que previa a capacitação dos profissionais da rede de serviços da Atenção Primária. Para isso, foi elaborado um formulário com questões relativas ao conhecimento de fitoterápicos e homeopáticos, a ser preenchido

⁶Informações contidas no site da Universidade Estadual da Paraíba(UEPB): <http://www.uepb.edu.br/livro-do-professor-e-botanico-ivan-coelho-e-torna-campeao-de-vendas-na-editora-universitaria-da-uepb/>

⁷ Informações concedidas por Patrícia Margarete Cavalcante Reis em 16 de janeiro 2015.

pelos profissionais de saúde e encaminhado à direção de todos os distritos sanitários. O processo de devolução dos formulários ocorreu de forma lenta e poucos profissionais tinham conhecimento sobre esses recursos, embora tivessem interesse na capacitação⁽⁶⁸⁾.

Então, com a criação da Coordenação de Medicinas Naturais e Práticas Complementares, foi elaborado um projeto para a construção de um Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CPICS), mas logo este arrefeceu, devido a questões de interesse político, organizacional e econômico. Somente em 2007, já com a criação da PNPIC, as discussões no município foram retomadas através da parceria com a UFPB. Em 2008, foi criada a Lei Municipal n. 1.665, fruto da organização da sociedade civil e dos sindicatos dos Terapeutas da Paraíba. Esta lei dispõe sobre a normatização das práticas integrativas junto à população, através dos serviços públicos de saúde⁽⁶⁹⁾.

Entre os anos de 2009 e 2010, foram realizadas ações para a implantação da política de práticas integrativas em João Pessoa, por meio de oficinas de sensibilização para os profissionais da rede e da realização do I Seminário de Políticas Públicas e Práticas Integrativas, que contou com a participação da coordenadora da política nacional e atraiu mais de 300 profissionais de saúde dos serviços municipais⁽⁶⁸⁾.

Nessa conjuntura, foi criado em 2011, o Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares, localizado no Parque Zoobotânico Arruda Câmara. Logo depois, em virtude da elevada demanda do núcleo, mais dois Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde foram inaugurados no ano de 2012, um no bairro dos Bancários e outro, de menor porte, no bairro Valentina de Figueiredo. Os centros realizam as práticas integrativas reconhecidas pelo SUS: Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, como também outras práticas ainda não legitimadas.

Por fim, apesar grande difusão existente sobre esses recursos terapêuticos, ainda podemos encontrar lacunas no que se refere a orientação dessas práticas de cuidados, como parte das interações sociais existentes entre os saberes científicos e o senso comum.



Fonte: Google imagens, 2015

Não há caminho errado. O aprendizado e a experiência estão em todos os caminhos...
(Gasparetto)

3. Percurso Metodológico

“São os passos que fazem os caminhos.”

Mário Quintana

3.1 A Etnografia e a História Oral como caminhos entrelaçados

Optamos por seguir o método etnográfico para analisar as histórias de mulheres na busca por cuidados, quando já estavam inseridas em um modelo de tratamento delineado pelas práticas integrativas e complementares.

Associada ao referencial antropológico de produção de conhecimentos, a escolha da etnografia para este estudo fez-se como um recurso apropriado para apreender as expressões da vida cotidiana em suas variadas dimensões, a partir da inter-relação entre o pesquisador e as colaboradoras dentro de um contexto específico.

A etnografia se configura em um processo investigativo que envolve um longo período de observação para ver, ouvir e registrar os eventos, visando entender e validar os significados das ações, a partir da descrição, análise e interpretação do material. Esses, a propósito, foram organizados partindo do contexto mais amplo para o particular, favorecendo a microanálise, bem como a interpretação e explicação dos resultados⁽⁷⁰⁾.

O caminho etnográfico traz consigo as seguintes características: A pesquisa deve ser desenvolvida em ambiente de vivência das pessoas pesquisadas; o pesquisador é um observador, mas também, participante do cotidiano das pessoas em estudo; requer um compromisso a longo prazo; é indutivo, de modo a usar um acúmulo descritivo de detalhes para a construção de conhecimentos; é dialógico, a partir do momento que permite a interação entre o pesquisador e os participantes, e, é holístico, de modo buscar revelar o retrato mais completo do grupo em estudo⁽⁷¹⁾.

Consideraremos então que a preocupação maior da etnografia é obter uma descrição densa e ampliada do evento social, em outras palavras, uma descrição criteriosa e detalhada do comportamento dessas mulheres, considerando seus olhares, os gestos, o tom da voz, as pausas, as interações, enfim, tudo que seja significativo para a compreensão do mundo social em que estão inseridas.

A pesquisa de campo etnográfico consiste em estudar o outro, como uma alteridade. A observação é, então, essa aprendizagem de olhar o outro para conhecê-lo, e, ao fazer isto, de certa forma acaba-se por conhecer a si próprio⁽⁷⁰⁾. Cada percepção

apurada permite refletir conceitualmente o que Bachelard⁽²⁾ ensinou em sua obra de iniciação “A formação do espírito científico” sobre como vencer obstáculos epistemológicos imbuídos de uma cultura científica. Então, foi possível, ao recorrer às ideias científicas, ordenar as descobertas em uma lógica inteligente que provocaram o conhecimento sobre o observado, sobre a situação pesquisada e sobre as dinâmicas sociais investigadas.

Por se tratar de um método de pesquisa que permite a interpretação dos significados e das ações a partir do ponto de vista de quem vive, a etnografia fornece aos profissionais de saúde a possibilidade de compreender a saúde e a doença sob os diversos olhares dos usuários dos serviços de saúde. Nesse sentido, ao permitir a valorização da subjetividade dos seres humanos, de suas percepções e condições sociais, nas quais se estabelece o processo de cuidado, os estudos culturais podem impulsionar benefícios para melhorias na qualidade dos serviços prestados⁽⁷²⁾.

Embora a saúde, a doença e o cuidado sejam fenômenos estudados predominantemente pelas ciências biomédicas, eles não podem ser entendidos fora do contexto em que ocorrem, por isso, exigem observação e descrição cuidadosa dos comportamentos, ações e pontos de vista para que seja possível compreender que tipo de interpretação as pessoas e os grupos sociais fazem a respeito do processo saúde-doença e das práticas de cuidado. Constitui, portanto, uma das principais vantagens da pesquisa etnográfica para a saúde, o conhecimento do outro como base para a construção de um cuidado diversificado e eficiente⁽⁷³⁾.

Lenardt, Michel e Melo⁽⁷²⁾ ainda acrescentam que, os estudos etnográficos além de possibilitarem que os profissionais de saúde adequem suas ações as necessidades e expectativas reveladas pela população, também estabelecem críticas diante das posturas e atitudes etnocêntricas reveladas por alguns profissionais de saúde ao imporem sua cultura aos usuários do serviço.

Destarte, Geertz⁽²⁹⁾ salienta que para que o texto etnográfico seja plausível é necessário que o autor penetre e se deixe impregnar no universo do outro. O material coletado pode ser em forma de narrativas ou histórias de vida, mas sem perder o ponto chave da etnografia que é a descrição densa e contextualizada do fenômeno pesquisado.

Para Gomes e Mendonça⁽⁷⁴⁾, os relatos produzidos pelas narrativas podem construir evidências qualitativas sobre o narrador, a doença e sua narrativa original, através da construção de significados da doença como alterações corporais e desintegração do mundo social; a reconstrução da história de vida; a explicação e o

entendimento da doença, a partir dos contextos individuais, culturais e sociais e a transformação do individual para o pessoal e deste para o coletivo.

Ao dispor dos acontecimentos vividos, através de fontes orais, as lembranças dos acontecimentos podem trazer à tona a plenitude da consciência socioindividual, do jogo entre o real e realidade percebida, das contradições e ambiguidades existentes nas relações dos indivíduos, que têm suas concepções de mundo construídas historicamente⁽⁷⁵⁾.

Sendo assim, para a produção do material empírico, utilizamos a técnica da História Oral, com base nos preceitos estabelecidos por Meihy⁽⁷⁶⁾. O autor considera essa abordagem como promotora da subjetividade humana, capaz de reavaliar pressupostos muitas vezes legitimados por repetições historiográficas feitas sobre minorias, mas que nunca levaram em consideração a participação mínima dos sujeitos pesquisados.

Nesta pesquisa, adotamos a História Oral de Vida, que é uma das vertentes da História Oral. A História Oral de Vida valoriza a experiência e a subjetividade de cada indivíduo, garantindo sentido social à vida do depoente e permitindo a compreensão de eventos, períodos e de práticas culturais e históricas, cujas trajetórias são registradas e analisadas precipuamente para revelar interações entre percursos individuais e processos coletivos⁽⁷⁷⁾.

Por compreendermos o processo saúde-doença como algo dinâmico e influenciado por fatores históricos, culturais, sociais, políticos, biológicos, psicológicos e econômicos, que decorrem da subjetividade de cada indivíduo, e que, deste modo, lhe confere significados próprios e peculiares, recorrendo a práticas de cura e cuidado que possam satisfazer as suas necessidades, conhecer a história de vida do indivíduo, referente ao processo de adoecimento e cura, é poder adentrar em um universo ímpar de representações, símbolos e rituais em busca da saúde e bem-estar.

É nesse contexto, que as histórias de vida se fundem em uma perspectiva temporal de produção da realidade. Valencia⁽⁷⁸⁾ refere que a construção de histórias de vida permite a reconstrução de significados em uma perspectiva temporal porque vislumbram as formas de circulação da memória no interior de uma cultura. Além disso, a história de vida sempre produz uma seleção de acontecimentos do passado em relação ao presente, que são organizados de acordo com os significados.

3.2 O Cenário da pesquisa

No município de João Pessoa-PB existem três serviços da rede pública de saúde que oferecem de maneira específica atendimento por meio de práticas integrativas e complementares. O local que escolhemos para o desenvolvimento dessa pesquisa foi o Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CPICS) “Equilíbrio do Ser”, por se configurar o maior espaço onde são desenvolvidas tais práticas e já possuir uma demanda bem definida. Tal local foi inaugurado em 31 de agosto de 2012 e está situado na Avenida Sérgio Guerra, no Bairro dos Bancários.

FIGURA 2: Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.



Fonte: Arquivos da autora, 2015.

O bairro dos Bancários, está localizado na zona leste do município de João Pessoa-PB e conta com, aproximadamente, uma população de 11.863 habitantes, conforme censo 2010⁽⁷⁹⁾. O CPICS está localizado em um terreno amplo, voltado para a principal avenida de acesso ao bairro.

O CPICS recebe usuários que chegam por demanda espontânea ou referenciada por outros serviços da rede SUS. As práticas oferecidas são: acupuntura, terapia

comunitária, resgate da autoestima, permacultura⁸, yoga, gestalt terapia, biodança, dança circular, tai chi chuan, meditação, cura e expressão pelas artes, oficina de teatro, medicina ayuverda, reiki, massoterapia, argiloterapia, homeopatia, auriculoterapia, fitoterapia, cromoterapia, terapia floral, quiropraxia, moxabustão, reflexologia, consciência corporal.

O centro é totalmente diferenciado dos demais serviços de saúde, e já causa impacto àqueles que o procuram. A infraestrutura conta com ampla área verde na frente do espaço físico e estacionamento nas laterais. O ambiente é bem espaçoso, arejado e limpo. Ao adentrar, embora já se encontre o balcão de recepção logo à frente da porta principal, o que chama a atenção é a decoração e o jardim central.

Do lado esquerdo encontram-se cadeiras dispostas em círculos para facilitar a acomodação dos usuários no momento de preencher a ficha de cadastro. Do lado direito, outras cadeiras dispostas em fileira se constituem no espaço de espera dos usuários (figura 3). Em frente às cadeiras, há uma grande janela que oferece acesso ao jardim, chamado “Jardim Amanhecer”, que tem uma fonte artificial de água.

FIGURA3: Hall de Entrada do CPICS



Fonte: Arquivos da autora, 2015.

O CPICS ainda dispõe de oito consultórios específicos para as práticas realizadas individualmente. Os espaços tem nomes diferenciados que fazem alusão à

⁸ Terapia que promove educação ambiental, através de ferramentas de autossustentabilidade e emancipação humana e social. Definição atribuída pelos profissionais do Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

natureza: Caminho do Vento, Margem do Rio, Terra Molhada, Chapéu de Sol, Olho D'água, Ser no Ninho, Brisa do Mar e Ponto de Luz. Cada consultório é composto por uma cama, uma mesa, duas cadeiras, utensílios e insumos destinados a cada prática específica (figura 4).

FIGURA 4: Espaço para as práticas coletivas e individuais do CPICS



Fonte: Arquivos da autora, 2015.

Além dos consultórios, existem 5 grandes ambientes para as práticas que acontecem de forma coletiva, que são os espaços: Acorde, Amém e Viva, a Horta mandala e o área Jardim externo. Os três espaços são salas amplas, climatizadas, cada uma pintada de uma cor diferente em tom pastel, abrigando colchonetes, cadeiras, aparelho de som e armários para guardar material. Nessas salas, ao lado da porta, na parte inferior da parede, encontram-se placas com os dizeres “Liberte seus pés”, para que os usuários possam tirar seus calçados e ficar mais à vontade durante as práticas. O contato com o chão é valorizado principalmente nas práticas coletivas, como uma forma de aguçar os sentidos de conexão e pertencimento com a terra.

A estrutura física ainda conta com a sala “Pequeno Beija Flor”, destinada ao trabalho com crianças; o auditório “Águia Dourada”, destinado para os momentos de escuta, para as reuniões com profissionais do próprio centro e para os cursos de capacitação; uma farmácia que dispensa medicamentos fitoterápicos (Alcachofra, Arnica, Castanha da Índia, Centella asiática, Cáscara sagrada, Espinheira santa, Hera, Hipérico, Guaco, Valeriana, Isoflavona de soja, Óleo de barragem, Plantago). Há

também a sala para o arquivo de prontuários, sala administrativa, copa, banheiros para os usuários, e também para os profissionais, almoxarifado, sala de arquivos, sala da direção e cozinha. Os nomes dados aos espaços foram escolhidos pelos próprios terapeutas que lá trabalham no momento da criação do serviço.

A “horta mandala”, constitui-se de uma sala e uma área verde, onde são realizados trabalhos relativos as plantas medicinais e a permacultura (figura 5). No jardim externo, são realizadas algumas sessões de Tai Chi Chuan, como também a “Feirinha do Equilíbrio do Ser”, que reúne pequenos agricultores para a venda de produtos naturais orgânicos, um brechó, produtos artesanais e comidas naturais. A feirinha acontece na quarta-feira, a cada 15 dias, no horário das 9 horas da manhã às 16 horas.

FIGURA 5: Horta mandala e Jardim Amanhecer.



Fonte: Arquivos da autora, 2015.

O centro funciona das 8h às 21h, da segunda à quinta-feira. Na sexta pela manhã não é aberto ao público, pois ocorre reunião interna da equipe, mas, à tarde, o

atendimento é das 14 às 21 horas. Os terceiro e quarto sábados de cada mês são reservados para cursos de formação em PICs.

Durante o ano de 2014, foram realizados um total de 34.521 atendimentos, sendo 8.042 consultas individuais e 26.476 usuários atendidos em práticas coletivas⁹.

3.3 A Inserção no campo e as vivências

Em fevereiro de 2013, já no segundo ano do curso de doutorado, e diante da necessidade de mergulhar no universo das práticas integrativas para que pudesse recortar e definir o objeto de investigação fui conhecer o Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CPICS)–Equilíbrio do Ser.

O local onde o centro está situado e a grande área verde que tem em frente, já provoca curiosidade e atrai a atenção das pessoas que por ali passam. O nome “Equilíbrio do Ser”, exposto em letras grandes e a peça artesanal, que parece ser uma mandala feita de terra e de grãos, instiga até os mais distraídos a indagar o que seria aquele local que destaca o equilíbrio em meio à instabilidade e correria do cotidiano?

Diário de Campo, quinta-feira, às 14h 14min., 14 de fevereiro de 2013

Ao entrar no espaço, confesso que fui tomada por uma admiração ainda maior, tanto pela limpeza, quanto pelo arranjo da organização. Receberam-me com muita cordialidade e logo pedi informações a respeito dos coordenadores do local. Enquanto esperava ser atendida, percebi que o público que procurava o serviço era diverso, entre homens, mulheres e crianças, de diferentes faixas etárias e classes sociais.

A diretora administrativa veio ao meu encontro de maneira muito solícita. Apresentei-me e conversamos informalmente sobre a oferta das PICs, os terapeutas, os usuários, enfim, como funcionava a dinâmica do serviço. Aproveitei para buscar esclarecimento sobre as condutas éticas e legais que deveria tomar para garantir o consentimento para realização da pesquisa, posteriormente.

A diretora solicitou um projeto de pesquisa para ser analisado pelos gestores do serviço, mas, previamente, já me sugeriu procurar os terapeutas para que eu pudesse participar de algumas terapias de grupo e conhecer como estas são desenvolvidas.

⁹ Dados Concedidos pela diretora administrativa do CPICS.

Conversei com dois terapeutas que desenvolviam práticas integrativas em grupo e eles me abriram a oportunidade para participar de alguns encontros de biodança e da cura por expressão. A experiência de interagir com as pessoas e participar daqueles momentos de cuidado, olhando e escutando o que se passava ao redor como observadora participante, proporcionaram-me novas reflexões acerca de como o processo terapêutico se construía.

Durante essa primeira etapa de observação participante, frequentei o serviço semanalmente por um mês. Depois me afastei, pois tive que me dedicar às atividades das outras disciplinas que ainda estava cursando e demandavam um tempo maior de estudo. Mas esse primeiro e breve contato com o contexto social no qual a pesquisa seria desenvolvida foi essencial para alicerçar o projeto de pesquisa e fazer os recortes necessários na delimitação do objeto a ser estudado.

Essa “saída exploratória”, como refere Rocha e Eckert⁽⁷⁰⁾, permitiu-me ter um contato ampliado, ainda que superficial, do espaço onde seria desenvolvida a pesquisa, como também possibilitou a aproximação com os gestores da instituição para a obtenção de informações relevantes sobre a estrutura organizacional, a dinâmica do serviço e os atores envolvidos.

Após a construção e finalização do projeto, esse foi encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB para conhecimento e consentimento da pesquisa e, posteriormente, para o Comitê de Ética em Pesquisa da universidade (UFPB). Com a autorização de ambas as instituições, retornei ao trabalho de campo em novembro de 2014.

O fato de passar dois anos cursando as disciplinas necessárias para o processo de doutoramento, somado ao meu trabalho como docente em uma cidade distante do campo de pesquisa dificultaram o retorno ao CPICS, nesse ínterim. Ao retornar ao serviço, aparentemente à primeira vista nada tinha mudando, no aspecto estrutural do local.

Diário de Campo, sexta-feira, às 15h 30min. 14 de novembro de 2014

Enquanto esperava a coordenadora para reiterar sobre os objetivos da pesquisa, sentei-me alguns minutos no hall de espera e iniciei uma conversa com uma usuária que estava aguardando o início da yoga. Ela foi me contando espontaneamente, que estava ali porque “não queria ficar parada, sozinha em casa,

sem fazer nada! Tinha encontrado na yoga uma possibilidade de conhecer pessoas novas e movimentar o corpo.”

A conversa continuou e se direcionou para outros assuntos, mas esse trecho, especificamente, inquietou meus pensamentos e me fez refletir que, embora aquele fosse um serviço de saúde, poderiam existir outras razões que levaram as pessoas a procurar as práticas integrativas e que não estavam necessariamente associadas à adoecimento, em sua dimensão física de expressão.

A conversa foi interrompida com a presença da diretora administrativa que me chamou para conversar. Sugeri a possibilidade de ter um encontro com os terapeutas do serviço para que pudesse conhecê-los e apresentar os objetivos da pesquisa. Ela consentiu e achou a ideia muito oportuna. Marcamos a apresentação da pesquisa para uma sexta-feira pela manhã, pois era o dia da semana reservado para as reuniões internas da equipe.

Diário de Campo, sexta-feira, às 10h 50min. 21 de novembro de 2014

A reunião foi realizada na data e horário combinados, de forma breve, mas esclarecedora. Havia 17 terapeutas presentes, além da diretora e da coordenadora do serviço. Apresentei os objetivos da pesquisa, quem seriam os colaboradores, e como seria feita a produção do material empírico.

Para evitar que as informações verbalizadas se perdessem, fiz um esquema contendo as principais informações da pesquisa e repassei para os terapeutas. Solicitei a contribuição deles, no sentido de me inserir nas práticas de grupo para que eu pudesse interagir com o grupo, como também pedi que eles indicassem os usuários que poderiam estar colaborando com o estudo, inclusive aqueles que estivessem realizando práticas individuais. Dessa forma, para relacionar os terapeutas com as práticas desenvolvidas por cada um de maneira específica, construí uma ficha para que eles pudessem se identificar, dizer quais práticas integrativas desenvolviam, bem como os dias e os horários que aconteciam.

Essas informações foram substanciais para que eu pudesse estruturar um esquema que ajudasse no planejamento e organização dos horários de cada encontro da prática integrativa que fui consentida a participar. Vale ressaltar aqui, que todos os terapeutas que tive contato, foram acessíveis e prestativos durante todo o processo de inserção no campo e da produção do material empírico.

Durante as idas ao CPICS, tive conversas informais com alguns terapeutas que me revelaram que a procura das pessoas pelo serviço era impulsionada principalmente por queixas de dores difusas, muitas vezes de origem emocional e psicológica. No entanto, durante o tempo que frequentei o serviço, pude observar que algumas pessoas chegam ao centro sem conhecimento do que lá seja ofertado, impulsionadas muitas vezes pela curiosidade.

Comecei participando inicialmente dos encontros de permacultura, que são abertas ao público em geral, nas terças e quintas-feiras. Fui me apropriando do espaço em si e tecendo aos poucos uma rede de interações com as pessoas do grupo. Rocha e Eckert⁽⁷⁰⁾ revelam que este é um trabalho cuidadoso que deve ser construído pelas margens da vida cotidiana e ir se deslocando progressivamente para o interior dos dramas vividos.

Diário de Campo, terça-feira, às 14h 40min. 02 de dezembro de 2014

Os encontros de permacultura iniciavam-se com a harmonização do grupo, em que os usuários, junto com os terapeutas, formavam um círculo, e de mãos dadas agradeciam pelo momento presente, davam boas vindas e desejavam iluminação e positividade uns aos outros. Essa ocasião também era um momento de introspecção de cada usuário. De olhos fechados os terapeutas pediam que todos ali fechassem os olhos e respirassem profundamente, sentindo a energia vital que transcorria no local.

Os momentos de harmonização eram feitos no início e no final de cada encontro de permacultura. Ao participar de outras práticas de grupo, observei que esta ação era realizada com frequência.

Além da permacultura, tive a oportunidade e o deleite de partilhar experiências nas práticas de biodança, cura e expressão, terapia comunitária integrativa e consciência corporal. Essas práticas aconteciam mais de uma vez na semana e tinham grupos distintos de usuários. Antes que pudesse me inserir nesses grupos, os terapeutas, das respectivas práticas, indicaram os melhores horários e as turmas em que eu podia me inserir.

Cada prática integrativa desenvolvida em coletivo, embora utilizem alguns recursos e rituais em comum, tem um modo peculiar de trabalhar o cuidado, de maneira integralizada, envolvendo as dimensões físicas, psíquicas, espirituais do ser humano.

Diário de Campo, quarta-feira, às 13h 45min. 03 de dezembro de 2014

Além da experiência em vivenciar algumas sessões de práticas, tive a oportunidade de participar de um momento de escuta e acolhimento de duas usuárias que estavam chegando ao serviço. *Durante todo o momento da escuta, que durou em média uns 25 minutos, fiquei a observar e a escutar atentamente a conversa que se dava entre terapeuta-usuário, e a fazer anotações que considerava importante. A escuta é realizada em uma sala reservada, onde o terapeuta inicia a conversa perguntando o motivo que trouxe ao serviço e*

o usuário vai contando sua história. As anotações mais relevantes são feitas no prontuário e após o relato, o terapeuta vai falando das práticas que são oferecidas ali. A relação terapeuta-usuário se estabelece de maneira interativa e o processo terapêutico é construído por ambos até chegarem a um consenso sobre a prática integrativa que trará maior benefício e resolutividade no cuidado. Caso o usuário não se identifique com a prática durante os encontros, ele pode solicitar mudanças para outra modalidade terapêutica.

As idas ao Centro se tornaram regulares para que pudesse participar das rotinas dos grupos onde estava inserida e me inteirar das tramas da vida cotidiana. Rocha e Eckert⁽⁷⁰⁾ descrevem que “entrar em campo” conota uma rica relação de ambiguidade, tanto para o pesquisador, que tem permissão para dispor dos sistemas de crenças e práticas dos usuários como objeto de produção de conhecimento, quanto para os usuários que aceitam e se deixam observar pelo pesquisador, que passa a partilhar de momentos importantes de suas vidas.

Para o registro de todos os acontecimentos observados e vivenciados, bem como as impressões decorridas desses acontecimentos, o caderno/diário de campo foi fundamental. A utilização dessa ferramenta de pesquisa permitiu que pudesse organizar os horários que as práticas eram realizadas, descrever com mais detalhes sobre os encontros, as conversas e interações com os terapeutas e com os colaboradores do estudo, lançar notas sobre os rituais realizados nas práticas integrativas e anotar dados relevantes sobre o espaço onde se constitui a pesquisa.

3.4 As colaboradoras da pesquisa

Quando o usuário chega ao serviço é feito, em um primeiro momento, um acolhimento por um dos terapeutas presentes, para conhecer o motivo da procura pelo serviço, histórias de vida, queixas. O diferencial nesse processo de escuta, é que é feito sem pressa, assim, o terapeuta se posiciona em frente ao usuário em uma postura de ouvinte e somente depois da história revelada, de forma harmônica e corresponsável, ambos constroem o caminho terapêutico a ser seguido.

A ocasião da escuta é, na maioria das vezes, o primeiro contato entre o terapeuta e o usuário e se faz de maneira íntima, estando somente os dois na sala. O tempo estimado é relativo para cada indivíduo, podendo se estabelecer de 20 minutos à 1 hora.

Após a escuta e a construção do processo terapêutico, o usuário retorna à recepção, onde é feita a marcação dos encontros das terapias sugeridas. Foi observado que, a escolha da prática integrativa não está vinculada somente a queixa inicial da pessoa, mas também, ao conhecimento e desejo prévio dela em realizar alguma prática específica. Daí se dá o processo de construção: terapeuta e usuário dialogam sobre que tipo de terapia traria melhores benefícios naquele momento, podendo posteriormente ser modificada. É interessante destacar, que a grande maioria dos usuários utiliza mais de uma prática integrativa no seu cuidado.

Com relação ao tempo de permanência do usuário no serviço, este varia de acordo com o tipo de prática. As práticas individuais envolvem uma média de 8 a 10 encontros ou sessões, sendo 1 (uma) encontro por semana. Caso as queixas dos usuários permaneçam, mesmo após esse tempo, eles podem ser encaminhados para outras terapias. As práticas coletivas não possuem um tempo definido para a finalização ou alta. O usuário pode ficar o tempo que achar necessário, desde que não se ausente sem justificativa.

Conhecendo o local de estudo foi possível definir a **comunidade destino**, como sendo usuários que buscam o Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde “Equilíbrio do Ser”, pois para Meihy e Holanda⁽⁸⁰⁾ as pessoas que vivenciam um mesmo drama, ou possuem as mesmas afinidades, passam a ter destinos em comum e são sempre distinguidas pela repercussão dos fatos na vida comunitária, são consideradas constituintes de uma “comunidade de destino”. Assim a História Oral dá voz às narrativas de pessoas comuns para propor uma nova história de uma realidade

diferente que se contrapõe à visão majoritária, que geralmente detém a ‘versão oficial’ dos fatos.

Para a seleção das participantes da pesquisa foi necessária a ajuda dos terapeutas do serviço, a fim de indicar aquelas usuárias que conseguiram ressignificar suas experiências de sofrimento/adoecimento, através do cuidado pelas PICs. A indicação dos terapeutas se fez com base na observação e no relato das mulheres que eles acompanham durante os encontros.

Além disso, ao participar de algumas terapias coletivas, pude ter um maior contato com algumas usuárias, que demonstraram interesse em contar suas histórias. Os momentos de participação nas terapias grupais foram fundamentais para maior aproximação com algumas dessas mulheres, como também para compreender e refletir sobre o cuidado exercido pelos terapeutas e como se estabelecia o processo terapêutico.

Dessa modo, a seleção dos participantes da pesquisa se fez com base nos seguintes critérios de inclusão: Mulheres maiores de 18 anos; que estivessem há mais de 2 meses no serviços; que aceitassem participar livremente da pesquisa; que tivessem percebido mudanças significativas em sua condição saúde, através dos cuidados e práticas integrativas.

Na História Oral, os participantes são chamados de colaboradores, pois eles são considerados ativos protagonistas da pesquisa. Embora as colaboradoras do estudo estivessem em um mesmo espaço de cuidado, suas histórias não têm uma vinculação direta. Dessa forma, neste estudo, a colônia foi formada pelas mulheres que procuraram as práticas integrativas e complementares no CPICS e a rede foi composta pelas mulheres indicadas pelos terapeutas do serviço e aquelas que espontaneamente se dispuseram a participar da pesquisa.

A presença de homens no serviço era tímida e, embora tivesse me aproximado de alguns durante os encontros de práticas coletivas, apenas as mulheres se dispuseram e chegaram até mim de forma espontânea para contar suas histórias. Os terapeutas também me indicaram apenas mulheres.

Para que pudesse me aproximar das colaboradoras que foram indicadas pelos terapeutas, eu me engajava nas sessões das práticas coletivas que cada uma estivesse frequentando. Apenas uma dessas colaboradoras estava, no momento, participando unicamente de uma prática integrativa de caráter individual. Para estabelecer uma relação com ela e falar sobre a pesquisa, o terapeuta que a acompanhava me repassou os

dias e horários que a colaboradora estaria no serviço. Cheguei antecipadamente, falei com ela, expus o objetivo da pesquisa e, assim, iniciamos um primeiro contato.

3.5 Técnica para produção do material empírico e construção do corpus documental

A pesquisa se desenvolveu com base no relato oral das histórias de oito colaboradoras. Para produção do material empírico, utilizamos a técnica da entrevista semi-estruturada. Como Meihy⁽⁷⁶⁾ descreve, o ato de entrevistar é uma arte e que, através do diálogo, é possível se aproximar das pessoas e das verdades depositadas em cada um. Nesse sentido, durante a realização das entrevistas foram respeitadas as etapas: Pré-Entrevista, Entrevista e Pós-Entrevista.

Inicialmente, estabeleci um contato preliminar com as colaboradoras que tinham sido indicadas pelos terapeutas. Àquelas que conheci durante as vivências das práticas coletivas, e que se dispuseram a contar as suas histórias, procurei conversar depois dos encontros. Após essa identificação e seleção das depoentes, iniciou-se a etapa da **Pré-entrevista**, na qual essas mulheres foram convidadas e identificadas como colaboradoras. Nesta fase, pude esclarecer os objetivos da pesquisa, as etapas de coleta de material e relatar sobre os procedimentos éticos. Os contatos foram realizados por etapas sequencias, de acordo com cada depoente.

Ainda nesta etapa, foram agendadas as entrevistas, de acordo com o local e disponibilidade de cada colaboradora, solicitando-lhes autorização para o uso do gravador. Foram inicialmente contatadas 11 colaboradoras, porém no decorrer dos dias, houve algumas desistências por parte de algumas mulheres que não estavam comparecendo as práticas de maneira contínua. Dessa forma, agendei entrevistas com oito colaboradoras. Destas, apenas uma solicitou que a entrevista fosse realizada em sua casa, pois se sentiria mais à vontade. As demais foram realizadas no próprio Equilíbrio do Ser.

As **Entrevistas** foram realizadas em locais que pudessem garantir a privacidade de cada colaboradora e o mínimo de interrupções. Como os funcionários do serviço tinham conhecimento sobre a realização das entrevistas, geralmente me cediam alguma sala que estivesse vazia. Nesta ocasião, antes de iniciar a entrevista propriamente dita,

apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) e explicitarei sobre os direitos garantidos a cada participante.

Com a anuência e assinatura do termo, foram disponibilizados os contatos telefônicos da pesquisadora e da participante para quaisquer dúvidas ou eventualidades. As entrevistas tinham início com a ficha técnica, contendo os dados pessoais, local e hora do encontro de cada depoente, como também continham as seguintes questões de coorte (APÊNDICE A), relativas aos objetivos do estudo:

- Conte-me sobre o motivo que trouxe você ao Centro de Práticas Integrativas e Complementares.

- Você já tinha procurado outras formas de cuidado antes de vir para o Centro de Práticas Integrativas e Complementares? Quais?

-Quais as diferenças que você percebeu entre o serviço de saúde tradicional e este serviço prestado no Centro de Práticas Integrativas?

- O que mudou em sua vida desde que você começou a ser cuidada por meio das práticas integrativas de saúde?

Para Meihy⁽⁷⁶⁾ as entrevistas nas pesquisas de história oral de vida, devem ser amplas, colocadas em grandes blocos. O entrevistador deve ter o papel de estimulador e não de confrontador, e precisa falar apenas o necessário, deixando o depoente a vontade para relatar os fatos que marcaram sua história.

As entrevistas duraram entre 40 a 80 minutos, dependendo do ritmo e limites de cada colaboradora. O processo de narrar afluía emoções diversas, do choro à alegria, da tristeza ao entusiasmo, mas também se manifestavam momentos de silêncio e esquecimento, que segundo Delgado⁽⁸¹⁾ são essenciais no processo de ressignificação das memórias.

Nos momentos de **Pós-Entrevista**, as depoentes foram informadas que as entrevistas seriam transcritas e, posteriormente, apresentadas a elas para que pudessem conferir seus depoimentos, fazendo os ajustes necessários, além de autorizar ou não a utilização e divulgação dos relatos.

À medida que foram colhidas as narrativas, foram sendo levantadas as questões pertinentes ao objeto de investigação. Dessa forma, foi possível observar os conteúdos divergentes e convergentes, que envolviam o contexto da pesquisa, de modo que, a produção do material empírico foi finalizada quando os objetivos foram sendo

respondidos e quando as histórias narradas foram dando significativas contribuições ao objeto de investigação proposto.

Vale ressaltar que em uma pesquisa qualitativa, a produção do *corpus* documental ocorre também a partir da observação participante e contextualizada, além das anotações feitas no caderno de campo, com o intuito de realizar, uma descrição densa e detalhada de todo material. Conforme Meihy e Holanda⁽⁸⁰⁾, o caderno de campo funciona como um dispositivo que permite registrar impressões e ilações feitas a partir dos vínculos estabelecidos com os colaboradores do estudo.

Tanto a observação participante como o diário de campo, configuram-se como elementos indispensáveis de observação para ver, ouvir e registrar os eventos, visando entender e validar os significados das ações, a partir da descrição, análise e interpretação dos depoimentos. As narrativas, a propósito, foram organizadas partindo do contexto mais amplo para o particular, favorecendo a microanálise, bem como, a interpretação e explicação dos resultados⁽³²⁾.

Após a fase de construção do *corpus* documental, realizada por meio da reunião de todas as entrevistas, os áudios dos relatos foram transformados em texto, sendo submetido às seguintes fases, conforme Meihy⁽⁷⁶⁾:

Transcrição: as entrevistas foram reproduzidas com fidelidade para a versão escrita. Foi seguido o roteiro gravado em áudio, ou seja, as indagações do pesquisador e o relato da depoente, respeitando-se os momentos de pausas, os vícios de linguagem, bem como as características de fala de cada colaboradora. Como as histórias narradas foram muito longas, necessitei de ajuda para transcrever as entrevistas. Para distinguir com mais facilidade as perguntas e falas da pesquisadora, essas foram dispostas em negrito, até para facilitar as supressões necessárias para a próxima fase.

Depois de todas as entrevistas transcritas *ipsis litteris* como no áudio, iniciou-se a fase da **Textualização**, na qual as perguntas de corte foram suprimidas e o texto passou a contar exclusivamente com a narrativa da depoente, que parece como figura única no texto. Foram retirados os vícios de linguagem, as palavras repetidas e ajustadas as concordâncias. Nesse momento, também foram destacados fragmentos de frase que pudessem se constituir como o tom vital, que representa a essência que cada mulher conferiu a sua história, ou seja, o núcleo de sua narrativa.

Transcrição: Essa é a fase em que ocorre a interferência do pesquisador na recriação do texto em sua versão final, para ser encaminhado para o momento da

conferência com os colaboradores. Aqui também foram acrescentadas anotações no caderno de campo e observações feitas por mim.

Esse é um momento laborioso por parte do pesquisador, pois como as narrativas eram longas, foram necessárias várias leituras de cada uma, para que se pudesse compreender os sentidos estabelecidos na trajetória individual de cada colaboradora e também transcriar de uma maneira que não descaracterizasse a história.

A recriação do texto produzido através dos relatos orais do outro, demanda tempo e sensibilidade, pois não é um trabalho de organizar cronologicamente os fatos, mas um processo que configura dar um sentido ao que foi vivido dentro de uma temporalidade definida.

Delgado⁽⁸¹⁾ descreve que o processo de enredar uma história, faz-se ao perceber que o caminho pode seguir de forma linear, mas ao mesmo tempo é capaz de aceitar reviravoltas e interrupções, podendo se desdobrar em várias nuances, formando uma teia de significados, que envolvem o interesse do pesquisador e do pesquisado.

Logo após o término da transcrição, o texto foi levado às colaboradoras para a conferência, para que os ajustes finais, trocas e validações fossem feitas. Para definir a legalidade do uso da entrevista, foi apresentada as colaboradoras a Carta de Cessão (ANEXO B). Esta etapa da conferência foi sendo realizada à medida que terminava as transcrições. Apenas uma das colaboradoras fez algumas mudanças no texto final.

A devolução da narrativa a cada colaboradora afasta a visão de passividade diante da elaboração final da história e permite que ela seja protagonista do processo de elaboração e tome posse de suas memórias para que possam ser lembradas a qualquer momento⁽⁸²⁾.

Nesse momento, questioneei a cada colaboradora como elas queriam se identificar. Algumas escolheram um nome fantasia para preservar sua identidade e outras deixaram ao meu critério essa escolha. Uma missão difícil, dar um nome que represente e traga características de alguém. Porém, ao escutar, ler e transcriar as histórias de vida, lembrei-me de uma canção que traz em seu imo, o reconhecimento, a força e a coragem da mulher...

Maria, Maria

*É um dom, uma certa magia,
Uma força que nos alerta*

*Uma mulher que merece viver e amar
Como outra qualquer do planeta*

*Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta
Lêre, lare, lêre, lare. lêre, larê*

*Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo uma marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria*

*Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida*

(Composição Fernando Brant e Milton Nascimento)

Revestida de uma representação atemporal sobre a mulher, que mesmo diante das amarguras da vida continua a sonhar e não se deixa abater, a música me inspirou a nomear as colaboradoras desse estudo de Marias. Cada mulher do estudo tem o nome de Maria seguido de outro codinome elas escolheram, ou que as ajudei a escolher. Desse modo, de maneira ambígua elas se igualam, enquanto mulheres e se distinguem diante de suas histórias de vida.

3.6 Análise e Interpretação do material empírico

A análise do material empírico foi se desenvolvendo a partir do primeiro encontro com cada colaboradora até o ato final de transcrever e transcriar as histórias narradas. Como refere Janesick⁽⁸³⁾, o principal propósito da análise é descrever e explicar a essência das experiências na vida dos participantes. Sendo assim, no intuito de compreender e interpretar essas vivências adotamos para análise, o método proposto pela própria autora, que consiste em:

- a) Localizar na experiência pessoal de cada colaboradora, frases importantes ou declarações que remetam de maneira objetiva ao fenômeno em questão;
- b) Interpretar o significado dessas frases como leitor informado;
- c) Obter a interpretação das colaboradoras do estudo, se possível;
- d) Verificar os significados, por elas atribuídos, sobre as características essenciais e recorrentes do fenômeno estudado;
- e) Elaborar prováveis definições do fenômeno com base nas características essenciais e recorrentes identificadas.

Com base nesse roteiro, buscamos nas histórias, as palavras, frases, declarações, ideias que se relacionassem com os objetivos do estudo. Procurou-se, então, interpretar os significados dessas frases e observar as unidades de significado mais evidentes e constantes entre as histórias relatadas. Assim, foi possível verificar o que há de comum entre elas, mas também evidenciar suas singularidades.

Por meio nesta análise foi possível criar três categorias culturais, no intuito de responder aos objetivos da pesquisa e de retratar os momentos da vida de cada colaboradora com as particularidades de cada experiência. As categorias foram construídas após sucessivas leituras do material e foram guiadas pelo tom vital de cada narrativa e depois agrupadas para facilitar a compreensão e interpretação do material. São elas:

FONTES E MANIFESTAÇÕES DO SOFRIMENTO FEMININO: Essa categoria foi subdivida em duas subcategorias: *As origens do sofrer*; *A corporificação da dor*. Nesta categoria, procurou-se atender o objetivo: Identificar as principais queixas e o motivos impulsionadores que levaram as mulheres a buscarem as práticas integrativas e complementares

OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E RITUAIS DE CUIDADO DAS MULHERES: Essa categoria corresponde aos seguintes objetivos: Revelar o itinerário terapêutico traçado por elas na busca por cuidados; Destacar as principais diferenças estabelecidas por elas, entre o cuidado recebido nos serviços biomédicos e no serviço de práticas integrativas e complementares.

A RECONSTRUÇÃO DE IDENTIDADE E PRODUÇÃO DE ALTERIDADE: CAMINHOS PARA O PROTAGONISMO FEMININO. Buscou-se, então, com essa categoria responder ao objetivo: Ressaltar as mudanças ocorridas na vida dessas mulheres durante o processo de cuidado por meio das PICs.

Para Lenard e Michel⁽⁸⁴⁾, é por meio da análise das categorias culturais que se podem buscar os padrões que existem nos registros etnográficos e só assim é possível descrever os comportamentos e conhecimentos da cultura estudada. As categorias culturais reduzem a complexidade da experiência humana ao possibilitarem que os símbolos e significados arraigados em cada história possam emergir e vir ao entendimento.

Talvez seja essa também a principal dificuldade em construir tais categorias, pois cada história traz uma sucessão de acontecimentos que estão inter-relacionados e assumem diferentes significados dentro do contexto sociocultural de cada colaboradora. Como os recortes das narrativas só podem ser compreendidos mediante o conhecimento da história de cada mulher, precedemos alguns excertos com algumas considerações sobre história, o que nos possibilitou um maior entendimento e interpretação deles.

3.7 Considerações Éticas

Para a realização desta pesquisa foram respeitados os aspectos éticos dispostos na resolução 466/12, que trata de pesquisa com seres humanos. Inicialmente, o projeto foi enviado para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de João Pessoa para obter a autorização institucional (ANEXO C). Em seguida, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), juntamente com o termo de anuência da SMS. Após a aprovação do projeto pelo referido Comitê, com o registro CAAE: 39806114.0.0000.5188 (ANEXO D), a pesquisa foi desenvolvida no CPICS.

Durante a fase da coleta e produção de material, todas as colaboradoras do estudo tiveram acesso às informações do projeto, e assentiram participar da pesquisa, depois da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).



Fonte: Google imagens, 2015

*...Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria*

*Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida.
(Milton Nascimento e Fernando Brant)*

4. Histórias de Marias

Maria Alice

Nasceu em Catú-BA em julho de 1946. Tem o ensino fundamental incompleto e se diz católica não praticante. Casou muito cedo e teve 5 filhos. Seguiu seu marido durante anos pelo mundo afora e, há 25 anos, fixou residência em João Pessoa-PB, onde viu seu filhos casarem, seu esposo fenecer e sua vida se delinear por caminhos solitários.

Alice tem olhos claros e cabelos lisos e brancos que lhe dão um ar de bondade e mansidão. Emocionou-se várias vezes durante a entrevista, ora rindo, ora chorando. Frequenta o Equilíbrio do Ser há 2 anos, e fala com muita satisfação sobre as mudanças que ocorreram na sua vida, desde então...

... Era muita tristeza! Tristeza de não ter feito amizades!

Uma coisa que tenho é solidão! Por conta da minha vida mesmo... Quando era pequena, logo após a morte de meu pai, fui para um colégio de freiras numa cidade distante. Minha família e meus amigos passaram a ser as amizades do colégio... só que não fiquei muito tempo por lá, porque eu era muito rebelde! Também não gostava muito de estudar, então resolvi largar tudo e comecei a namorar. Pouco tempo depois casei e tive cinco filhos!

Sou da Bahia, mas vivi pouco tempo por lá, porque meu marido era da construção civil e vivia na estrada. Pra onde ele ia, eu ia junto com os meninos e com a mudança! Há 25 anos, nós paramos aqui em João Pessoa. Sempre fui só dona de casa! Cuidava do marido e dos filhos... aí, os filhos foram casando, meu marido faleceu e fiquei praticamente sozinha.

Foi então que percebi que não estava bem! Porque meu marido passou 6 anos acamado, sofrendo... e eu cuidei dele sozinha durante todo esse tempo! Ele teve aneurisma, fez a cirurgia, mas ficou sem consciência. Chegou a passar um mês inteiro na UTI (unidade de terapia intensiva) e eu um mês inteiro dentro do hospital sem ver a luz do dia! Foi muita luta! De casa pro hospital, de casa pro hospital... Depois de um tempo, com a ajuda da fisioterapeuta, foi que ele voltou a caminhar devagarzinho. No início, foi muito custoso, porque até pra falar era difícil, ele ficou muito debilitado! No dia em que ele faleceu, o pensamento que veio em mim foi: “Ele descansou, mas eu também descansei!” Porque foram 6 anos de muita luta e muita dedicação!

Nunca fui de ficar me lamentando, nem de dizer que Deus é isso ou aquilo... Acho que a morte é uma coisa que tem que vir para todos nós! Pra mim e pra qualquer um, porque ninguém nasceu pra ser semente! Mas, apesar de toda força e coragem que tinha, começou a bater a depressão... Comecei a me sentir fraca! Senti que não ia ter mais coragem, ia entregar os pontos! É uma coisa muito difícil de descrever... não tinha mais vontade de fazer nada!

Como moro aqui perto e muita gente tava comentando desse serviço quando inaugurou, resolvi vir tentar, mas não tinha vaga. Aí, depois, minha filha pediu pra eu vir tentar uma vaga no reiki para o marido dela. Só que quando cheguei aqui, eu estava

muito mal, muito pra baixo e, durante a conversa com a menina da recepção, ela me disse:

– A senhora tá tão pra baixo! Não quer tentar fazer uma terapia aqui pra ver se melhora?

Eu disse: Quero!

Tinha chegado muito pra baixo, muito pra baixo mesmo! Chorava e não conseguia conversar. Era muita tristeza! Tristeza de não ter feito amizades... fui me sentindo cada vez mais sozinha! Então fiz a escuta e me encaminharam para o grupo da autoestima com Sandra!

Fiz também automassagem, com uma terapeuta muito boa, mas que ela teve que se afastar daqui. Hoje faço o resgate da autoestima e a consciência corporal, que também me ajudou bastante! Senti necessidade de ficar, porque achava que aqui ia ter acolhimento, e realmente tive!

No início, eu tinha um caldeirão¹⁰ cheio de traumas. Traumas de infância! Muita coisa mesmo! E com o tempo fui melhorando... Quando chego em casa, fico pensando nas dinâmicas que teve aqui, ou na história que alguém contou e que tem a ver comigo e penso: “Eu passei por isso, e não vou mais sofrer!”

Uma vez tive uma crise de choro muito grande! Uma dinâmica me fez recordar a morte de meu pai! Foi algo tão simples... era pra fazer uma florzinha e escrever uma lembrança, algo assim... Quando escrevi o nome de meu pai, me veio à memória o dia da morte dele, tudo que ele sofreu, o que eu vi e o que não me deixaram ver! Como foi triste pra mim não ter ido ao enterro dele porque ainda era criança e não podia! Uma florzinha despertou aquilo que nem eu sabia que tinha guardado dentro de mim e me deixasse sofrer tanto! Naquele dia chorei muito! Cheguei em casa, liguei pra minha irmã e contei tudo! Pronto! Pra mim, desse dia em diante a calma veio! Porque consegui botar pra fora, sem precisar me expor!

O diferencial aqui é esse! Eles (terapeutas) têm um respeito muito grande pelas pessoas, pelos problemas de todos! Eles procuram descobrir problemas onde a gente nunca imagina que tenha! Dão coragem pra gente aceitar a vida do jeito que ela é! Aqui não tem comparação com lugar nenhum que já fui! Tem um acolhimento muito bom, muito bom! Todo mundo trata todo mundo por igual, não tem diferenciação! Além das dinâmicas, do sorriso, do discurso... Ninguém toma conta da vida de ninguém e ao mesmo tempo é uma responsabilidade que se tem como todos que aqui chegam! É uma coisa muito seletiva, muito humana... nunca tinha visto em lugar nenhum!

Embora não conhecesse essas terapias daqui, já tinha feito massagem, mas sendo de fisioterapia, porque eu tinha muitas dores na coluna e dormência nas mãos! Fiz cirurgia do túnel do carpo e vivia nos médicos fazendo tratamento para os desvios na coluna, mas nunca tinha feito esse daqui! Tinha também muita dor de cabeça. Já tinha procurado médico e até fiz tomografia! Cheguei a tomar medicação, mas depois que vim pra cá, graças a Deus não sinto mais nada! As terapias daqui consolidaram minha saúde! Fico até dizendo assim: “Uma mulher da minha idade, pra não tomar remédio, só o Equilíbrio do Ser!” [risos]

Hoje, quando tô em casa e tenho dor nas costas, eu inspiro. Se tenho dor de cabeça e sinto aquela pressão, massageio a cabeça, porque aprendi a massagear os pontinhos! Aprendi a me cuidar, ter consciência do meu corpo, a sentir que tenho que ter meu tempo, tenho que descansar! Aprendi que tenho que gostar primeiro de mim

¹⁰ 9 A palavra caldeirão é empregada aqui no sentido de metáfora para demonstrar que os sentimentos estão todos misturados. A linguagem metafórica era utilizada frequentemente pela terapeuta que atendia Maria Alice.

para depois gostar de meus filhos e de toda a humanidade... de ser essa pessoa boa, que acho que sou! Então tenho que ter saúde pra enfrentar a vida do jeito que ela é [risos]!

Antes eu vivia só em função dos filhos, me desdobrava muito para ajudar a um e a outro! Agora faço relaxamento... comprei um cd de músicas de relaxar, me deito no colchonete, fico ouvindo e adormeço [risos]. Faço caminhada, procuro fazer ginástica, até já dancei, coisa que nunca fiz na vida! Teve um encontro dos primos em Salvador que me liberei e brinquei a vontade!

Aprendi também a ter mais responsabilidade e limites em minhas atitudes! Por exemplo, se vou sair, tenho que dizer a minha filha para onde vou, porque hoje sei que ela se preocupa comigo! Tenho que dividir meus problemas com meus filhos também! E antes eu não fazia isso, tudo era pra mim! Também já fiz uma amizade, coisa que nunca tinha feito e isso também aprendi aqui!

Posso dizer que antes eu era uma pessoa apagada, triste! Hoje sou feliz, cheia de saúde pra dar e vender! Coragem e saúde, foram as principais transformações que tive! Pra mim, essas terapias são como remédio, que eu não posso ficar sem! Só sei que também não posso me viciar, porque tudo na vida tem limites! É isso que as terapeutas ensinam aqui, que a gente tem que aprender a viver com nossas próprias pernas!

Maria Elís

Nasceu em maio de 1953, tem Minas Gerais como sua terra natal. É mãe de quatro filhos, segue a doutrina espírita e está aposentada. O trabalho como doula¹¹ vem lhe trazendo muito prazer e realização.

Mulher de cabelos curtos, olhos grandes, gestos tímidos, mas que expressa muita sensualidade ao dançar. Ao longo dos anos vem galgando trilhas em busca do autoconhecimento. Desde 2012, frequenta o Equilíbrio do Ser. A entrevista foi feita a céu aberto, perto do jardim, no espaço da permacultura! Demonstrava encantamento ao narrar as mudanças de sua vida e os seus planos para o futuro.

...A vida começou a ficar ruim! Aí comecei a procurar ajuda!

Quando era criança, eu era muito estranha. Tava sempre quieta, calada no meu canto. Sempre sofria minhas coisas sem externar. Aos poucos, a gente vai crescendo e fui deixando meus sonhos de lado. Queria fazer psicologia, mas aí casei, tive três filhos, separei, fiquei dez anos separada, criando meus filhos sozinha, então tive que trabalhar! Fiz o concurso para funcionária pública, passei! Depois conheci meu atual marido, fomos para o Espírito Santo e depois viemos pra cá, pra João Pessoa.

Teve uma época, que minha vida estava uma confusão, uma miscelânea! Tinha muitos conflitos familiares... Eu estava no centro dessa confusão aparando todo mundo, mas ninguém me aparava, então comecei a não dar conta. Foi aí que comecei a ficar meio debilitada, meio fragilizada e tive que colocar limites em casa!

No período que comecei a frequentar aqui, eu estava aposentada e começou a aparecer muitos problemas em casa, na família, com meus filhos e isso foi me desgastando... A vida começou a ficar ruim! Aí comecei a procurar ajuda!

A princípio, quando vim aqui, foi por curiosidade e pra me conhecer também! Passei aqui em frente, vi e fiquei curiosa com o nome Equilíbrio do Ser, que achei muito sugestivo! Uma amiga me falou do local e eu vim conhecer. Quando cheguei foi bem mais do que esperava, por ser do SUS, ser uma coisa pública, fiquei encantada com o trabalho! Na época que inaugurou muita gente veio e não tinha vaga pra nada...

Mas depois, como estava muito fragilizada, vi a necessidade de procurar ajuda! Fui muito bem acolhida por Adriana, que me encaminhou para Luiza, que também me acolheu muito bem. Comecei no resgate da autoestima, que era a única terapia que tinha vaga na época e depois me passaram os florais. Foi aí que começou meu resgate! O floral me ajudou bastante para que eu pudesse me desvencilhar de tudo que estava me fazendo mal, coloquei muita coisa pra fora, aqueles sentimentos que estavam escondidos, chorei muito.

¹¹ Doula é o nome aplicado às mulheres que oferecem suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e depois do parto.

Fisicamente, eu também estava sentindo dores. Dores na coluna, na lombar. E percebo que o emocional acaba interferindo no físico, porque sempre que ficava emocionalmente abalada, sem dar muito valor à vida, as dores vinham maiores. Já tive muitos momentos difíceis, mas nunca tomei remédio pra depressão... gosto de procurar lugares onde eu sei que pode resolver, e como eu tinha vindo pra cá e tinha sido muito bem acolhida, fiquei mais tranquila!

Hoje, estou fazendo além do resgate da autoestima e dos florais, faço a biodança, e constelação. Já fiz também o sagrado feminino, mas hoje não faço mais. O sagrado feminino me trouxe um resgate aos meus ancestrais. Tive alguns problemas com minha mãe enquanto ela era viva e que hoje eu percebo de forma diferente! Tenho gratidão pelas pessoas que vieram antes de mim, dou mais importância ao feminino, essa coisa da mulher, da fêmea... isso também me abriu as portas para meu trabalho de doulagem¹².

Eu nunca tinha feito terapias de grupo, e é muito interessante porque cada um tem o modo de ver, de perceber as coisas e isso me enriquece muito! O resgate da autoestima me permitiu isso... ter momentos de relaxamento, de poder falar e compartilhar com as outras pessoas. Inclusive até meu marido faz resgate da autoestima hoje.

Na biodança, consegui desbloquear muita coisa! Às vezes ainda me sinto travada... talvez porque tive que ser pai e mãe durante muito tempo para criar meus filhos e acabou fazendo essa couraça em mim. Então, estou me conhecendo, resgatando minha vitalidade, o afeto através do abraço... Por isso resolvi fazer a formação em biodança! Ela possibilita esse resgate das coisas boas que têm dentro da gente... de rir, de dançar, de virar criança de novo, de ficar leve, de olhar no olho, falar baixinho... fora a afetividade que tem no grupo, onde você chora e é acolhido e você percebe o outro!

A constelação também me ajudou muito nisso, principalmente a compreender minha mãe! Eu achava que minha mãe tinha que melhorar para que eu pudesse aceitá-la... e foi na constelação que percebi que eu é que tinha dificuldade de receber. Tanto é que durante uma sessão de biodança, quando abracei uma senhora... nossa! Senti como se minha mãe tivesse me abraçando e chorei muito! Não era um choro de tristeza, mas um choro de reconhecimento, de saber que posso e mereço receber, que não tenho apenas que doar! E como eu gosto de partilhar as coisas, de ajudar as pessoas, chamei todo mundo lá em casa pra se constelar!

Antes de vir pra João Pessoa, eu conhecia outras terapias, só que individuais. Mas aqui é diferente, é mais aconchegante! Os terapeutas são mais afetivos, eles sabem sua história, conversam com você, te acolhem! Pra mim é muito diferente de outros serviços!

Nos outros serviços, eles não te tratam assim... na verdade, é mais aquele negócio do sintoma... Você tá sentindo alguma coisa e já saiu com um punhado de pedido de exame e tal. Aí, você faz os exames, se deu alguma coisa, passa remédio e pronto! Aqui não... Você trabalha muito além disso. É trabalhado o porquê do sintoma. Agora percebo claramente que as dores que sinto são emocionais! Aqui a gente é induzido a perceber que o corpo fala muito mais do que a gente pensa... Que não é só uma dor, por trás tem um bocado de coisa e as terapias tratam exatamente isso!

Hoje em dia, tenho essa percepção do meu corpo! Até uma dor que sinto, sei que pode ter sido de algum aborrecimento que tive... tenho percepção de tudo, da alegria, do sentir o toque, a afetividade... até espiritualmente, eu tenho um contato mais rápido

¹² Trabalho realizado pelas doulas.

com o sagrado, com o divino! Ajudou na minha espiritualidade, no meu autoconhecimento. E quando você se conhece, você se liberta! Comecei a ver as pessoas de modo diferente, ver o mundo diferente, com mais realidade, mas também com mais compaixão... Porque no dia-a-dia, muitas vezes não percebemos o quanto somos parecidos, temos as mesmas angústias, os mesmos problemas, as mesmas perguntas e nem sempre as mesmas respostas.

Agora eu tenho sonhos, tenho coisas pra fazer, comecei a viver outra vez! Até pareço uma adolescente cheia de projetos de vida. Faço trabalho em um grupo espírita, faço doulagem, que também me preenche muito e me deixa muito feliz! Tenho uma vontade imensa de me relacionar com as pessoas, conhecer coisas novas, não ficar só naquela panelinha, pra mim o mundo hoje é bem maior que antes!

Sei que tenho algumas feridas abertas ainda, por isso me emociono (olhos marejados), mas estou nesse processo de saber meus limites, saber me expor com mais tranquilidade. Acho que eu era medrosa, insegura, metódica, inibida e agora me vejo mais corajosa, mais livre, me entrego e deixo levar! Até meu marido percebe minha diferença. Ele e meus filhos têm respeito pelo que faço! Esse somatório de terapias e da doula vêm fazendo com que me sinta realizada!

Maria Hellen

Dona de uma aparência que engana o tempo, Hellen traz consigo a maturidade de quem está na idade da loba. Tem o rosto redondo, cabelos finos e curtos que não conseguem disfarçar seu olhar desconfiado nem esconder seu sorriso no canto da boca.

Quando a conheci, percebi que não era filha da terra, pois conserva um sotaque forte, com uma pronúncia interiorana que revela expressões típicas da terra da garoa. Natural de Santo André -SP, há muitos anos veio com o marido e os filhos para João Pessoa-PB. Há um ano, frequenta o Centro de Práticas Integrativas e Complementares.

Em um primeiro palpite, poderia imaginar que era uma mulher que tinha experimentado as amarguras da vida, mas durante a conversa revelou que o bom humor era sua companhia constante, apesar de tudo...

...quando você está com uma doença que não se vê, as pessoas não têm respeito...

Um dos primeiros motivos que me fez vir até aqui (Equilíbrio do Ser), foi a enxaqueca! Minha enxaqueca era mensal, sempre tive... mas se tornou mais frequente depois que fiz uma histerectomia. Embora eu não menstrue, mas eu sinto tudo o que eu sentia antes... toda vez que é período do ciclo, a enxaqueca vem!

Nunca procurei o médico pra isso, mas já tomei várias medicações! A enxaqueca que tenho é uma dor do lado esquerdo em cima do olho e vem acompanhada de enjoo. Ela maltrata mesmo! Porque você pode tomar tudo quanto for de remédio, que não passa! Como sempre falavam pra mim que os tratamentos alternativos eram bons, eu resolvi tentar! Ninguém me indicou, mas como eu morava perto daqui, passava na frente e via. Um dia, eu estava com meu marido e o chamei pra vir. Essas terapias me atraem, então pensei: “Ah, não custa”... Deixei meu nome e me chamaram depois de um ano...

Durante esse tempo, muita coisa aconteceu em minha vida! Além da enxaqueca, também comecei a entrar em depressão, por outros motivos... Foi um período complicado da minha vida. Meu marido teve depressão, tentou suicídio e isso me deixou muito impactada! Porque somos casados há 25 anos e eu o via como uma pessoa forte. De repente, quando vi a cena, ele daquele jeito fragilizado como se fosse um menino me pedindo ajuda, fiquei muito mexida. Dei toda ajuda pra ele, aguentei o tranco¹³, mas quando ele melhorou, eu despenquei de vez!

Eu tinha visto toda aquela cena e não tinha com quem dividir, aquilo me deixou muito angustiada. Ainda liguei pra minha irmã em São Paulo, chorando muito, contando tudo o que aconteceu... mas minha irmã fez foi dizer: “Olha mana, não posso fazer nada por você, só quem pode fazer é Deus...”. Isso me deixou decepcionada,

¹³ Aguentar o tranco é o mesmo que suportar uma situação difícil.

porque eu estava desesperada... Só queria que alguém me ouvisse, me desse uma palavra de consolo, mas parecem que as pessoas não entendem isso!

Depois de tudo, não quis mais falar com ninguém! Evitava sair de casa, só queria ficar deitada chorando, chorando muito. Foi aí que percebi que não estava bem, tinha alguma coisa. Procurei o médico e ele passou um antidepressivo pra mim. Mas não consegui tomar, porque os primeiros comprimidos que tomei, me deixaram tonta, zozna, não conseguia nem me levantar e parei, senão ia viver alienada!

Somado a isso, tem o fato de eu me sentir muito só aqui! Sou de Santo André e meu marido é paraibano, mas nos conhecemos em São Paulo, casamos por lá e ele sempre me avisou que um dia voltaríamos. Mas quando se tem vinte e poucos anos, e está apaixonada, a gente só pensa no momento e não nas consequências... Ainda passamos 12 anos morando por lá depois do casamento, mas em 98, meu marido olhou pra mim e disse: “Chegou a hora!”. Quando ele falou isso, meu mundo caiu! Chorei muito, mas sabia que não tinha jeito...

Vimos morar aqui, mas não me adaptei, chorava todos os dias, e resolvi voltar. Lá pra mim era o paraíso! Morava em frente à minha mãe, em um lugar maravilhoso e era cheia de amigas! A gente viajava junto, curtia a vida, e aqui não... Aqui as pessoas são muito fechadas, e não consegui fazer amizades. Só que meu marido ficou desesperado, porque ele não gostava de lá e me pedia pra voltar todos os dias. Foi aí que começou meu drama... Em 2003 retornamos pra cá e estamos até hoje! Vou tentando me adaptar... É uma luta diária, que me deixa muito pensativa, muito ansiosa...

Ao mesmo tempo que eu pensava em ir embora, dizia pra mim mesma: “Não posso, tenho uma família, tenho que cuidar dos meus filhos!”. E o meu marido, coitado... às vezes me ponho no lugar dele e penso que é um sofrimento! Minha filha vira e mexe puxa a minha orelha, por conta disso. Porque meu marido é ótimo, vive pra mim! Então, ainda tem mais essa! Não posso nem demonstrar meus sentimentos, principalmente depois de tudo que ele passou. Ele ainda faz tratamento, não posso deixá-lo angustiado... Imagine, eu tendo que lidar comigo e com ele ao mesmo tempo? Mas isso também é uma das coisas que me deixa arrasada, saber que eles fazem tudo por mim e não correspondo da forma que devia... É um dilema!

Então, como ainda não tinham me chamado no Equilíbrio do Ser, tive que me virar! Porque pra mim remédio controlado, só em último caso... Foi aí que me indicaram a homeopatia. Apesar de meu filho já ter feito tratamento homeopático e ter melhorado bastante, eu fiquei receosa, com aquelas bolinhas [risos]... mas resolvi tentar. Quando eu comecei a fazer o tratamento, não fiquei muito bem... Ai era que eu chorava. Fui conversar com o médico e disse: “Olhe doutor tem alguma coisa errada, porque eu tô chorando mais ainda!”. Ele riu e disse: “Não, meu bem! não é nada de errado, você justamente está pondo pra fora o que está te angustiado! Mas mesmo assim vou mudar a medicação, pra você se sentir melhor”. Tomei medicação homeopática uns quatro meses, até que me ligaram daqui...

Quando cheguei aqui, tava meio depressiva, ansiosa... muito mexida! Então optei por fazer acupuntura para enxaqueca e comecei também a fazer tratamento com florais! Só que eu não acreditava muito nos florais não... [risos]. Ficava pensando: “Aqueles gotinhas?... não vai acontecer nada... [risos], mas eu vou fazer!”. E acabou que o floral me fez muito bem! Ajudou a me acalmar, tirou aquela ansiedade, a angústia... Pra quem não acreditava, eu fiquei abismada com os resultados. Mudou realmente minha forma de pensar, de agir

Até falei pra terapeuta floral, que eu não dava a mínima credibilidade a essas gotinhas, mas que tinha ficado muito impressionada de como meu organismo tinha

agido rápido depois que comecei a usar! Ela mesmo se admira, porque meu encontro é a cada 2 semanas, então quando ela passa uma fórmula 15 dias depois a gente já vê resposta! Os florais junto com a acupuntura foi o casamento perfeito! Porque a acupuntura tem me ajudado muito, muito mesmo nas enxaquecas!

Uma vez perguntei ao médico acupunturista se eu devia fazer uma tomografia, mas ele disse que provavelmente não ia mostrar nada. Porque às vezes, fico com medo de estourar uma veia na cabeça, de tanta que é a dor! Fico pensando “Meus Deus, minha cabeça vai estourar!”, é uma coisa enlouquecedora! Ainda tomo remédio, quando sinto que ela vai vir. Mas antes, mesmo com remédio, não conseguia segurar. Depois da acupuntura sinto bem a diferença! O terapeuta é muito bom e hoje a enxaqueca vem bem mais leve e dura bem menos...

Aliás, uma das coisas que acho excepcional aqui, é a forma dos profissionais tratarem de maneira diferenciada. Eles te tratam tão bem, que você não acredita que é do SUS. Até fico a me perguntar se eles foram escolhidos a dedo [risos], se teve alguma coisa...porque desde a recepção até o terapeuta que vai falar com você, são todos muito atenciosos, muito carinhosos, se preocupam com você! Porque quando se chega aqui, geralmente a gente tá muito fragilizado... então aqui a gente se sente realmente acolhido! Acredito que essa é uma das coisas que chamam a atenção! Tanto é que eu espero ansiosamente pelo dia de vir!

Às vezes você paga uma consulta caríssima e o médico nem olha pra você, e aqui te acolhem com maior carinho, respeito. O que percebo é que, quando você está com uma doença que não se vê, as pessoas não têm respeito, acham que é invenção ou não tem paciência... E aqui não, as pessoas te escutam! Cada consulta que você vem aqui, não é só passada a medicação, eles conversam com você, te falam as coisas, é muito bom! A conversa faz muita diferença no tratamento! Parece que aqui eles realmente vão lá no fundo e procuram saber o porquê você chegou naquele patamar que estava... eles vão buscar sua essência...

Outra coisa que acho fantástica nas terapias, é não existir efeitos colaterais. Então só te faz bem! Se não te faz bem, mal é que não vai fazer... enquanto que os outros remédios, faz bem em uma coisa e descompensa outras. Então, é como falo...os terapeutas daqui são ótimos, fazem as terapias tanto com as medicações como com as palavras...

Aquela Maria Hellen que chegou aqui, já não é mais a mesma! Sei que ainda tenho muito o que trabalhar em mim, pra viver melhor, mas eu tô me encontrando. Hoje estou mais calma, tento ver e procurar o melhor lado das coisas... e ainda tenho muito o que melhorar viu? [risos], mas busco fazer o que os terapeutas ensinam...pensar primeiro em mim, me cuidar, filtrar meus pensamentos, não levar a vida tão a sério, tentar mudar meu modo de vida...que é difícil! Então haja floral! [risos]... Ainda não estou completamente como eu gostaria de ser, mas melhorei bastante!

E o que mais mudou em mim, foi o modo de ver a minha família! Cheguei a participar de umas sessões de terapia comunitária e uma das terapeutas me falou uma coisa que marcou muito, que foi justamente sobre a família... Na verdade ela não só falou, ela demonstrou... Primeiro me colocou no meio da sala, duas pessoas em minha frente e duas atrás de mim e depois me disse: “Olhe... se você passa sua vida inteira olhando pra trás, do jeito que você faz, olhando pro passado, se lamentando, você não vê o que está a sua frente! Então, você tem sim sua família de antes, mas hoje você tem que olhar pra frente e ver sua família de agora”. Só essa forma que ela demonstrou, já fez uma diferença enorme em minha cabeça! Então posso dizer que hoje dou mais valor à minha família!

Maria Joana

Tem 24 anos, nasceu na capital paraibana e desde 2013 frequenta o Equilíbrio do Ser. Na primeira vez em que a vi, confesso que me surpreendi pela sua juventude. Descrivê-la é se deixar levar pelas canções que enaltecem a morena tropicana, cor de canela, de cabelos anelados, nariz afilado e olhos grandes.

Mora com os pais e o irmão. Trabalha na área de marketing na qual é graduada e também faz o curso de Nutrição. Revela que atualmente não faz parte de qualquer doutrina religiosa, e, ao assumir uma postura unificadora, diz que segue o caminho do amor.

Marcamos a entrevista no Centro de Práticas Integrativas, depois do horário da Permacultura. Ela me recebeu com um sorriso largo, olhar arteiro, típico de sua mocidade. Estava com um cheiro de terra molhada e segurava um ramo de plantas que ia cultivar em casa. Parecia muito à vontade quando começou a contar sua história.

...Tem que ter outro caminho, tem que ter!

Procurei as práticas integrativas porque eu queria resgatar minha saúde! Há dois anos eu frequento o “Equilíbrio do Ser”, mas minha história começa assim...

Desde pequena, moro em uma granja com meus pais e meu irmão, que são evangélicos. Embora eu tivesse sido criada em meio à natureza, sempre fui muito presa! Não podia me sujar, não podia tomar banho de chuva... Isso tudo era dito pra mim como se fosse uma coisa ruim. Meus pais me privaram de algumas coisas...

Comecei a trabalhar muito cedo para ajudar meus pais. Eles trabalham no ramo empresarial, e apesar de querer trabalhar na área da saúde, acabei indo por outro caminho. Me desviei totalmente do meu sonho! Acabei fazendo marketing e estava pretendendo montar uma empresa. Eu trabalhava muito! Tinha uma poupança “gorda” pra minha idade. Achava que precisava ganhar muito dinheiro para ter as coisas que eu queria. Quando terminei a faculdade, estava me programando para fazer intercâmbio, então comecei a trabalhar de domingo a domingo, não parava! Sempre fui muito ativa! Trabalhava numa empresa muito grande e tinha muita responsabilidade, e era meu primeiro emprego. Só que começou a aparecer uns problemas na empresa e eu não tinha maturidade suficiente para lidar e comecei a me preocupar. Eu estava muito vulnerável!

Foi então que comecei a ficar muito irritada, muito irritada! Comecei a sentir dores nos ossos, uma fraqueza, insônia... Antes eu jogava futebol, vôlei, dançava e de repente não conseguia mais fazer nada! Tive que sair do emprego, porque eu não estava aguentando fazer minhas funções do dia-a-dia. Isso foi em 2011, tinha acabado de completar 21 anos!

Eu era uma pessoa muito otimista, via o mundo cor de rosa! Estava muito empolgada, juntando dinheiro. Mas depois que as dores começaram, me tornei uma pessoa muito negativa. Fiquei muito estressada e achava que não ia mais conseguir

fazer as coisas. E pra piorar, minha madrinha, que eu tinha um apreço muito grande, faleceu de câncer e isso também acelerou o processo de minha doença.

Comecei a procurar os médicos, mas eles não descobriam o que era. Fiz muitos exames e tomei muita medicação, porque doía tudo! Foram muitas ressonâncias, muitos exames de sangue, muita coisa e não dava nada! Chegou ao ponto do médico dizer: “Eu não posso mais encaminhar você, porque já atingiu o limite de ressonância e raio X”. Tomei relaxante muscular, anti-inflamatório por seis meses direto, foi então que os médicos me diagnosticaram com fibromialgia.

Eu via que, apesar dos remédios, eu não estava conseguindo ter uma vida normal. Não conseguia escovar os dentes, não conseguia trabalhar, não podia ir pra festa, não conseguia usar salto alto, era horrível! Passei a depender de todo mundo, a esperar as pessoas me ajudarem até para pentear meu cabelo e eu não estava acostumada com isso. Então me depressei muito, porque eu comecei a ser grossa e respondia mal as pessoas, e eu não era daquele jeito, aquela não era eu! Muita gente, por conta das crenças, começou até a dizer que eu estava com encosto, era um pesadelo! As pessoas com quem eu conversava, diziam que a marca da fibromialgia é o vitimismo, da gente achar que é a pior coisa do mundo e só a gente que sofre... era assim que eu me sentia. O médico até quis passar antidepressivo, mas eu não quis!

Mas o que me deixou mais triste e depressiva foi ter que enfrentar a doença sozinha, isso me revoltou muito! Meus pais não gostam de falar sobre doença na família, eles não se envolvem. Me frustrei muito, porque meus maiores medos, minhas maiores tristezas, eram em relação aos meus pais. Sempre fiz tudo por eles e quando eu mais precisei, eles me rejeitaram. [Maria Joana, baixa a cabeça, engole seco e fica pensativa por alguns instantes].

Então me tornei outra pessoa, me isolei! Resolvi me afastar de mim, daquela pessoa super animada e me tornei uma pessoa super estressada. Me adaptei a pesquisar sobre a doença na internet, por que nem meus pais, nem os médicos me davam um apoio. Era só eu e o google! Muitas vezes o médico não explicava direito, não tinha uma conversa aberta, só dizia pra mim que era aquilo e pronto! Que eu ia depender totalmente dos remédios e dele... Só que pra mim, a ideia de depender de alguém era horrível! Outra vez em um hospital-escola, aconteceu do médico virar de costas pra mim e ficar conversando com os alunos. Fui muito maltratada!

Teve um médico que chegou a dizer: “Olhe, é daí pra pior! O resto da sua vida vai ser assim!” Eu não quis aceitar e disse: “Tem que ter outro caminho, tem que ter!” Quando ele viu minha reação, falou: “Olhe, tem o caminho natural, alternativo.” Aí, ele me indicou a yoga. Eu nem sabia o que era isso, achava que era uma religião e na época eu era evangélica, então muita gente da Igreja me questionava com preconceito se eu realmente iria fazer. Mas eu resolvi ir pelo desespero.

Na verdade, acabei tendo foi sorte. Porque terapia alternativa ainda é muito cara, e eu tinha investido toda a poupança em meu tratamento. Então quando eu resolvi fazer yoga, tinha acabado de abrir o Equilíbrio do Ser (Centro de Práticas Integrativas). Eu nem sabia direito como funcionava, mas fui logo ver se tinha vaga.

Comecei a fazer yoga aqui no Equilíbrio do Ser, eu continuei com outros tratamentos. Tinha um médico que trabalhava com a técnica de Neurofeedback¹⁴, que é um tratamento feito através de ondas energéticas que atua no cérebro. De acordo com ele, esse tratamento tinha o efeito de uma meditação profunda e iria me ajudar. Ele me

¹⁴ Neurofeedback é uma modalidade não invasiva de condicionamento operante que visa produzir melhoras em quadros clínicos e aumento sensação de bem-estar em pessoas normais, através da indução de alterações plásticas cerebrais.

incentivou a continuar no caminho das terapias. Aí, comecei a fazer acupuntura no HU (Hospital Universitário). Passei 8 meses conciliando essas três terapias. Mas eu confesso que, no início, nos primeiros 5 meses, foi um pesadelo, porque eu não estava tomando medicação e ainda não via resultado em nada, continuava a sentir dores.

Eu não sei dizer o que me fez permanecer. Acho que era a vontade que eu tinha de ficar boa. Eu não conseguia imaginar aquela realidade pra mim. Veio uma sede em mim de querer adquirir todo conhecimento que tinha para que eu ficasse boa logo. Aí, fui lendo material sobre essas terapias na internet, via os benefícios e pensava: “eu tenho que ver essa melhora!”.

A primeira vez que vim aqui, foi com minha mãe. Quando eu cheguei no serviço, que vi o jardim, a harmonia, as pessoas me recebendo bem, já me senti diferente. Então, eu comecei a ver o lado bom da coisa e me encantei! No início eu comecei só com a Yoga, porque eu estava muito desconfiada, era tudo muito diferente dos outros serviços, principalmente porque já vinha há dois anos passando de médico em médico, sofrendo em hospital. E quando cheguei aqui eu pensei: “Isso é o paraíso!”.

Quando eu comecei a vir pra cá, os terapeutas falavam: “Olha, a gente vai te ensinar a se cuidar, vamos ensinar a você ser responsável por seu cuidado no dia-a-dia”. Por mais que eu tenho achado isso estranho, pra mim foi o máximo saber que estava em minhas mãos poder me cuidar e isso foi ótimo!

Porque eu tinha uma visão muito errada do mundo. Era muito boazinha, não sabia dizer um não. Achava que ser bom era fazer tudo pelos outros. Eu pensava que não precisava que ninguém cuidasse de mim, então só eu ajudava, apoiava ou outros e não recebia nada de ninguém! Aí, veio a fibromialgia e colocou um espelho em minha frente. Tirou todas as máscaras e aí comecei a ver os dois lados da moeda. Foi quando entendi que a doença não era um castigo, ela veio pra me ensinar. Porque, infelizmente, a primeira impressão que se tem quando se é cristão, é que a doença vem por inveja, castigo, mau olhado. Mas quando eu comecei a me trabalhar como responsável por minha vida, eu percebi que tudo aconteceu porque eu permiti, eu atrai, porque eu precisava daquele aprendizado. Então, eu comecei a ver a doença como uma oportunidade de olhar pra mim!

Hoje eu faço acupuntura, reiki, permacultura, me trato com florais, participo de um grupo de alimentação saudável, faço parte do grupo do sagrado feminino e ainda pratico yoga. Só que cada terapia é uma vivência! Depois de 1 ano, foi que comecei a sentir os efeitos da yoga. Comecei a dormir melhor, voltei a estudar, prestar mais atenção, a memória melhorou, porque com a fibromialgia, até para ler um livro era difícil! A yoga me trouxe foco, de me perceber como eu estou aqui, nesse momento, nesse lugar. Então, eu comecei a viver mais o agora. Outra coisa que aprendi foi a questão de quanto o pensamento influencia em minha vida, então eu comecei a avaliar mais meus pensamentos. De pensar de maneira positiva. E os mantras ajudaram a me acalmar.

A acupuntura tem sido ótima pra mim! E uma coisa que me chama a atenção é o fato de ser muito diferenciado. A terapeuta me escuta, entende meu corpo, e fica o tempo que for necessário, aí quando ela vê que eu preciso, ainda aplica o reiki. Eu nem sabia que existia esse tipo de terapia, e tem me ajudado bastante! E a acupuntura tem me ajudado a encarar as dores.

Na terapia com os florais, eu passei a sonhar mais, ter pensamentos diferentes, ter mais consciência. Fiquei mais sensível a tudo! Já o grupo de mulheres trabalha muito com a feminilidade. A gente trabalha com vários assuntos: TPM, sexualidade... Eu nunca fui muito vaidosa, pelo contrário! Acho que por ter trabalhado sempre com homens, era aquele negócio competitivo, racional, eu achava que tinha que ser a

mesma coisa e acabei ficando muito masculinizada. O sagrado feminino trabalhou isso em mim... ah, e me respeitar mais como mulher! Agora eu sou mais vaidosa, me cuido mais... voltei a dançar que era uma coisa que eu gostava e aprendi a respeitar os limites do meu corpo.

Por conta da doença, eu me distanciei muito dos meus amigos, e na permacultura eu fiz um novo grupo de amigos. A gente se encontra, se abraça, conversa, entra em contato com a terra, todo mundo de pé no chão! O fato de ver todo mundo descalço, na terra, tomando banho de chuva, como uma coisa tão natural, quebrou algo dentro de mim! Me fez lembrar que a minha criança tá sempre ali, com aqueles desejos, aquela forma de ver a vida. Hoje, eu vou pra terra, brinco com meu cachorro, permito me sujar, isso faz parte da vida. A gente não pode perder essa ligação, essa liberdade! E, no trabalho em grupo, a gente passa a conviver com pessoas com várias limitações, e aí percebe que não é só a gente que sofre, mas que cada um lida com o sofrimento de um jeito diferente, e que eu posso influenciar o outro a partir do momento que eu dou um sorriso, um abraço, que eu me comunico. Quando venho pra permacultura, eu recebo um elogio, deixo um conselho, falo que possa contribuir... é uma troca.

E tem outra coisa... sempre quando a gente chega aqui, recebe um abraço e isso cura muito! Com o tempo, percebi que as pessoas que eu mais abraçava estavam aqui. Na minha casa, não tinha esse hábito, então eu comecei a criar. Toda vez que a gente chega em uma sala pra fazer terapia, a gente se abraça e isso pra mim foi muito importante. Na fibromialgia, a gente fica com muito medo de ser tocada, porque dói muito. E eu ficava com muito medo quando as pessoas chegavam perto de mim. E toda vez que eu chegava, a primeira coisa que faziam era me abraçar, e isso foi quebrando muitas barreiras.

Hoje, muita coisa mudou em minha vida. Primeiro, o mais importante, foi o respeito pela natureza. Comecei a ver que aquilo que estava em minha volta, era reflexo do que estava dentro de mim e que o que estava dentro de mim, fazia parte de uma natureza maior. Se eu quero estar em harmonia com o mundo, eu tenho que estar em harmonia comigo e com a natureza. Depois que comecei a enxergar dessa forma, meu Deus! tudo mudou! Até minha forma de ver o outro. Passei a olhar para as pessoas, como alguém igual a mim, que sofre, que tem problemas, que adocece, que muitas vezes não sabe lidar com os conflitos...

Outra coisa que aprendi, é não ver mais a doença como um terror. Na verdade, eu não vejo mais nada assim, como algo que vá me prejudicar. Acho que tudo faz parte do processo, tudo de bom e de ruim. Isso faz parte de meu aprendizado, e onde eu chego eu também posso deixar um pouco da minha energia, seja boa ou ruim, porque a gente tem tudo.

Eu também passei a me cuidar mais. Antes de dormir, se eu tiver muito agitada, eu mesmo faço minhas massagens, faço uma respiração. Todos os dias antes de levantar eu já começo fazendo relaxamento, me alongo. Aprendi a respeitar meus limites, sei até onde eu posso ir. Não deixo de fazer nada, mas faço com cuidado, me respeitando. Quando eu sinto que tô ficando estressada, a primeira coisa que eu faço é tirar as sandálias e ir pra terra. Aprendi que, com a terra, eu posso ter essa troca de energia. Quando estou preocupada, vou pra praia, tomar aquele banho de mar. Na verdade, me tornei uma pessoa mais espiritualizada. Quando eu vejo o sol, eu agradeço pela luz. Quando vou dormir, em minhas orações, imagino a luz dourada que é a luz da cura.

Agora, eu me sinto bem comigo mesma, do jeito que eu sou! Quando eu comecei a ter esse olhar em relação a mim, ter confiança no que acredito, me vestir do jeito que

me sinto bem e até com relação à religião, eu tenho muito respeito por todas, porque, pra mim, foi uma libertação deixar de ser evangélica. Eu ia pra Igreja e não me sentia bem, por conta do ambiente, muita produção, muito status. Eu não sentia aquela generosidade, o amor. Então eu comecei a pular de Igreja em igreja, e pensei que o problema era eu.

Como aqui tem cultura de vários países, dança, teatro...eu comecei a despertar também pra estudar outras religiões e aquilo foi me dando uma coisa boa, comecei a buscar meu crescimento. Comecei a me conhecer, estudar a filosofia budista, conhecer pessoas de outras religiões, da umbanda, budismo, que sempre foi muito discriminado. E percebi que são pessoas boas, que fazem o bem e que a religião não determina ninguém, então eu quis me libertar. Deixei de ser aquela pessoa preconceituosa, que julgava muito as pessoas e a mim mesma. Então, hoje eu vou para onde eu me sentir bem.

Aqui, me influenciou muito, de forma positiva. Eu via as pessoas bem à vontade, falando o que sentia, com essa ligação com a natureza... Embora eu sempre tenha tido contato com a terra, tenha tomado muito o chá, me alimentava bem, raramente adoecia... mas eu nunca tive esse olhar que tenho depois que comecei a frequentar aqui. Eu me sinto em casa! Aqui a energia das pessoas é diferente. Não tem aquela coisa, eu sou médico e você é a paciente. Todo mundo se trata por igual, da recepção à limpeza. E eu acredito que para cuidar do outro você precisa estar bem. Quando converso com alguns funcionários, eles falam que tem um momento pra eles, e isso é muito importante num ambiente de saúde. O cuidador se cuidar, tratar de si para acolher a comunidade. E aqui eu sou muito bem acolhida!

Até meus pais me apoiam pra eu vir pra cá! Eu comecei a conversar com eles e expus tudo que eu sentia... não sei se fez muito efeito neles, mas em mim fez! Porque eu comecei a entender que eles também tinham limitações e jamais eu vou poder mudar isso. Acho que eu estava cobrando muito de meus pais e agora eu vejo que posso ter o apoio de outras pessoas, de um amigo, até de um desconhecido, não precisa ser obrigatoriamente de casa. Até incentivo eles para virem pra cá. A minha mãe faz yoga e de vez em quando ela participa de mais alguma coisa, mas meu pai e irmão não vêm. Muitas pessoas até comentaram comigo, que é complicado às vezes trazer a família, por que ainda tem muita gente que tem preconceito, pelo modo de os terapeutas se vestirem, acham que tem religião no meio...não conseguem sair daquele padrão que a sociedade exige...

Foi uma fase difícil... de muito amadurecimento, conflitos...mas me sinto uma pessoa muito melhor. Hoje vejo que a vida é simples, tudo é simples, a gente que complica. Continuo com muitos dos sonhos que eu tinha, mas de uma forma mais leve, mais tranquila... sem medo, sem ansiedade, sem aquela vontade de engolir o mundo de uma vez! Hoje estou caminhando e desfrutando da paisagem. Não estou só passando pela vida, eu sinto que realmente estou vivendo, aproveitando tudo! Me sinto mais liberta, mais espiritualizada. Estou seguindo o caminho do amor!

Maria Júlia

Tem 47 anos, é pedagoga, e revela ser católica carismática. Os olhos e boca curvados para baixo, revelam a tristeza de sua alma. Tem cabelos avermelhados, pele morena e um jeito tímido. Frequenta o serviço desde 2012, embora tenha se afastado por um tempo e tenha retornado no início desse ano.

A morte da mãe ainda é uma ferida aberta em seu peito, que ela deixa transparecer durante toda a narrativa. Embora sua vida tenha marcas de rejeição e de decepções, isso não a impediu de seguir sonhando e buscando seu lugar no mundo.

Eu queria matar aquela dor que eu estava sentindo!

Comecei a frequentar aqui, logo após o falecimento de minha mãe, em agosto de 2012. Eu tinha perdido o amor, a segurança, toda a referência de vida, que foi minha mãe! Cheguei a um ponto que eu não suportava mais a dor, passei aqui em frente e me chamou a atenção o nome “Equilíbrio do Ser”. Não tinha nem noção do que era, nunca tinha ouvido falar nessas terapias, então aquilo despertou minha curiosidade. E equilíbrio era tudo que eu precisava naquele momento, porque nos serviços tradicionais, eu não conseguia mais... Não tinha palavra que a psicóloga falasse que acalmasse a dor que eu estava sentindo pela perda da minha mãe!

Sinto muita falta de mamãe, porque toda minha formação veio dela. Uma vez quando estava na faculdade a professora contou uma história, sobre umas crianças que ficaram órfãs e a importância do abraço, do contato, do amor com o outro ser humano. Depois dessa história fui perguntar a minha irmã como tinha sido minha infância, quando eu era bebê...

Minha irmã falou que eu ficava o tempo todo deitada na rede, durante um ano e meio eu passava muito tempo na rede, porque mamãe não podia cuidar de mim, pois tinha que trabalhar! Ela me disse que eu era triste, não sorria, era magra... Acho que foi por isso que demorei a andar, demorei a falar... Cheguei a perguntar a mamãe:— Meu Deus, como a senhora fez uma coisa dessas comigo?

Ela disse: — Minha filha, eu tinha que fazer isso ou vocês iam passar fome!

Então, ela me causou um mal sem intenção. Mas hoje, como eu não podia ser uma pessoa com problemas emocionais? Se eu passei um ano e meio em uma rede, sem contato, sem abraço, sem amor? É algo muito profundo! Precisa de um tempo pra ser curado!

Mas, na verdade, acho que comecei a adoecer quando eu tinha 16 anos, quando comecei a namorar o pai do meu filho. Abri mão de minha vida para viver em função dele! Larguei tudo que tinha e fui morar com ele no Pará! Perdi meu trabalho, deixei minha escola, deixei minha família, perdi minha identidade por um amor que não valia à pena! Ele me agrediu, foi difícil! Foram 12 anos de escravidão! Ninguém nunca deve se anular por alguém, porque você adocece! Deixei de ser eu mesma, não vivi meus sonhos, meus anseios, pra viver os sonhos e os anseios dele. Um dia, me olhei no espelho e não me reconheci como pessoa, estava maltratada, mal vestida, mal amada, e

eu não merecia isso! Isso não é amor! Então resolvi vir embora com meu filho que tinha 7 meses, e até hoje tento reconstruir minha identidade!

Tive outros relacionamentos depois! Mas em 2006, depois de uma decepção amorosa, eu surtei! Fui internada, tomei lítio por 3 anos, porque disseram que eu era bipolar! Cheguei a conhecer outras pessoas, mas não davam certo, chegava a ficar de cama de 10 a 15 dias, mas a terapia com o psicólogo me ajudou nisso! Me ensinou a me proteger mais! Já surtei outras vezes, mas de maneira mais leve, por conta das dificuldades da vida mesmo! Por isso minha família fica com medo quando arrumo namorado.

Depois que fiquei doente, minha mãe ainda cuidou de mim! Tomava café, almoçava e jantava na casa dela! Ajudou a criar meu filho. Ela me ajudou de todas as formas, sabe? Como se tivesse resgatando o tempo que ela não tinha como cuidar de mim. Tudo que ela não pôde fazer por mim quando eu era criança, ela fez na minha vida adulta!

Quando mamãe morreu, fiquei muito desnorteada; não tinha mais paciência e acabei sendo demitida do trabalho. Eu era coordenadora de uma escola, vivia em função de cuidar do patrimônio dos outros, e acabei perdendo minha saúde, minha vida, meu lazer, perdi o tempo de ter vivido com mamãe, se eu soubesse que ela ia partir... mas a gente não tem bola de cristal, né?

Eu estava sem mãe e sem emprego, então depois fui trabalhar como prestadora de serviço, como tutora, mas as condições que o governo oferece são precárias demais e eu não sei trabalhar com injustiça. Aquilo que você vai engolindo e não bota pra fora, acaba te adoecendo, aí, entrei em depressão de novo! Chorava, chorava muito!

Depois disso tudo e com a morte de mamãe, passei 40 dias trancada em um quarto. Não aguentava aquela dor, pensei até em cometer suicídio! Porque eu queria matar aquela dor que eu estava sentindo. Comecei a fazer terapia semanal com a psicóloga. Ela me ajudou muito a enxergar que eu não dependia só dessa profissão de professora, que eu tinha capacidade de atuar em outra profissão. Também sou acompanhada por uma psiquiatra, que me passou antidepressivos.

Quando vim pra escuta aqui, contei toda minha história e a terapeuta me encaminhou pra fazer reiki! A princípio não tinha vaga, mas aí encontrei uma amiga minha na recepção que me apresentou a terapeuta que fazia o reiki. Conversei com ela e tal... Ela viu que eu estava muito debilitada e me encaixou e foi aí que tudo começou... Comecei a me sentir bem, aquele alívio era como se fosse o mar... Eram muitas coisas que estavam presas em mim e ela disse, no decorrer de cada sessão, que eu tinha que me desapegar do meu passado, perdoar o pai do meu filho...

Me encantei tanto com o reiki que vim até a fazer o curso! Foi um dia maravilhoso, mágico! Fiquei superencantada! Comecei a aplicar reiki em mim e percebi que as coisas em meu organismo aconteciam diferentes... Mas aí, no correr da vida, trabalho altamente depressivo, aquelas coisas todas, não fiz mais reiki e me afastei...

Pra conseguir sair desse emprego, tentei uma oração de 21 dias de São Miguel Arcanjo, porque eu tinha que acreditar em alguma coisa! Fiz a oração durante 21 dias e logo depois uma colega minha me liga para trabalhar como promotora. Eu disse: Foi São Miguel Arcanjo que mandou! Assinei minha demissão e fui toda feliz mudar de vida! Mas acabou que não deu certo. Só que Deus sabe de todas as coisas, porque se não tivesse aparecido isso, eu não teria tido coragem de sair.

Depois consegui trabalho em uma creche, mas acabei tendo problemas nas cordas vocais e fui transferida para a coordenação da educação infantil; isso era em agosto de 2013. Durante todo esse tempo fiquei sem fazer reiki, não vinha aqui nem

nada, porque eu estava em processo de luta pela sobrevivência, né? Comecei a aprender, a ganhar espaço, só que, aí, algumas coisas começaram a me incomodar e entristecer...

A falta de reconhecimento, a insegurança, a falsidade no trabalho começaram a somatizar e foi isso que me fez voltar aqui. Nisso, aumentei de peso, ganhei 10 kilos a mais, e tive um problema de coluna. Eu tinha uma tristeza, uma saudade de mamãe, tava insatisfeita com o trabalho... sem perspectivas. Comecei a chorar, chorar, aí a terapeuta daqui disse que eu precisava por alegria em minha vida e me encaminhou pra biodança. Quando comecei a biodança, ainda chorava muito. As pessoas me abraçavam e eu chamava por minha mãe! Teve uma senhora que abracei, que senti como se estivesse abraçando minha mãe!

Foi aqui na biodança que começou meu processo de cura, de aceitação da partida de minha mãe. No decorrer do tempo, fiquei mais fortalecida. Às vezes, eu vinha um bagaço do trabalho, mas quando chegava aqui, eu era tão amada, sentia aquela alegria! Aqui a gente conversa, a gente dança, a gente vive! E era assim que eu extravasava! Mesmo que no outro dia fosse difícil, mas eu me fortalecia e as recaídas da depressão diminuíram.

Nessa época, meu pai adoeceu. E a biodança foi muito importante nesse processo, porque quando mamãe faleceu, eu não quis aceitar, não tive coragem de ficar com ela. E com papai, fui eu que cuidei dele, fiquei com ele no hospital, vi ele minguando, chorando querendo ir embora...E eu perguntava a Deus porque ele estava sofrendo tanto. Nesse período que eu fiquei com meu pai, fiz as pazes com ele, abracei, disse que amava... Conheci um pai que nunca tinha vivido na infância, esse senhor carinhoso, amigo, que me deu conselhos. Antes de falecer, abracei, disse que o amava e consegui fazer esse resgate e só consegui fazer isso por causa da biodança! Foi uma história bonita que vivi com papai por isso consegui reagir melhor à perda!

Hoje, continuo fazendo biodança, cura e expressão e comecei a usar florais. Minha irmã queria que eu fizesse yoga pra melhorar da minha coluna, mas não deu certo. Acho que na yoga você precisa estar calma pra relaxar, e eu estava me sentindo era sufocada... por isso fiquei na biodança.

A biodança é fantástica, me traz alegria, liberdade de dançar, muda meu metabolismo, muda a forma de encarar as coisas, não sei como explicar... A cura e expressão, que faço nas quintas-feiras, estão mais voltadas para meu crescimento, para ajudar a vencer meus bichinhos interiores. É fascinante porque dá a oportunidade de se expressar e eu gosto de falar muito!

Quando estou na biodança, me sinto criança! É como se estivesse voltando por meu passado, pra aquela criança feliz que fui na infância, que não tinha complicação, que corria na rua, que brincava, que não se preocupava se alguém tivesse olhando. Aquela menina feliz que eu era! Onde a gente brinca, se solta, se abraça, se ama, sem pedir nada em troca! Então, é assim como uma regressão! Como se eu voltasse a ser criança e como se meus pais estivessem ali... E as músicas que são escolhidas, parece como se mamãe e papai estivessem falando comigo... é assim que me sinto.

Na cura por expressão, embora seja muito cedo pra dizer, porque faz pouco tempo que estou nela, mas o que sinto é a parte da minha criança que não tem medo de nada! Embora ela tenha as frustrações dela, ela fica de frente com os problemas! Aqui é onde ela se fortalece para vencer o que a impede de crescer. Na cura e expressão, essa criança tá se reconhecendo, porque ela foi forte, não tinha medo de nada, enfrentava tudo, era uma menina corajosa, que tinha sonhos, que tinha tudo! Então é o resgate daquela menina forte que existe dentro de mim!

Por isso eu acho que existe muita diferença dessas terapias com os outros serviços médicos. Uma das principais diferenças desse espaço para outros serviços é a afetividade no atendimento! A gente percebe a afetividade desde a recepção! É muito importante você ser bem recebida, valorizada, isso até aumenta seu bem-estar e melhora a recuperação de sua saúde! É muito triste chegar nesses hospitais, nos ambulatorios e não ser visto como ser humano. Acho que isso complica e dificulta a recuperação. A gente quer ser visto como gente, quer ser amado e isso aqui é um ato de amor. Quando o ato de amor é praticado todos os dias, ele é contagiante! Quanto mais você pratica, mais se sente feliz!

Agora, eu também acho que a pessoa tem que acreditar! Por exemplo, meu professor de biodança é fantástico, muito ético e verdadeiro! Ele fala que muita gente tem dificuldade de abraçar, de receber um beijo... então, você precisa se permitir isso. No início ficava um pouco sem jeito, de olhar nos olhos, abraçar e comecei a praticar... Antes eu não olhava no olho de ninguém, mas hoje me parece uma coisa tão normal.

Hoje, aprendi a olhar mais pra mim, a cuidar de mim, do meu filho... Às vezes, me olho no espelho e, se tô me achando feia, coloco uma música e me levanto! Não assisto mais televisão e quando quero relaxar, coloco uma oração e começo a meditar... É uma sensação maravilhosa, como se Deus estivesse ao meu lado!

Essas terapias aqui, nos ajudam muito, muito mesmo! Isso é um conclusão minha, porque observo as minhas reações, mas cada pessoa é um caso! Tem pessoas que conseguem ficar totalmente curadas! Não sei com relação a mim, porque às vezes acho que essa depressão não tem cura, só controle... Porque eu não produzo mais serotonina e todo dia tenho um leão pra matar, então fica difícil... Cheguei a diminuir os antidepressivos por conta própria, depois que melhorei, mas não vou mais tirar não, porque tenho que me fortalecer, né? A depressão é traiçoeira, porque, por exemplo, se você deixa uma brecha, o que acontece em dia pode destruir tudo que você construiu na biodança...

É muito bom! Não dá pra você sair de uma terapia que só faz somar, né? Que quando você chora, todo mundo te abraça! E eu sinto a energia do abraço, o calor humano, isso me fortalece muito, é muito curativo! Além disso, a gente faz amizades, né? Uma colega da biodança me chamou pra fazer dança de salão no espaço cultural, e eu vou assim que resolver minha situação no emprego, porque eu gosto muito de música e de dançar!

Posso dizer que hoje sou uma estrela que brilha, porque antes eu era sem luz! Onde eu passo, as pessoas percebem essa luz! Não é por que tenho carro, ou pelo que eu ganho, mas porque estou em paz comigo mesma! A biodança resgatou minha alegria de viver, deu continuidade à minha vida, voltei a sorrir, porque depois da morte de mamãe parei de sorrir! A biodança me ajudou a aceitar que minha mãe viveu o tempo dela, a história dela! Embora ainda seja difícil vivenciar minha orfandade...

Então, acho que as terapias são importantes, sim! Elas fazem a gente se libertar, é um espaço onde podemos ser nós mesmos! Porque, a todo o momento, estamos representando ser pessoas que não somos, para tentarmos ser aceitos. Porque, infelizmente, na sociedade, hoje, se você demonstrar quem você realmente é, você não é aceito! Então, na minha concepção, hoje as pessoas adoecem porque elas querem viver o que não são! E pra você ter as coisas, você tem que batalhar, ser honesto e cuidar de sua saúde!

Maria Livia

É paraibana, natural de Santa Rita! Tem 47 anos, cabelos curtos, nariz afilado, mas sua estrutura pequena e esguia disfarça sua idade. Parece ser uma mulher espiritualizada e fala, com serenidade, que segue a doutrina espírita. Frequenta o Centro de Práticas Integrativas desde junho de 2014.

Conheci Livia em um encontro de Terapia de grupo chamada de “Cura e Expressão”, que trabalha com movimentos corporais, dança, massagens, pinturas e artes como forma de expressar e libertar os sentimentos. Mostrou-se calada em um primeiro momento, mas, durante as apresentações dos membros do grupo, espontaneamente se prontificou a colaborar com a pesquisa.

Os encontros na terapia permitiram a construção de um vínculo de confiança. Marcamos a entrevista no próprio serviço, onde, com muita calma, ela foi resgatando o passado e narrando sua história.

...essas questões emocionais acabam enchendo e um dia estoura!

Eu era muito presa! Minha mãe me protegia demais e não me liberava pra nada! Não brincava com outras meninas da minha faixa etária porque ela não deixava! Naquela época, a gente gazeava muita aula, e eu aproveitava esse espaço para ir à praia, me divertir... Fui uma pessoa trabalhosa, porque quando ela dizia não, se eu encontrasse a porta de casa aberta, saía. E assim, nós não conversávamos, porque pra ela tudo era proibido. Sempre tinha algum obstáculo pra eu não poder sair. Não participava de eventos, de aniversários, essas coisas... Nessa faixa etária, todo mundo gosta de sair, ir praia, essas coisas... E minha mãe não deixava!

Ela me protegia demais! Foi então que comecei a encucar¹⁵ com umas coisas, que aconteciam dentro de casa e eu achava estranho... tudo que meu irmão pedia, ela fazia, e comigo não! Minhas coleguinhas e minhas primas, quando tinham raiva de mim, diziam “Você não é filha de tia Lourdes, você não é filha de tio Arnaldo! Fui então juntando as pecinhas e descobri a verdade!

Tinha 13 anos quando descobri, por outras pessoas, que eu era filha adotiva! Ela me chamou pra conversar e disse: Olhe, eu não sou sua mãe biológica, mas eu sou sua mãe do coração, é como se você tivesse saído de mim! Mas eu não queria nem saber! Acabei magoando muito minha mãe, quando dizia: Quando eu crescer e tiver 18 anos, vou embora, vou procurar minha mãe verdadeira, que a senhora né minha mãe não! E eu sei que isso machucava! ... E quando eu falava era com raiva! Era muito revoltada! Tivemos muitos conflitos! Já adulta, vinha em mim aqueles flashes do passado, era muito esquisito, às vezes tinha raiva dela, às vezes gostava. Em 2011, ela

¹⁵ Ficar pensando em alguma coisa, preocupada.

faleceu! Mas graças a Deus que abriu meu coração, antes dela partir, nós conversamos e pedi perdão por tudo que fiz! Porque eu tinha uma trava dentro de mim!

Estas questões emocionais, vão enchendo, enchendo e um dia estoura, né? E quando vai passando a idade, vão surgindo outros problemas também. Há 7 anos atrás, eu tive um problema hormonal Comecei uma menopausa precoce, aos 40 anos. É horrível! Mas hoje, não tô nem aí, já superei! Sei que vou passar por isso até morrer! Reposição hormonal, não tomo, isso foi uma opção minha! E nem recomendo pra ninguém, porque é uma faca de dois gumes! Às vezes tomo coisas naturais, como chá...

Isso mexe muito com uma mulher! Em todos os sentidos! Vivia com calor, irritada, ansiosa, impaciente, mais do que já sou [risos], não conseguia dormir direito, não conseguia ter foco, nem estudar... não conseguia fazer mais nada! Estava casada com um rapaz, e isso abalou muito a relação! Começou uma indiferença, aquela falta de amor, de carinho... isso foi desgastando, desgastando até que acabou!

Então, uma amiga minha que é terapeuta, me convidou para fazer tratamento com florais de Bach. Foi aí que comecei a conhecer as práticas! Nessa época eu estudava demais! Não parava! Quando eu deitava, às vezes procurava o que fazer porque a mente não parava! Arrumava qualquer coisa pra me ocupar, não relaxava! Isso tudo foi acumulando, acumulando até um dia estourar. Aí quando estoura, você procura socorro!

Foi o que aconteceu! Ano passado, no mês de maio, tive uma convulsão, do nada! Minha pressão, minha glicemia estavam boas, eu estava super bem, não estava preocupada, não tinha nenhum grilo na cabeça... Depois da convulsão, fiquei como se tivesse ataques epiléticos. Fui ao hospital, fiquei em observação, mas como não tinha nenhum neuro de plantão, me encaminharam pra um. Fui ao médico, fiz uma ressonância magnética, mas não deu nada! Procurei outro neuro, que me passou uma medicação bem forte! Só que eu não comprei! aí tô tomando hidantal, que é mais suave, mais leve e não prejudica tanto!

O médico me disse que eu estava muito acelerada e podia ter sido isso que causou a convulsão! No eletroencefalograma, deu um probleminha na parte elétrica do meu cérebro, por isso que ainda estou na medicação! Infelizmente, não posso ficar sem tomar o remédio, porque posso ter convulsão novamente! De 6 em 6 meses volto ao neuro pra fazer as avaliações, saber se fico com a mesma medicação, coisas desse tipo...

Como sou estudante da pós graduação de naturologia, conheço umas pessoas que trabalham aqui no Equilíbrio do Ser, que me disseram pra vir aqui. Eu não conhecia o lugar, mas vim e fiz a escuta. Cheguei com muita ansiedade, bastante dor de cabeça, que foi justamente depois da convulsão, estava inquieta, muito crítica, impaciente, tinha um pouco de esquecimento, falta de amor próprio, um início de depressão... eu estava naquela de não confiar em si mesma, entendeu? Assim, como estivesse vegetando! Foi meio difícil pra mim! aí você entra nas práticas pra dar uma aliviada...

Eu vim sabendo que minhas queixas tinham um fundo emocional! Na verdade, acho que precisava só de empurrão, pra confirmar. Comecei então a fazer o tratamento com a acupuntura auricular, entrei no tai chi e fiz também danças circulares...foi quando comecei a melhorar, bastante! Mas tive que parar por questão do horário. Pra vir de Santa Rita até aqui é meio complicado. Foi aí que apareceu essa oportunidade com a acupuntura, que é uma vez por semana pela manhã! Faltei ao trabalho mas não deixei de vir! Porque, é muito difícil, né? É muita gente pra poucos profissionais! Tentei o reiki, só que é muito difícil, mas vou continuar tentando! Porque é uma prática muito interessante, independente de religião, de idade e de sexo.

Atualmente, estou só no grupo da cura e expressão, nas quintas a noite, que é uma maravilha! Mas pretendo fazer outras! Porque eu não quero sair daqui não! Se eu pudesse, morava aqui! [risos]. De vez em quando ainda uso uns floraizinhos, pra dá uma equilibrada! [risos]. É uma melhora tão boa, que você não quer sair! É como se aqui fosse um centro de energia, que quando você coloca os pés aqui, sai mais leve!

Hoje estou bem mais centrada menos impaciente e crítica, gostando mais de mim, dando mais valor à minha vida! A questão da alimentação mudou e melhorou bastante! Porque eu comia muita porcaria! Estou deixando aos pouquinhos de comer carne, tô comendo mais legumes, verduras, frutas. Estou dormindo melhor. Nunca precisei de ansiolíticos, mas às vezes tomo medicações naturais, como calman, essas coisas mais leves... As dores de cabeça diminuíram, enfim... hoje me sinto em sintonia comigo mesmo! Esqueço o mundo lá fora, esqueço até quem sou eu [risos], mas também procuro outras formas de melhorar, até espiritualmente... Quando não tem muito barulho no prédio, tento meditar. Não é com frequência, mas sempre que dá eu faço!

Pra quem está do lado de fora, pode até não acreditar muito, mas como eu já acreditava ficou mais fácil pra mim, entendeu? É uma coisa fora do sério! E aqui no espaço, existem pessoas que são terapeutas de verdade! Eles têm compromisso, querem o bem do próximo! O cuidado aqui nem se compara com o cuidado lá fora! Tem a questão do afeto, do acolhimento, que lá fora não tem! Eles têm paciência em escutar a gente, um carinho em prestar atenção no que você fala, e isso influi muito! Aqui é bem melhor, é mais humano! A gente sente a energia das pessoas, quando chega aqui! O acolhimento, o toque... na verdade é um conjunto... porque o toque me traz a sensação de proteção, carinho... acho que pelo fato de ter sido adotada, eu nunca fui amamentada e o toque pra mim é essencial, me sinto muito bem!

As práticas em si trabalham tanto o emocional quanto o físico. A cura e expressão, tem mais peso pra mim, porque eu consigo expressar com palavras e movimentos, entende? Independente de ter pessoas no espaço, você mostra o que está sentindo lá dentro, consegue colocar pra fora! A acupuntura trabalha mais com o físico, embora eu conversasse bastante com meu terapeuta antes das sessões, e o floral mexe muito com o emocional! Pra tudo tem uma saída, e hoje estou bem melhor!

Essas terapias resgatam muito meu passado! Me trazem lembranças boas, e trazem também lembranças ruins, que é com isso que a gente vai evoluindo... Mas o que mais me traz são saudades de minha mãe! Não a biológica, mas sim a que me criou! Sinto muita saudades dela! Como sou espírita, sei que é uma saudade boa, não vai perturbá-la... Mas cada um tem seu caminho. A gente já vem com um caminho determinado. Depois eu vim entender porque a minha mãe era daquela forma. Tive que conhecer a história dela, a história de meu pai e a minha história pra saber onde consertar ou não. É por isso que digo, depois que conversei com minha mãe, que pedi perdão, meu emocional, meu coração melhorou bastante!

A Livia de antes era uma pessoa muito revoltada, problemática, imatura, teimosa, chata [risos] e hoje é uma pessoa mais consciente, menos crítica, que sabe escutar, que é mais carinhosa, está se dedicando mais... e essa transformação grande parte foi através das terapias integrativas.

Maria Rosa

Natural de Caiçara-PB, veio ao mundo em agosto de 1958. Embora atualmente esteja aposentada, trabalhou a vida inteira como professora, e faz questão de enfatizar que tinha amor por sua profissão. Demonstra ser uma mulher de fé, e, em sua narrativa, fala de sua crença em um Deus vivo! Começou a frequentar o serviço desde 2012, quando buscava alívio para suas dores.

Tem cabelos curtos, olhos grandes e um sorriso no rosto que parece ser incansável. Sua receptividade e benevolência possibilitou que a entrevista acontecesse à noite em sua casa. Extrovertida, dona de um sotaque cantado e ligeiro, Rosa narra sua história com ímpeto e vivacidade...

A doença está na mente!

Comecei a trabalhar muito nova, aos 18 anos, como professora. Trabalhava com crianças marginalizadas na antiga FEBEMA. Quando sai de lá, resolvi abrir minha escola. Não era uma grande escola, era pequena, funcionava do maternalzinho ao nono ano, mas você trabalha muito, porque tem que tomar conta de tudo! Eu era coordenadora, orientadora e quando faltava algum professor eu tinha que substituir... fui ficando sobrecarregada! Além disso, a gente tem que lidar com pais, professores, crianças, enfim... são muitos problemas que a gente enfrenta!

Então chegou um certo tempo que comecei a sentir um peso em meu corpo. Enquanto eu ficava na escola, não sentia nada, porque estava vivenciando o dia-a-dia e fazia meu trabalho por amor! Mas o reflexo vinha à noite, porque não conseguia dormir sentindo dores! Nessa época, aconteceu um problema aqui em casa... meu esposo adoeceu. Foi tudo ao mesmo tempo, e isso pesou ainda mais em mim!

Quando meu esposo adoeceu, passei por um grande sofrimento! Fiquei com trauma, mas já estou mais aliviada, graças a Jesus! Nós convivemos durante 37 anos, mas ele já vinha de outro casamento, era separado da primeira mulher, mas nunca tinha pedido o divórcio. Ai, de uma hora pra outra, ele sofreu uma queda e depois disso teve um AVC. Os filhos do primeiro casamento, são médicos e levaram ele para o hospital, teve que fazer cirurgia, mas depois... ele não conheceu mais ninguém! Então, a filha dele o levou para morar com ela... Isso foi muito sofrido pra mim!

Fiquei assim... praticamente sem nada, sem nada mesmo! Eu tinha de tudo, porque ele vivia bem financeiramente e sempre deu assistência a mim e a nossa filha! Foi muito difícil, porque tive que tentar sobreviver de outras maneiras. Sei que ele errou muito em não ter se organizado, mas não tenho remorso, nem revolta com ele. Sempre vou visitar, mas é uma coisa que ainda dói muito, ver e aceitar uma situação daquela! Mas hoje eu já aceitei!

Então, quando aconteceu tudo isso, meu corpo começou a ficar mais pesado, mais cansado! Já não conseguia dormir mais à noite e cheguei a ficar quinze dias sem

andar! Foi uma paralisação total! Meus joelhos incharam, meus ombros...era tanta dor!...Foi quando resolvi fechar a escola e fiquei mais em casa. Só que a cada dia que passava, aconteciam mais dores no corpo.

Frequentei vários médicos! Todos os médicos que me indicaram eu fui! Meu corpo doía todo... meus ombros, meus braços, minhas costas... só não sentia dor de cabeça, isso não sentia! Ninguém podia tocar em mim e eu não podia fazer nada em casa, não conseguia. Quando ia dormir, tinha que colocar um travesseiro entre as pernas, porque não podia uma perna tocar na outra que doía. E devido a tanta dor, não conseguia dormir. Aí, ficava da cama pra rede a noite toda! Isso me angustiava, ficava com uma vontade de chorar, uma agonia... porque eu tomava remédio e não servia, me dava aquele desespero!

A maioria dos médicos que fui, dizia que era tudo psicológico, porque tudo que eu sentia, não era compatível com o que eles tavam vendo nos exames. Realmente, eu tinha um problema nos ossos, mas não era tão intenso a ponto de passar a noite toda sem dormir. Então, eles passaram remédios tarja preta, mas não tomei! Porque eu acreditava que meu problema não era isso e se chegasse a tomar esses remédios, num ia me livrar nunca deles! Eu queria me livrar do meu problema! Mas antes de tomar esses remédios para curar meu problema, queria me curar de dentro pra fora, e foi isso que fiz, preferi não tomar!

Teve um médico que mandou que trocasse o colchão, porque achava que poderia ser isso. Mas na verdade, eu precisava relaxar a mente, relaxar o corpo! E eu queria um tratamento alternativo, que me desse condição de fazer alguma coisa, de ter um diálogo, uma conversa, pra ver se melhorava... e isso não consegui com nenhum desses médicos. Na época, tinha plano de saúde, fui para os melhores médicos e não fiquei curada, isso aumentava mais minha angústia!

Por último, fui a um médico que me disse:

– Olhe, aqui em João Pessoa tá para abrir um espaço que vai ser muito importante pra senhora, é um centro de terapias alternativas! Só que ainda vai demorar um pouco, então antes de abrir você precisa seguir sua vida, rir mais, brincar mais, sair de dentro de casa e procurar amigos lá fora! Procure pessoas que não passem negatividade pra você! Vá pra uma roda de pessoas que te façam rir, brincar, dançar...

Depois de um tempo, apareceu aquilo ali, com aquela plaquinha do SUS e foi muito comentário, todo mundo procurando, dizendo que era muito bom... Então fui lá me entrosar... Isso foi em uma sexta-feira à noite. Quando cheguei, fui acolhida por Magali, que é uma pessoa maravilhosa! Disse a ela que estava precisando de ajuda, que queria contar meu problema pra ver se lá tinha solução pra meu caso, e ela disse:

– Com certeza, Rosa! Fique à vontade e conte tudo o que você precisa contar sobre sua história!

Nós tivemos um diálogo de quase duas horas! Foi maravilhoso! Nunca tinha sido tão bem acolhida dessa maneira! Fiquei sendo atendida por ela durante quatro sextas-feiras, até que ela me encaminhou pra Lúcia, na terapia de consciência corporal. Nessa terapia com Lúcia, ela não explica como você vai ser curada, ela diz que você mesmo tem que se curar! Por sinal, quando a gente sente uma dor durante o relaxamento, ela pede que a gente trabalhe aquela dor mentalmente. A gente coloca o pensamento em cima daquela dor, e ela vai acompanhando, e a dor com certeza vai diminuindo. Foi assim que minhas dores sumiram!

Além da consciência corporal, também comecei a fazer yoga, com João! Muito importante o trabalho da yoga, porque faz relaxamento, faz alongamento, faz vários tipos de exercícios, que mexem mesmo! É um relaxamento total, você viaja, fica

aliviada! E, na consciência corporal, além dos exercícios, a gente trabalha a mente, trabalha as dores... é maravilhoso! Não vou dizer que estou 100% curada, por que tenho um desgaste nos ossos e isso não se cura facilmente, só com cirurgia, só que eu não pretendo fazer cirurgia... então, digamos que eu esteja 90% curada! A gente só pode ficar na terapia até quatro meses, e eu já repeti várias vezes [risos] e não pretendo sair nem tão cedo!

Antes, não conseguia relaxar, então aprendi os exercícios de respiração, que são muito importantes! A respiração facilita muito os problemas da gente. Como eu não sabia fazer a respiração, não tinha condição de fazer um relaxamento, então geralmente não relaxava, e quando relaxava adormecia! Agora consigo ficar acordada e relaxar. A gente fica flutuando, na penumbra e relaxa tranquilo!

Aqui a terapeuta sempre diz:

– Você é capaz de curar seu problema!

Às vezes, até ficava assim apreensiva, quando ela dizia isso! Queria ser curada logo! Mas aí ela dizia que com o tempo a gente vai sentindo o que está precisando pra gente se curar! Essa é a principal diferença! Porque com os médicos, eles passam remédio. E nas terapias, não. A gente trabalha a mente! A doença está na mente! Se você estiver com mente livre, ampla, a gente cura toda doença! Se você cura a mente primeiro, depois as dores no corpo vão sumindo, porque sua mente está bem preparada! Então, nas terapias existe isso, você tem que querer! Você tem que se amar pra melhorar!

Hoje aprendi a sorrir, porque eu não sorria! Na verdade, sorria angustiada, porque tinha que sorrir! Às vezes meu corpo doendo demais e chegava um pai, uma mãe, uma criança e eu tinha que sorrir, tinha que abraçar! Cantava, brincava, mas só Deus sabia o que eu estava sentindo por trás! Agora, não... agora sorrio, brinco, porque é aquela felicidade que realmente vem de dentro pra fora!

Nisso, minha autoestima melhorou muito! Tenho vontade de mostrar às pessoas que elas devem ir atrás de uma melhora! Cada um tem que tentar se melhorar, e sempre mostro que se você estiver com um problema, você tem que procurar ajuda, tem que desabafar, chamar por um Deus vivo e procurar uma solução! Então procuro passar isso para as pessoas. Me sinto feliz porque estou me curando e passando meu exemplo para os outros! Me sinto realizada com isso que faço!

Agora, em casa diariamente faço exercício! Primeiro o da respiração e Lúcia também ensinou um exercício da árvore¹⁶, que trabalha a mente e o equilíbrio, então faço isso diariamente pela manhã, logo cedo e depois dou uma caminhadinha de 40 minutos. Faço também alguns exercícios de yoga, principalmente os alongamentos que aprendi no Equilíbrio do Ser.

Minha filha notou minha mudança, na verdade ele sempre quis que eu fizesse tudo isso, mas era eu que não dava muito valor! Ela tem me ajudado a mudar a alimentação também, tirei a carne vermelha e já perdi 7 kg! Isso foi muito importante pra mim, porque sempre fui gordinha. Era um sacrifício pra sentar e levantar! Então tudo isso foi melhorando... você vai sendo outra pessoa, se amando mais! E eu me amo muito!

Se não tivesse muita fé em Jesus, e não tivesse procurado rápido uma alternativa, acho que hoje em dia, eu nem era eu! Porque a depressão pesa muito, embora, graças a Jesus, não cheguei a ter realmente a depressão! Mas com as dinâmicas que Lúcia faz, sempre mexendo no caldeirão, consegui resgatar meu passado

¹⁶ Dinâmica corporal realizada pela terapeuta.

e aceitar a vida como ela é! Antes chorava muito... mas agora não choro mais, não sofro!

Antes tinha dinheiro, marido, escola, mas na verdade não era feliz! Hoje sou muito feliz, não tenho dinheiro, mas o que ganho dá pra mim e pra minha filha, sem pensar em grandeza! Hoje sou muito feliz, talvez mais que antes!

Maria Vitória

Conheci Maria Vitória na roda de Terapia Comunitária Integrativa. Nasceu em São Gonçalo-PB, tem 57 anos e é evangélica. Com um jeito de falar pausado, dedos entrelaçados sobre as pernas, ela balançava os pés que não tocavam o chão. Embora seja pequena de estatura, sua fortaleza se estende para muito além...

Sua postura vivaz e seu sorriso largo, não conseguiram ofuscar a tristeza e vazio de seus olhos. A vida lhe trouxe o sabor amargo das noites mal dormidas, das esperas em vão... O tempo se fez de maneira apressada, arrancando a metade de seu coração, fazendo-lhe carregar a mortalha do amor, assim como diz a letra da canção.

Não posso ter meu filho de volta...mas preciso viver!

Fui criada em São Gonçalo, no município de Souza. Sai de lá com 11 anos de idade e fui pra Arcoverde, perto do Recife. Morei 3 anos por lá e depois vim pra João pessoa. Casei e fui pra São Paulo, onde fiquei por 18 anos, morando em São Bernardo. Até hoje amo aquele lugar, sou apaixonada...

Tive dois filhos, um filho e uma filha. Na verdade a minha neta, também conto como filha né? Porque desde a barriga da mãe dela, que é comigo. Me separei do meu marido, porque ele encontrou outra família lá em São Paulo, aí foi quando decidi vir embora e não voltei mais. Voltei também por causa de meu filho. Na época ele era adolescente, tinha 15 anos e presenciou uma morte, e o pessoal ficou atrás dele. Então fiquei com medo e mandei ele vir embora pra cá, pra casa de meus irmãos. Depois de 9 meses que ele estava aqui, ligaram pra mim, pra avisar que ele tava na rua, jogado, sem apoio de ninguém. Foi quando ele conheceu a droga, a maconha e começou a beber. Então tive que abandonar tudo e vir embora!

Quando ele bebia, eu tinha que buscar nos lugares, por que ele não atendia ninguém, somente a mim. Mas no outro dia, ele chorava, pedia perdão e me abraçava. Era aquele carinho todo! Apesar de tudo, era um bom filho e nossa relação era ótima! Depois de um tempo, já com uns 28 anos de idades, ele desistiu da bebida e tinha mudado totalmente! Mas há 1 ano e 6 meses, perdi meu filho! Tiraram a vida dele!... Parecia que minha vida tinha acabado, não tinha mais sentindo! [As palavras lhe saíam doídas, ela olhou pra baixo e suspirou profundamente].

Depois disso viajei, fui para Brasília. Quando voltei, fui na psicóloga do CRAS. Embora ela conversasse, quase não olhava pra mim! Me encaminhou logo para o psiquiatra, porque disse que eu tinha que tomar logo remédio! Quando fui ver o psiquiatra, ele começou a perguntar e comecei a falar tudinho. Perguntou há quanto tempo meu filho tinha falecido, como eu estava, porque tinha ido até lá, e se queria remédio pra dormir ou se acalmar. Então, eu disse:

– “Olhe, na verdade o médico é o senhor, o psiquiatra é o senhor, não sou eu! Estou aqui porque preciso da sua ajuda! Mas se você não puder me ajudar, tudo bem, não tem problema. Tenho um Deus que é o médico dos médicos, Ele vai me ajudar!”

Ele começou a prescrever um remédio. Também de cabeça baixa tava e ficou! Me deu a receita, e eu quase rasguei e joguei na cara dele, de tanta raiva que fiquei! Eu já tava nervosa... Mas cheguei a tomar a medicação por um tempo, porque estava trocando a noite pelo dia. Quando chegava assim umas 8 horas da noite, vinha a lembrança de meu filho, e aí pronto, não tinha ninguém no mundo que me fizesse dormir, por isso tomava o remédio! Mas comecei a ficar dependente da medicação. Estava me sentindo pesada! Minha filha começou a me achar muito estranha em casa, porque eu andava esquecendo das coisas, não sabia por onde eu andava. Tinha hora que dava um bloqueio! Eu parava e não sabia onde estava, aí tinha que ligar para minha filha. Mas às vezes, não acertava nem fazer a ligação, tremendo. Então falei pra minha filha:

– “Sabe de uma coisa? Esse remédio não tá me fazendo bem!”

Voltei ao psiquiatra pra dizer que o remédio estava me fazendo mal. Eu não andava mais de tão dopada que ficava, estava fora do controle. O médico ainda quis diminuir a dosagem, mas minha filha queria que ele passasse um mais fraco, só pra amenizar a situação... Só que eu fui pra casa, rasguei a receita e procurei a médica do postinho, e ela me disse o seguinte:

– “Olhe, não sou psiquiatra, mas já passei por isso na família. Por isso vou passar um remédio bem suavizinho, é o clonazepam, tem baixa dosagem e não vai lhe dopar. É só para lhe acalmar. A senhora vai tomar só um comprimido à noite antes de dormir. Quer fazer essa experiência?”. Então eu aceitei e foi o que amenizou.

Na mesma época, minha sobrinha e minha neta, que frequentam a Igreja Batista, me indicaram uma psicóloga que tem lá e que também atende em um hospital. Fiquei uns 4 meses sendo acompanhada por ela, e isso foi ajudando a me libertar do remédio! Então eu mesma fui diminuindo a medicação. Porque às vezes, se me assustasse por alguma coisa, já achava que tinha que tomar o remédio. Estava muito dependente!

Um dia encontrei uma colega minha, que me achou muito agitada, chorando muito e perguntou se o tratamento com a psicóloga estava me ajudando... Eu disse que já tinha me ajudado bastante, mas que era muita coisa pra eu melhorar assim tão rápido. Foi aí que ela me convidou pra vir pra cá (Equilíbrio do Ser). Disse que o local era maravilhoso, que já fazia tratamento aqui e perguntou se eu queria vir com ela. Eu disse:

– “Vou! Da onde eu venho vou para qualquer lugar, menos o espiritismo!”

Marcamos pra vir em uma segunda-feira. Essa minha colega passou lá em casa e viemos. Porque naquela época, eu não andava sozinha, minha filha tinha medo. Quando cheguei fui à escuta com a terapeuta e comecei a reclamar dos meus problemas. Ela me perguntou, se eu achava que ali encontraria alguma ajuda. E eu disse que tinha certeza que encontraria. Então, depois de conversamos, ela perguntou:

– “Como você se sente melhor, onde tem muitas pessoas conversando, em terapias que se faz em grupo? Ou você prefere ficar em uma terapia mais tranquila, em um ambiente mais tranquilo?”

Aí, eu disse que preferia ficar perto das pessoas, que me sentiria melhor assim do que em um lugar onde ninguém estaria perto de mim. Foi assim que ela me indicou a Terapia Comunitária.

Como fui muito cedo, comecei na terapia no mesmo dia e fui recebida por Luiza. Mas confesso que, até o segundo dia, não gostei! Pensei assim: “Meu Deus, o que estou fazendo aqui, com esse povo todo falando de problemas se eu já estou cheia de problemas... agitada, nervosa, com insônia, chorando muito?”...Resolvi vir uma terceira vez, foi quando comecei a melhorar e a entender que ali eram pessoas

compartilhando suas dificuldades, as barreiras que superaram... além disso, comecei a gostar das dinâmicas que elas fazem pra tirar a gente daquela tensão... Daí em diante, não quis mais sair! Hoje cuido de minha saúde aqui, nessa benção!

Então, o motivo de ter procurado aqui, foi esse, a depressão! Na verdade, não tinha nem noção do que era uma depressão, até passar por isso. Fiquei também com dores na coluna, minha pressão subiu, e, segundo os médicos, tinha a ver com o emocional também, com o sistema nervoso. Se ninguém chegar falando do meu filho ou das coisas que ainda estou enfrentando, passo a semana bem. Mas quando me deparo com alguma lembrança dele, já começo a sentir uma dor na coluna, como se o coração transmitisse pras costas.

Por isso, além da Terapia Comunitária, também faço a auriculoacupuntura e tomo floral. Tenho vontade de fazer pilates, mas aqui não tem. Muita gente diz que ficou boa da coluna quando fez. Já tentei fazer reiki, mas não me identifiquei. Gosto muito é de massagem, conversa, dança. Aqui tem a biodança também, embora eu nem saiba como é! Preciso ver com alguém que faz pra me dizer... Quando eu terminar alguma terapia, vou pedir a Luiza para me colocar em outra. Porque minha mente ocupada, é muito bom! Talvez eu peça pra ir pra automassagem, porque a terapeuta é um amor! Ela é muito atenciosa e carinhosa! Fiz três vezes com ela e foi maravilhoso! Não pude ficar, porque é muito longe de onde moro, e estou com algumas dificuldades financeiras. Peço a Deus para não deixar faltar minhas passagens pra vir pra terapia, porque tá me ajudando demais! Mas, tirando isso, se pudesse vir todo dia, eu viria. Venho pra cá e saio totalmente diferente! Segunda e terça pra mim são os melhores dias e, o domingo, que é quando eu busco a presença do meu Deus!

Na Terapia Comunitária, aprendi a me valorizar mais, a viver, viver o eu! As dinâmicas que as terapeutas fazem com a gente, nossa, são maravilhosas! São coisas que a gente gostaria de ter feito antes e não conseguiu, é muito interessante... Elas falam de coisas que lembram as palavras, os conselhos e o aconchego que minha mãe me dava. Lembro de muitas coisas boas e tenho certeza que isso me ajuda demais! Não tem explicação! Vir aqui me traz bem estar, para meu eu, para meu coração, para minha vida... Tenho mais é que continuar vivendo isso!

Teve uma dinâmica, que fizeram semana passada, que foi muito importante, falaram sobre as águas e a cachoeira... foi lindo! A história do cavalo¹⁷, também foi muito interessante, me tocou bastante! A gente acaba vivendo coisas que não imaginava viver, como se estivéssemos em outro mundo... fazendo algo que talvez

¹⁷ A história do cavalo é uma das fábulas que são contadas na Terapia Comunitária Integrativa que diz o seguinte: “Um fazendeiro, que lutava com muitas dificuldades, possuía alguns cavalos para ajudar nos trabalhos em sua pequena fazenda. Um dia, seu capataz veio trazer a notícia de que um dos seus cavalos havia caído num velho poço abandonado. O fazendeiro foi rapidamente ao local do acidente, avaliou a situação, certificando-se de que o animal não se machucara, mas pela dificuldade e o alto custo de retirá-lo do fundo do poço, achou que não valeria a pena investir numa operação de resgate. Tomou então a difícil decisão: determinou ao capataz que sacrificasse o animal, jogando terra no poço até enterrá-lo ali mesmo. E assim foi feito. Os empregados, comandados pelo capataz começaram a jogar terra para dentro do buraco de forma a cobrir o cavalo. Mas à medida que a terra caía em seu dorso, o animal sacudia e ela ia se acumulando no fundo, possibilitando ao cavalo ir subindo. Logo, os homens perceberam que o cavalo não se deixava enterrar, mas ao contrário, estava subindo à medida que a terra enchia o poço, até que enfim, conseguiu sair. Sabendo do caso, o fazendeiro ficou muito satisfeito e o cavalo viveu ainda muitos anos servindo ao dono da fazenda.”

gostaria de ter feito no passado, mas não conseguiu. Cada vez a gente se surpreende quando entra na sala.

Além disso, a auriculoacupuntura também tem me ajudado muito, principalmente nas dores físicas e musculares. Fazemos alongamentos, massagens com as sementinhas (sementes de mostarda), chega relaxa os nervos... como se tivéssemos tomado um remédio. A gente sente aquele peso quando começa a fazer, mas quando termina... parece que arrancaram tudo com a mão. O terapeuta também dá uma folha para que a gente escreva como foi nosso dia, o que sentimos com a massagem, na hora de inspirar e expirar, no alongamento... Ele também trabalha com os elementos, como o fogo, a água... Ah, e tem as folhas do alongamento, da alimentação... a gente vai aprendendo a cada dia. É uma qualidade de vida 100%!

Não tomo mais remédio... só o floral! Às vezes, tomo chá de camomila, chá da folha de alface, suco de maracujá... mas a melhora mesmo, achei depois que comecei o floral! Porque me sinto mais tranquila, mais serena, me ajudou muito na insônia, anulou o remédio que tomei antes, que não teve nenhum benefício pra mim... O floral não tem efeito colateral, dá é tranquilidade e só me faz bem! Tanto é que Luiza vai passar uma nova composição pra eu continuar...

Desde então, só tenho encontrado mudanças em meu interior. Apreendi a lidar com situações que antes não tinham controle. O processo de inspirar e expirar, me ajudou muito nisso, no autocontrole! Os exercícios me ajudam demais e faço em casa. Se por acaso tiver muito nervosa, procuro me sentar, fecho a porta e começo a fazer a inspiração e expiração. Tento ficar tranquila! E é assim que vem sendo, a cada dia tenho uma melhora. Acho que é essa a principal diferença... A maneira do atendimento lá, era errado, inadequado. Aqui, consegui o tratamento ideal, sem precisar me dopar. Encontrei uma ajuda extraordinária, com esses profissionais, que são pessoas que me atendem muito bem. Aqui você chega chorando e sai sorrindo, chega pesada e sai leve!

Os terapeutas conversam me mostrando que existem formas da gente melhorar nosso eu... [Ela fica pensativa por um instante]. Não da forma que cheguei, culpando os profissionais da medicina, mas fazendo uma autoanálise, procurando um tipo de vida que nos leve a estar bem. O intuito deles aqui é nos ajudar conversando, fazendo essas dinâmicas, nos ensinando coisas boas, que nos levem a entender que realmente existem soluções onde a gente não imagina encontrar.

Nunca tinha passado por cuidado parecido como esse, nem nunca tinha feito essas terapias. Sempre tomei muito chá, porque isso vem da minha mãe, é antigo, a gente aprende e não esquece, né? Tomei muito chá de erva doce, cidreira, capim santo, sempre gostei. A massagem eu já tinha feito uma vez ou outra com uma colega minha que trabalha em salão de beleza e faz massagem, mas é diferente da que faz aqui. A daqui é dez mil vezes melhor! Não se compara a automassagem, porque a gente aprende a fazer na gente mesmo! E eu acabo indicando outras pessoas pra virem pra cá!

Graças a Deus, só tenho a dizer maravilhas daqui, do tratamento, do atendimento... Hoje dou meu depoimento para as pessoas! Apreendi a pensar mais em mim. Em primeiro lugar eu, segundo eu, terceiro eu! Sempre me preocupei demais com quem tava ao meu lado e esqueci de mim. E agora entendi que não é assim, que também preciso me cuidar! Preciso ver que o mundo não gira só em torno das outras pessoas, mas que também estou no meio onde ele gira. Sei que nunca vou esquecer meu filho, mas dependia de mim querer me ajudar!

Minha filha chegou a dizer: “Mainha, a gente precisa da senhora. A senhora não pode se entregar! Senão o que vai ser da gente?” Isso me tocou muito! Decidi que não podia me acabar assim, de uma hora pra outra. Então, ainda continuo na batalha...

minha vida é essa aqui. Do mesmo jeito que estou aqui, sou fora! Me divirto com minhas irmãs, com as pessoas de bem que conheço, que me ajudam. Sei que ainda tem gente que faz oração por mim! Agora, meu coração tem tido paz, mas não vou dizer que é fácil... Não é fácil!

Até as pessoas se surpreendem, me perguntam o que houve, achavam que eu estaria internada... e sempre digo que primeiro Deus tem zelado por mim, que faço tratamento psicológico, com a psicóloga da Igreja Batista e estou aqui no Equilíbrio do Ser. Meu coração ainda tá ruim, mas como eu estava, pra baixo, derrubada, ninguém mais me vê, não! Não tem uma pessoa que não veja minha mudança. Minha filha e minha neta disseram:

– “Mãe, só em a senhora tá morando sozinha, já diz que a senhora tá bem!”

Elas me acharam diferente, porque estou enfrentando as dificuldades, enfrentando as lembranças de dentro de casa sem precisar tomar remédio! As terapeutas também veem minha mudança e fico toda feliz porque vejo que as pessoas estão percebendo... e assim vou indo, levando minhas vivências...

Eu mesmo me vejo outra pessoa. Me olho e vejo que teve uma mudança de dentro pra fora! Ainda não é aquela mudança que gostaria... queria esquecer tudo e achar que foi um sonho... mas a mudança que houve é que aprendi a controlar meus impulsos emocionais, aprendi a pensar em minha filha e em minha neta, porque elas também precisam de mim! Sei que não posso trazer meu filho de volta, mas também preciso viver... mesmo com essa dor e com essa saudade...



Fonte: Google imagens, 2015

*Eu sou aquela mulher
a quem o tempo
muito ensinou.
Ensinou a amar a vida.
Não desistir da luta.
Recomeçar na derrota.
Renunciar as palavras e pensamentos negativos.
Acreditar nos valores humanos.
Ser otimista.
Creio numa força imanente
que vai ligando a família humana
numa corrente luminosa
de fraternidade universal.
Creio na solidariedade humana.
Creio na superação dos erros
e angústias do presente.
Aprendi que mais vale lutar
Do que recolher tudo fácil
Antes acreditar
Do que duvidar.
(Cora Coralina)*

5. Categorias Culturais: análise

“Com a palavra, o universo começou. Com a palavra, nós começamos. Somos poemas encarnados. Somos as histórias que moram em nós.”

Rubem Alves

Considerando que toda história contada é por definição interpretativa, neste capítulo, buscou-se analisar histórias de mulheres que recorreram às práticas integrativas e complementares para obter cuidado. Mediante o referencial teórico da antropologia interpretativa de abordagem construtivista, viu-se que, nas narrativas das mulheres, foi possível elucidar os elementos constituintes das histórias de vida, ressaltando o processo de adoecimento, bem como o itinerário que elas percorreram na busca por cuidados.

Sabendo que as narrativas são uma construção em auto-organização permanente, como diz Esteves⁽⁸⁵⁾, as histórias de vida refazem trajetos pessoais e permitem a reelaboração das experiências e das condições de vida que o narrador experimentou na sua diversidade afetiva e emocional. Assim, ao narrar suas histórias, as mulheres revelaram acontecimentos do passado que estavam arraigados em seu presente. Ao refazer esse caminho, elas reconstruíram suas experiências de maneira temporal, tecendo uma teia de significados e novos sentidos para suas existências.

A trajetória individual de cada mulher traz significados peculiares de suas memórias vividas, mas também revelam momentos que estão imersos em um contexto histórico e social da memória coletiva. Sendo assim, cada história tecida traz pontos em comum com outras histórias, formando o tecido social no qual todas estão alinhavadas, como em uma colcha de retalhos. Por meio das narrativas, as mulheres atribuem sentidos ao adoecimento e rememoram os caminhos trilhados em busca do cuidado e da cura.

Suas narrativas trazem em comum, o sofrimento, como um forte componente do processo de adoecimento. As origens do sofrimento se apresentam de forma peculiar e nos recortes das histórias as mulheres revelam o contexto temporal dos acontecimentos que marcaram suas vidas. Para trazer a margem essas vivências, elaboramos a categoria a seguir.

5.1 *Fontes e Manifestações do Sofrimento Feminino*

Já vimos que a antropologia do sofrimento compreende a doença como parte do sofrimento social e que ela não se dirige apenas para a análise das origens do sofrimento. Considera-se importante investigar e problematizar as forças sociais que são expressas nos corpos e nas falas dos sujeitos afetados. Tais forças podem ser: pobreza, racismo, diferenças de gênero, migração e exclusão social⁽³⁴⁾.

As mulheres que entrevistamos, estão em uma faixa etária entre 25 e 69 anos, são de classe média e baixa, têm estudo formal incompleto ou possuem ensino fundamental completo ou superior completo. São oriundas de cidades do interior da Paraíba e algumas moraram fora por muito tempo; outras vieram de outros Estados, portanto vivenciaram a condição de migrante. São de diversas correntes religiosas: espíritas, católicas e evangélicas. O tempo que frequentavam o Centro de Práticas Integrativas e Complementares variou de 3 (três) meses a 2 (dois) anos.

As histórias reveladas se constituem de narrativas contadas exclusivamente por mulheres e têm como fio condutor o sofrimento e a busca por cuidados, este fato já permite identificar as implicações culturais construídas sobre comportamentos femininos. De acordo com Helman⁽²⁰⁾, as mulheres tendem culturalmente a externar o sofrimento de maneira mais emotiva, como também são elas as primeiras a recorrerem às práticas de cuidado.

O sofrimento, assim como o cuidado, é inerente à condição humana, e, é por meio deles que o ser humano toma consciência de sua existência. Minkowski⁽⁸⁶⁾ menciona que o sofrimento humano por estar arraigado na dinamicidade da vida, pode ser traduzido de diversas formas. Nesse sentido, falar sobre sofrimento será sempre uma tarefa inacabada.

Para Pussetti e Brazzabeni⁽³⁴⁾, o sofrimento não pode ser discutido de maneira fragmentada das dinâmicas socioculturais. Analisar as causas sociais e as experiências individuais do sofrimento é propor um diálogo com as questões socioeconômicas, culturais, com especial atenção às suas repercussões nos corpos e nas palavras daqueles que estão afetados. É no âmago das experiências humanas de sofrimento inscritas no corpo biológico, existencial e social, e arraigadas em contextos socioculturais, que se torna possível compreender e interpretar os significados das realidades de saúde e adoecimento⁽²⁴⁾. Com base nisto, elaboramos a seguinte subcategoria:

5.1.1 As origens do Sofrer

O sofrimento faz parte da trajetória da vida humana. Para muitos, ele é fonte de adoecimento, mas também de crescimento. Há uma sabedoria popular advinda da experiência de vida que afirma: “*Eu não nasci para sofrer, mas o sofrer me faz crescer, desde que eu tenha a humildade necessária para compreender*”⁽⁸⁷⁾. Apesar das adversidades, estas mulheres não se entregaram e quiseram compreender a própria trajetória de vida e o sentido de sua dor, até encontrar a saída para a superação da dor física e existencial.

Nas histórias reveladas, observamos que o sofrimento foi o tema principal de todas elas, embora tivesse origens e vivências distintas. No decorrer de cada narrativa, ficou evidente que as perdas afetivas, a sobrecarga e precariedade no trabalho e os conflitos familiares, constituíam-se como principais fontes de padecimento dessas mulheres, muitas vezes surgindo de maneira entrelaçada ou desencadeante. Em virtude disso, elas apresentavam queixas de dores difusas, cansaço, fraqueza, tristeza profunda, baixa autoestima, insegurança, sentimentos de desamparo, vulnerabilidade e solidão, que as levaram a buscar por cuidado, como veremos a seguir:

Iniciemos, então, pela narrativa de **Maria Vitória**, que diante da **morte** prematura do filho se vê tomada por uma tristeza que parece não ter fim e decide buscar ajuda:

[...] há um ano e seis meses, perdi meu filho! Tiraram a vida dele!...Parecia que minha vida tinha acabado, não tinha mais sentido! [...] Então, o motivo de ter procurado aqui, foi esse, a depressão! Na verdade, eu não tinha nem noção do que era depressão, até passar por isso [...]

A perda da mãe, também foi feita com que **Maria Júlia** procurasse cuidado. Em sua narrativa, ela revela como foi sua relação com sua mãe e como esse **luto** trouxe implicações significativas em várias dimensões de sua vida:

Comecei a frequentar aqui, logo após o falecimento de minha mãe [...] Eu tinha perdido o amor, a segurança, toda referência de vida, que foi minha mãe! [...] Fui perguntar a minha irmã como tinha sido minha infância [...]

Minha irmã falou que eu ficava o tempo todo na rede [...] Cheguei a perguntar a mamãe: ‘Como a senhora fez isso comigo? - Ela disse: ‘Minha filha, eu tinha que fazer isso ou vocês iam passar fome!’ [...] Como eu não podia ser uma pessoa com problemas emocionais? Se eu passei um ano e meio em uma rede, sem contato, sem abraço, sem amor? É algo muito profundo! Precisa de um tempo pra ser curado! [...]

Para **Maria Júlia** e **Maria Vitória**, o sentimento de tristeza causado pelas **perdas afetivas** se constituiu como principal motivo na procura por cuidado. Por ser revestido de significados culturais, o luto assume diferentes sentidos a depender de como é vivenciado.

Na narrativa de **Maria Vitória**, a morte prematura e trágica do filho se constituiu como o drama central de sua vida. A mãe que perde um filho perde parte de si mesma. A dificuldade de desligar-se dos sentimentos em relação a um filho, principalmente diante da morte abrupta, gera sentimentos negativos diante da vida. O processo do luto pode durar horas ou dias, constituindo-se de desespero, impotência, amargura, isolamento, raiva e tristeza profunda⁽⁸⁸⁾.

Quando a morte se estabelece pela perda de um filho, altera o ritmo cronológico da vida, pois se espera que os filhos enterrem os pais, e não o contrário. Além disso, a mãe sente a necessidade de lembrar-se da perda, como uma forma de dar continuidade ao relacionamento rompido. Há, então, uma ânsia em expressar a dor e falar sobre a tragédia vivenciada como uma forma de tentar compreender o que aconteceu⁽⁸⁹⁾.

Para **Maria Júlia**, a perda da mãe denota também a perda de amor, de amparo e segurança. Sentimentos esses, culturalmente relacionados à figura materna como símbolo de proteção. Ela também revela como sua infância foi marcada pela ausência da mãe, que tinha que trabalhar para garantir o sustento familiar, deixando-a sozinha, abandonada na rede.

Esse drama vivenciado pela colaboradora traz um panorama comum na sociedade brasileira, na qual o empobrecimento econômico vem acompanhado da fragilidade cultural e desintegração das relações sociais⁽⁶⁾. Portanto, a morte da mãe fez com que a colaboradora revivesse o sentimento de abandono provocado pelo rompimento desse laço, trazendo-lhe comprometimentos emocionais, psíquicos e sociais, como ela refere:

Quando mamãe morreu, fiquei desnorteada; não tinha mais paciência e acabei sendo demitida do trabalho [...].

Na história de **Maria Júlia**, percebemos de maneira evidente o enlace entre o individual e o social. Koury⁽⁹⁰⁾ afirma que, a individualização do luto somada à indiferença e à banalidade no trato público da morte são características da experiência contemporânea do luto no social. O processo interiorização da perda traz o sofrimento para o plano íntimo do indivíduo, que passa a vivenciá-lo na solidão, aumentando o sentimento individual de exclusão social. O processo de luto estaria, então, tendo uma conotação ambígua entre a imposição cultural da discrição das emoções e à necessidade de enfrentamento da morte.

Embora a tristeza também se faça presente na história de **Maria Alice**, na vivência do luto pelo marido e na saída dos filhos de casa, a fraqueza relacionada à **sobrecarga no cuidado** do cônjuge, enquanto este estava doente, foi um fator condicionante na sua ida ao CPICS.

Uma coisa que tenho é solidão![...] Sou da Bahia, mas vivi pouco tempo por lá, porque meu marido era da construção civil e vivia na estrada. Pra onde ele ia, eu ia junto com os meninos e com a mudança![...] Sempre fui só dona de casa! Cuidava do marido, dos filhos... aí, os filhos foram casando, meu marido faleceu e fiquei praticamente sozinha. Foi então que percebi que não estava bem! Porque meu marido passou seis anos acamado, sofrendo... e eu cuidei dele sozinha durante todo esse tempo [...] Apesar de toda força e coragem que tinha, começou a bater a depressão...Comecei a me sentir fraca! Senti que não ia ter mais coragem, ia entregar os pontos![...] Quando cheguei aqui, eu estava muito mal [...] Tinha chegado muito pra baixo, muito pra baixo mesmo! Chorava e não conseguia conversar[...]

Maria Hellen também relata em sua história, o adoecimento do esposo como um evento impactante em sua vida, trazendo-lhe sentimento de tristeza e ansiedade. Somado a isso, as crises de enxaqueca também se constituíram como as principais queixas que a fizeram buscar as práticas integrativas e complementares:

Um dos primeiros motivos que me fez vir até aqui (Equilíbrio do Ser), foi a enxaqueca! [...] Além da enxaqueca, também comecei a entrar em depressão, por outros motivos... Foi um período complicado em minha vida. Meu marido teve depressão, tentou suicídio e isso me deixou muito impactada! [...] De repente, quando vi a cena, ele daquele jeito fragilizado como se fosse um menino me pedindo ajuda, fiquei muito mexida. Dei toda ajuda pra ele, aguentei o ‘tranco’, mas quando ele melhorou, eu despenquei de vez! [...] Somado a isto, tem o fato de me sentir muito só aqui! Sou de Santo André e meu marido é paraibano [...] Viemos morar aqui, mas não me adaptei, chorava todos os dias [...] Lá pra mim era o paraíso! Morava em frente à minha mãe, em um lugar maravilhoso e era cheia de amigas! [...] Vou tentando me adaptar... É uma luta diária! [...] Quando cheguei aqui, ‘tava’ meio depressiva, ansiosa [...]

As histórias das colaboradoras mostram que a mulher ainda assume o papel de principal provedora de cuidados, o que condiciona e determina sua posição social dentro da família, trazendo um impacto negativo em sua saúde.

Estabelecer o cuidado como responsabilidade inata da mulher, faz parte da cultura de gênero estabelecida em nossa sociedade. Um estudo feito por Batista⁽⁹¹⁾ sobre a influência do gênero na sobrecarga de familiares cuidadores mostrou que as mulheres sofrem muito mais consequências negativas, concretas e observáveis, decorrentes do papel de cuidador do que os homens. **Maria Alice** revela essa sobrecarga por meio de sentimentos de fraqueza e desânimo diante da vida.

Apesar de todo envolvimento afetivo estabelecido no ato de cuidar, a sobrecarga emocional que acomete a mulher enquanto cuidadora está associada principalmente à perda da liberdade e renúncia da vida pessoal. Ou seja, o adoecimento de um ente traz prejuízos e distorções na vida da mulher e na dinâmica das relações familiares⁽⁹²⁾.

Essas alterações relacionais provocadas pelo adoecimento do cônjuge, também esteve presente na narrativa de **Maria Hellen**. Em nossa cultura, o sofrimento mental se associa à fragilidade emotiva relacionando-se diretamente à figura feminina. Sendo assim, a depressão do marido causou uma inversão no papel de gênero, que considera o homem como símbolo de força e razão, modificando os significados culturalmente construídos e incorporados pela colaboradora e a deixando em desalento.

Outro evento em comum que aproxima as histórias de **Maria Alice** e **Maria Hellen**, que repercutiu significativamente na produção de seus sofrimentos, foi a vivência da **migração**. A solidão revelada nas falas das colaboradoras aponta muito mais do que o processo de mudança vivenciado por elas ao sair de sua terra natal para acompanhar seus maridos, demonstra também, a fragilidade em estabelecer raízes culturais e formar redes de apoio.

A migração feminina é influenciada principalmente por motivações afetivas e familiares, sendo geralmente viabilizada e regulada pelo homem, que se configura como ator principal desse processo. Na maioria dos transcurso migratórios onde a mulher depende do marido, ela é tida apenas como um membro a mais na família, ficando limitada ao trabalho doméstico e ao cuidado dos filhos. Seus sentimentos, muitas vezes, são ofuscados e se tornam fontes de sofrimento e desamparo⁽⁹³⁾.

Ao cortar raízes com sua terra, com seus costumes e com as relações que tinha em seu entorno social, a mulher vai minguando em si mesma, tornando-se uma “alma penada”, como afirma Barreto⁽⁶⁾. Para ele, o sentimento de abandono, injustiça e baixa autoestima são frutos de uma batalha silenciosa que deixa marca no corpo e alma dessas mulheres. A exclusão e o desamparo, provenientes desse desenraizamento, acabam desencadeando um desejo contínuo de inserção social.

Além dessas vivências, outro fator evidenciado por **Maria Hellen** e que a conduziu ao Centro de Práticas Integrativas e Complementares, foi a dor relacionada à enxaqueca. Quando o corpo é abalado pela dor, precisa de um caminho para se reestabelecer. Isso porque, os significados atribuídos à dor não carregam apenas um valor informativo, mas também precedem a uma ação⁽⁹⁴⁾. Ao identificar a causalidade da dor, há um meio de combatê-la.

A dor também foi referida nas narrativas de outras colaboradoras, e se mostra como fruto da **sobrecarga laboral**, desvendando todo um contexto sociocultural na produção de sofrimento e na busca por cuidado, como percebemos nas falas de **Maria Rosa** e **Maria Joana**, respectivamente.

Comecei a trabalhar muito nova, aos 18 anos, como professora. Trabalhava com crianças marginalizadas na antiga FEBEMA. Quando saí de lá, resolvi abrir minha escola [...] Eu era coordenadora, orientadora e quando faltava algum professor, eu tinha que substituir... fui ficando sobrecarregada! [...]Então chegou um tempo que comecei a sentir um peso em meu corpo.

Enquanto eu ficava na escola, não sentia nada, porque eu estava vivenciando o dia a dia e fazia meu trabalho por amor! Mas o reflexo vinha à noite, porque não conseguia dormir sentindo dores. Nessa época, aconteceu um problema aqui em casa... meu esposo adoeceu. Foi tudo ao mesmo tempo, e isso pesou ainda mais em mim! [...] Então, quando aconteceu tudo isso, meu corpo começou a ficar pesado, mais cansado!

Comecei a trabalhar muito cedo para ajudar meus pais [...] apesar de querer trabalhar na área de saúde [...] Me desviei totalmente do meu sonho! Acabei fazendo marketing [...] Eu trabalhava muito! Tinha uma poupança “gorda” pra minha idade! Achava que precisava ganhar muito dinheiro para ter as coisas que eu queria! [...] comecei a trabalhar de domingo a domingo, não parava! [...] Trabalhava numa empresa muito grande e tinha muita responsabilidade[...] Só que começou a parecer uns problemas na empresa e eu não tinha maturidade suficiente para lidar e comecei a me preocupar. Eu estava muito vulnerável! Foi então que comecei a ficar muito irritada a ficar irritada, muito irritada! Comecei a sentir dores nos ossos, uma fraqueza, insônia [...].

Só podemos compreender a dor revelada por **Maria Rosa**, quando levamos em consideração o contexto de sofrimento vivenciado por ela. Em sua narrativa, percebemos que a angústia gerada pelo acúmulo de tarefas se mistura com o “amor” pela profissão. Essa relação de ambiguidade pode ser mais bem entendida através do desenrolar dos papéis atribuídos à mulher ao longo da história.

Em pesquisa realizada com professoras do sertão nordestino, a docência é vista como uma profissão vinculada ao feminino. A mulher, ao se tornar educadora, continuaria com sua vocação de cuidar, como se fosse um prolongamento das funções domésticas e do instinto maternal. Além disso, o autor ainda identifica que o amor era um dos fortes componentes exigidos para cumprir a “missão” de educadora. O magistério era então desenvolvido, como uma atividade de amor e doação, por aquelas que realmente tivessem vocação⁽⁹⁵⁾.

Nesse sentido, a relação da mulher com a carreira docente se revela sob duas nuances de maneira associada: a questão da divisão do trabalho por gênero e a desvalorização do trabalho de professor. Esse último aspecto, também mostrado na fala

da colaboradora, ao expor os múltiplos trabalhos desenvolvidos enquanto educadora. Somado a isto, vale destacar que a mulher ainda carrega a incumbência dos afazeres domésticos, criação dos filhos e cuidado com o marido. Porém, essa realidade vem sendo mudada, paulatinamente, por meio do empoderamento financeiro e social da mulher nos espaços antes outorgados pelos homens.

A angústia da colaboradora se pauta entre as condições precárias de seu trabalho e seu amor pela docência. Seu padecimento se insere nesse paradoxo entre o fardo e o afeto de exercer a profissão e se exterioriza em seu corpo por meio de *sobrecarga*, *peso* e *cansaço*, como se seu corpo estivesse contendo um peso a mais, que precisa ser retirado. Os valores culturais estabelecidos em nossa sociedade também se configuram como fatores determinantes na produção de dor e sofrimento, conforme observamos na narrativa de **Maria Joana**.

Segundo Helman⁽²⁰⁾, a cultura pode ser um elemento protetor, mas também provocador do sofrimento. Quando o sujeito fracassa ou se encontra fora dos padrões de comportamento esperados pela sociedade, ele pode experimentar os sofrimentos de cunho social, expressos pela sensação de vulnerabilidade e estresse. A **sobrecarga laboral** evidenciada pela colaboradora pode estar relacionada ao excesso de responsabilidade comparado à idade cronológica ou por priorizar o acúmulo de recursos no âmbito trabalhista.

O relato oral de **Maria Joana** pode ser compreendido pela abordagem de Chies⁽⁹⁶⁾ quando este afirma que, na cultura capitalista proeminente, a inserção prematura da mulher no mercado de trabalho se dá principalmente em fases de crise econômica na família e que isso contribui para a exploração trabalhista. Além disso, a cultura econômica ocidental favorece a valorização do ter em detrimento do ser. A colaboradora expressa bem essa influência em sua fala, principalmente ao revelar que se desviou de seu sonho para trabalhar em outra área, e que tinha um bom acúmulo de recursos para alguém de sua idade.

Os contextos históricos e culturais nos quais essas mulheres estão imersas, influenciaram diretamente na reorganização dos projetos de vida e na redefinição de espaços sociais, afetando muitas vezes as relações interpessoais, nas várias esferas de sociabilidade e afetividade⁽⁹⁷⁾. Verificamos essa situação na história de **Maria Elis** que procurou o Centro de práticas integrativas e complementares por se sentir desamparada e vulnerável. Em seu relato, ela sinaliza eventos de sua vida que a levaram a essa condição:

[...]Querida fazer psicologia, mas aí casei, tive três filhos, separei, fiquei dez anos separada, criando meus filhos sozinha, então tive que trabalhar! [...] Teve uma época, que minha vida estava uma confusão, uma miscelânea! Tinha muitos conflitos familiares... Eu estava no centro dessa confusão aparando todo mundo, mas ninguém me aparava, então comecei a não dar conta. Foi aí que comecei a ficar meio debilitada, meio fragilizada [...] No período que comecei a frequentar aqui, eu estava aposentada e começou muitos problemas em casa, na família, com meus filhos e isso foi me desgastando... A vida começou a ficar ruim! Aí comecei a procurar ajuda!

Maria Elis desde cedo abdicou de seus sonhos por conta do casamento. Depois de alguns anos se divorciou e teve que começar a trabalhar para sustentar os filhos. Somente alguns anos depois é que veio a casar-se novamente. Essa situação em que, muitas vezes, a mulher se vê diante da limitação das possibilidades de ação e escolha é considerada, por Pussetti e Brazzabeni⁽³⁴⁾, como grande produtora de sofrimento social.

A cultura de gênero se mostra como condicionante na elaboração dos projetos de vida da mulher. A **abdicção dos sonhos**, principalmente relacionados ao trabalho e formação profissional em detrimento do casamento, ainda faz parte do contexto cultural em que vivemos em que a posição social da mulher está vinculada à esfera doméstica e à família. Nesse sentido, as mudanças no papel na mulher na sociedade estariam intimamente associadas às posições que elas ocupam na estrutura familiar. Essas transformações foram observadas na fala da colaboradora, que iniciou sua jornada no mercado de trabalho somente após divórcio, pela necessidade de manter-se financeiramente e de criar os filhos.

Essa relação entre família e trabalho vem se desenhando intimamente ao longo da história e traz desdobramentos significativos nas relações de gênero. É diante da aposentadoria, que **Maria Elis** se volta novamente para a vida doméstica e se vê no papel de mediadora diante dos conflitos familiares que, até então, estavam ofuscados pela sua ocupação fora de casa. As mudanças ocorridas pela perda da proteção social vinculada ao trabalho e pelo abalo da dinâmica familiar, entendida aqui como um lugar de reconhecimento e pertencimento, ocasionaram na colaboradora a sensação de desamparo e sentimento negativo diante da vida.

Helman⁽²⁰⁾ acredita que as alterações que têm efeitos mais prolongados na vida afetam de maneira mais profunda a mulher, gerando impactos negativos sobre sua saúde, trazendo implicações psíquicas graves. Nesse sentido, o autor descreve que os padrões de inter-relacionamento que envolvem os membros da família podem ter influências protetoras ou patogênicas, dependendo do contexto.

Embora cada família apresente papéis e funções bem delimitadas e estipuladas pelos diferentes membros, estes podem sofrer constantes mudanças. A maneira como cada pessoa dá sentido às relações estabelecidas entre os entes é que irá influenciar na maneira como se comportam diante de situações conflitantes⁽⁹⁸⁾.

Na antropologia, as relações familiares são pensadas além da unidade biológica, dentro de um sistema de analogias que confere a comunicação como a principal aliança para estabelecer a relação de parentesco entre seus membros. No entanto, na maioria das sociedades ocidentais, o modelo familiar nuclear, que enfatiza os laços de consanguinidade e definem a família biológica, é o mais difundido⁽⁹⁹⁾. Esse modelo cultural disseminado na nossa sociedade eclode como gênese de muitos conflitos e preconceitos no entendimento da família como uma aliança entre pessoas.

Esses conflitos são evidenciados por **Maria Lívia**, que ao contar sua história, estabelece-os como os grandes causadores para suas “questões emocionais”, e que as queixas de ansiedade, tristeza, baixa autoestima, insegurança, que a levaram a buscar ajuda eram frutos desses abalos. Em sua narrativa, a descoberta da adoção se faz como o fator principal que desencadeia seus sofrimentos. Porém, ela também menciona a menopausa e estresse da vida cotidiana como fatores agregadores.

Eu era muito presa! Minha mãe me protegia demais e não me liberava pra nada! [...] Foi então que comecei a encucar com umas coisas, que aconteciam dentro de casa e eu achava estranho[...] Tinha 13 anos quando descobri, por outras pessoas, que era filha adotiva! Ela me chamou pra conversar e disse: ‘Olhe, eu não sou sua mãe biológica, mas eu sou sua mãe do coração, é como se você tivesse saído de mim!’ Mas eu não queria nem saber! [...] Tivemos muitos conflitos! [...] Estas questões emocionais, vão enchendo, enchendo e um dia estoura! E quando vai passando a idade vão surgindo outros problemas também [...] Comecei uma menopausa precoce, aos 40 anos. É horrível! [...] Isso mexe muito com uma mulher! Em todos os sentidos! [...] estava casada com um rapaz, e isso abalou muito

a relação[...] Nessa época eu também estudava demais! Não parava! Quando eu deitava, às vezes procurava o que fazer, porque a mente não parava! [...] Cheguei com muita ansiedade, bastante dor de cabeça [...] estava inquieta [...] impaciente, tinha um pouco de esquecimento, falta de amor próprio, um início de depressão...eu estava naquela de não confiar em si mesma [...]Eu vim sabendo que minhas queixas tinham um fundo emocional!

A maneira como **Maria Lívia** descobriu que foi adotada fragilizou os laços afetivos que a uniam com a mãe adotiva e pôs em xeque sua definição de ser no mundo, gerando desgastes emocionais e psíquicos. Sarti⁽⁹⁹⁾, baseada nas reflexões de Lévi-Strauss, refere que o ser humano se faz social por meio das relações de parentesco entre os membros da família. Essa relação de parentesco vai além dos “laços de sangue” e se configura através de um sistema de comunicação, no qual o sujeito se define em relação ao outro. É por meio dessa comunicação que se constitui o processo social afetivo. O fato da revelação não ter sido feita pelos pais causou uma quebra na comunicação entre pais e filha, e, assim, as definições sociais de pertencimento foram rompidas.

Além disso, a menopausa precoce constituiu uma nova fonte de abalo na vida dessa colaboradora. Em estudo realizado por Costa e Gualda⁽¹⁰⁰⁾, foi observado que a menstruação está relacionada a vários aspectos da vida feminina determinando o papel social e cultural das mulheres como mães, esposas e donas-de-casa. A presença da menstruação não só indica a possibilidade de procriar, mas interfere em sua vida sexual, de modo que sua ausência gera mudanças significativas em seus vínculos conjugais.

O ritmo acelerado de vida foi outro aspecto citado por **Maria Júlia**, que ela associa as suas queixas emocionais. Percebemos em sua história que, os fatores relatados são carregados de significados socioculturais, sinalizando como as transformações biológicas, sociais e afetivas podem ser produtoras de padecimento e estão intimamente entrelaçadas.

A fala da colaboradora traz outras conotações que nos mostra como ela compreendia seu sofrimento. Ao relatar que as questões emocionais vão “enchendo até estourar”, a colaboradora utilizou uma metáfora para revelar seu sofrimento, trazendo-o para a dimensão corporal, e o associando a uma máquina a vapor. Ela transmite, então, a ideia de uma pressão interna, que na ausência de uma válvula de controle, explode

drasticamente⁽²⁰⁾. As emoções são expressas como o acúmulo de uma força que rompe as barreiras da mente e se instaura no corpo físico.

O corpo é visto como fruto dos aspectos socioculturais de uma determinada sociedade, inscritos em um tempo histórico definido. São as relações estabelecidas entre o indivíduo e o entorno social, mediadas pela cultura, que vão constituir o corpo como um território singular da história pessoal do indivíduo. Sendo assim, ele assume um caráter polissêmico, inserido nas dimensões entre o individual/coletivo e biológico/social/cultural⁽¹⁰¹⁾.

A partir dessa afirmativa, consideramos que as queixas que levaram essas mulheres em busca de práticas integrativas de cuidado estão arraigadas dentro do contexto sociocultural no qual cada uma estava inserida e que o sofrimento vivenciado se aflora, assumindo seu caráter público no conjunto da corporeidade, por meio da dor, seja ela física ou psíquica.

Em nossa sociedade, o racionalismo científico e o saber médico influenciam os comportamentos e significados atribuídos ao processo saúde-doença-cuidado e sofrimento. Tendo o corpo como objeto de estudo e controle social, a medicina ocidental determina as causas e formas de adoecer, bem como os meios de se combater a doença. Nesse sentido, é através do corpo que o sofrimento pode ser legitimado.

A maneira como cada mulher encarnou o sofrimento para que este pudesse se tornar visível, possibilitou a construção de uma subcategoria, no sentido de ampliar o olhar interpretativo sob esse fenômeno.

5.1.2 A Corporificação da dor

Percebemos que a dor foi referida em todas as histórias contadas nesta pesquisa e assume um sentido paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que pode ser considerada como uma forma de manifestar o sofrimento, ela pode se fazer como cronificadora deste. Sendo assim, a dor se exprime como uma experiência limitadora da condição humana, conforme visto nas narrativas de **Maria Rosa** e **Maria Joana**, respectivamente.

[...]Já não conseguia dormir mais à noite e cheguei a ficar quinze dias sem andar! Foi uma paralisação total! Meus joelhos incharam, meus ombros...

era tanta dor! ... Foi quando resolvi fechar a escola e fiquei mais em casa [...] Ninguém podia tocar em mim e eu não podia fazer nada em casa, não conseguia[...]

Comecei a sentir dores nos ossos, uma fraqueza, insônia... Antes eu jogava futebol, vôlei, dançava e de repente não conseguia mais fazer nada! Tive que sair do emprego, porque não estava aguentando fazer mais minhas funções do dia a dia [...] Eu era uma pessoa muito otimista [...] Mas depois que as dores começaram, me tornei uma pessoa muito negativa. Fiquei muito estressada e achava que não ia mais conseguir fazer as coisas. [...]Passei a depender de todo mundo, a esperar ajuda das pessoas até para pentear meu cabelo e eu não estava acostumada com isso [...] Eu não era daquele jeito, aquela não era eu [...] me tornei outra pessoa, me isolei! [...]

Os excertos das narrativas revelam que a dor, além de sua natureza restrigente sobre os corpos, ocasiona uma desorientação do *self*. Como consequência, causa uma fragilidade dos laços sociais, a partir do momento em que o não reconhecimento de si influencia o olhar sobre o outro e vice-versa. Somado a isto, percebe-se o sentimento de impotência frente às atividades rotineiras e improdutividade em relação ao trabalho.

É por meio das relações estabelecidas em seu entorno social que a mulher constrói o significado do adoecimento e orienta seus comportamentos. A doença ao propiciar a interrupção de atividades, o esfacelamento das relações e perda de papéis sociais, agride a identidade social e cultural dessas mulheres⁽¹⁰²⁾.

Embora seja um fenômeno de caráter privado e emocionalmente intenso, a dor só pode ser compreendida se for vista dentro de um contexto mais amplo de experiência do sofrimento. Fazendo uma alusão a Barreto⁽⁶⁾ consideramos que dores não se expressam no corpo, mas também na alma, assim como revela **Maria Júlia**.

[...] com a morte de mamãe, passei 40 dias trancada em um quarto. Não aguentava aquela dor, pensei até em cometer suicídio! Porque eu queria matar aquela dor que eu estava sentindo! [...]

A dor referida na narrativa da colaboradora está associada à angústia vivenciada pela morte da mãe. O sofrimento psíquico assume, por meio da dor, um canal de comunicação, que conota a possibilidade de vir a ser reconhecido e amparado.

Helman⁽²⁰⁾ acredita que a experiência dolorosa implica necessariamente em uma relação social entre a vítima e uma ou mais pessoas, gerando uma expectativa quanto às respostas prováveis a sua dor e aos custos e benefícios de sua manifestação. A existência da dor se faz presente pela oralidade, mas também por meio de comportamentos, que podem incluir isolamento, jejum, reza, entre outros. A tentativa de suicídio, nesse caso, apresenta-se como parte de uma narrativa não verbal de sofrimento.

Vale destacar que as dores da alma, nem sempre assumem a mesma importância que as doenças físicas. O modelo biomédico ao fragmentar o ser humano em corpo/mente/espírito relegou a subjetividade, e os aspectos a ela relacionados, durante o tratamento/cuidado. **Maria Hellen** elucida este fato em sua narrativa:

[...] O que percebo é que quando você está com uma doença que não se vê as pessoas não tem respeito, acham que é invenção ou não têm paciência[...]

A necessidade de manifestar e trazer para o plano físico a angústia, a dor e outros sentimentos que corroem a esperança do ser humano, implica em dizer que eles já foram tolerados e não obtiveram alívio. Externar o sofrimento de maneira encarnada é comprovar para si mesmo, e para a sociedade, que o padecimento é válido e se instaura na lógica médica.

Quando o serviço de saúde não dá suporte a essas “doenças invisíveis”, geralmente o sujeito procura outros recursos de cuidado que possam acolher sua dor. A busca por outros serviços se faz por meio de intercâmbio de conhecimentos e experiências entre amigos e vizinhos que já vivenciaram a mesma situação⁽⁴⁶⁾.

Verificamos que os profissionais de saúde, neste caso os médicos, não estão preparados para atender demandas de saúde mental que expressem sofrimento emocional. Helman⁽²⁰⁾ refere que apesar da medicina ocidental já admitir a existência da doença psicossomática, ela não valoriza os elementos sociais, culturais e psicológicos que envolvem o contexto da somatização.

Ao procurar o serviço biomédico por conta das dores e de outras alterações fisiológicas que surgiram após a perda do filho, **Maria Vitória** obteve a seguinte resposta:

Fiquei também com dores na coluna, minha pressão subiu, e, segundo os médicos, tinha a ver com o emocional também, com o sistema nervoso [...] como se o coração transmitisse pras costas [...].

Observamos ainda que, ao tentar explicar o motivo de sua dor, a colaboradora atribui ao coração o significado de retentor de sua saúde. Esse fato é revestido de simbologia, em que a parte do corpo selecionada tem um sentido cultural para a pessoa. Prates⁽¹⁰³⁾ revela que muito antes da descoberta da função fisiológica, o coração foi tido como centro da vida, da coragem e da razão, sendo seu símbolo, o mais universal entre todos. Ao citar o coração como fonte de seu sofrimento interno, **Maria Vitória** acaba por fazer uma alusão aos sentimentos pela morte de seu filho querido.

A busca de uma definição para a dor, que a torne possível de ser localizada no corpo, influencia no modo como a vítima vai vivendo essa experiência e a maneira como vai levá-la ao conhecimento de outras pessoas. Quando a dor está associada ao irremediável, ou seja, quando seu significado se torna obscuro e seu aspecto simbólico não se realiza, gera sintomas de ansiedade, frustração, solidão e angústia pelo seu não reconhecimento⁽⁹⁴⁾. Este fato é percebido na narrativa **Maria Joana**:

[...] Fiz muitos exames e tomei muita medicação, porque doía tudo!! Foram muitas ressonâncias, muitos exames de sangue, muita coisa e não dava nada! [...]

Maria Rosa também revela em sua história sua angústia diante da não identificação de sua dor:

[...] A maioria dos médicos que fui, dizia que era tudo psicológico, porque tudo que eu sentia, não era compatível com o que eles tavam vendo nos exames[...]Na época, eu tinha um plano de saúde, fui para os melhores médicos e não fiquei curada, isso aumentava mais minha angústia!

As falas das colaboradoras revelam que diante da hegemonia do saber médico, que condiciona e estabelece as formas de adoecer, não obter uma resposta que classifique e identifique suas dores, e, por conseguinte, determine as formas de combatê-las, é furtar-lhes a possibilidade de obter uma cura e agravar ainda mais o sofrimento.

Quando a medicina não consegue explicar a fundo a presença da dor através de mecanismos fisiológicos que possam ser visualizados ou respaldados através de exames ou outros meios diagnósticos, a atenção se volta para os determinantes psicológicos e sociais⁽¹⁰⁴⁾. Nesse sentido, o profissional ao dizer que é “um problema psicológico” acaba por culpabilizar a usuária e remete a ideia que a mesma estaria imaginando ou inventando uma dor. Ao assumir essa postura o médico evidencia a fragilidade da medicina diante dos aspectos subjetivos que envolvem a dor e o sofrimento.

Dentro do contexto sociocultural em que o sofrimento é vivenciado, os caminhos para a busca de cuidado só são traçados quando esse sofrimento assume forma no conjunto da corporeidade, ou seja, quando eles são exteriorizados seja pela linguagem ou pelo corpo. Neste sentido, elaboramos a seguinte categoria:

5.2 Itinerários Terapêuticos e Rituais de Cuidado das Mulheres

Para Alves e Souza⁽⁴⁵⁾, o itinerário terapêutico envolve distintas trajetórias individuais dentro de um campo de possibilidades socioculturais e pode trazer elaborações de projetos específicos e, ao mesmo tempo, contraditórios. Logo a escolha pelo tipo de cuidado é influenciada pelo contexto cultural de cada indivíduo, mas essa escolha pode ser reatualizada a partir de novas vivências interpretativas. Assim, nesta pesquisa entendemos que os itinerários terapêuticos foram definidos e redefinidos a partir das relações estabelecidas por cada mulher em seu entorno social.

Embora a maioria das colaboradoras desse estudo tenha iniciado seu itinerário terapêutico dentro do sistema formal de saúde, algumas já foram diretamente ao CPICS na busca por cuidado. Isso demonstra que, apesar do modelo alopático ainda ser hegemônico em nossa sociedade, estamos atravessando um momento de crise⁽⁵⁾, uma ruptura no paradigma biomédico que vem se reafirmando e abrindo espaço para uma nova cultura em saúde.

Na tentativa de compreender como foram delineados os itinerários terapêuticos, observamos que as interpretações do processo saúde-doença são estabelecidas nas relações das mulheres com seu entorno social, influenciado de maneira direta como, quando e onde elas devem buscar cuidado.

Essa intervenção social se dá por meio de orientações específicas ou conselhos entre pessoas ligadas umas as outras por laços afetivos. A comunicação via aconselhamento se estabelece com base nas próprias experiências individuais que são compartilhadas dentro dessa rede⁽²⁰⁾. Na narrativa de **Maria Vitória**, ela revela que, diante da sua angústia pela morte do filho, algumas pessoas ao seu redor recomendaram-na procurar um profissional de saúde para ajudá-la no enfrentamento de seu sofrimento:

[...] minha sobrinha e minha neta, que frequentam a Igreja Batista, me indicaram uma psicóloga que tem lá e que também atende em um hospital. Fiquei uns 4 (quatro) meses sendo acompanhada por ela[...]

Maria Rosa também deixa subentender que foi orientada a procurar os profissionais de saúde na tentativa de encontrar alívio para suas dores:

Frequentei vários médicos! Todos os médicos que me indicaram eu fui!

Embora nas narrativas das colaboradoras o sistema formal de cuidado seja o primeiro setor utilizado na busca por cuidado, levamos em consideração que o sistema informal exerce forte influência nessa escolha, já que é por meio do aconselhamento e das indicações provindas dessa rede social de mulheres, que o itinerário começa a ser direcionado.

Essa prioridade pelos serviços formais de saúde é citada por Nabão e Maruyama⁽¹⁰⁵⁾ ao referirem que na maioria das sociedades ocidentais os itinerários terapêuticos privilegiam o modelo biomédico, principalmente quando o sofrimento provoca alterações graves nas condições de saúde do indivíduo e, por consequência, interferem em sua rotina. Com base nessa premissa, destacamos nas falas de **Maria Lívia**, que diante de seu ritmo acelerado de vida, a procura pela medicina alopática só aconteceu após o surgimento das crises convulsivas:

[...] Ano passado, no mês de maio, tive uma convulsão, do nada! Minha pressão, minha glicemia estavam boas, eu estava super bem[...] Depois da convulsão, fiquei como se tivesse ataques epiléticos. Fui ao hospital, fiquei em observação, mas como não tinha nenhum neuro de plantão, me encaminharam pra um. Fui ao médico, fiz uma ressonância magnética, mas não deu nada. Procurei outro neuro, que me passou uma medicação bem forte! [...]

Além da procura pelo serviço formal de saúde ter sido guiada pela interferência que a doença trouxe em seu cotidiano, a colaboradora revela a necessidade de obter uma justificativa que leve à causa de seu problema. O hospital é, na maioria das vezes, a primeira referência na busca por atendimento médico. Diante da não identificação da doença, a colaboradora procura outro médico que possa lhe oferecer alguma resposta frente ao seu adoecimento.

Essa peregrinação das mulheres em busca de tratamento médico mostra que a fragilidade do sistema de saúde, pautado no modelo médico, corresponde às variadas formas simbólicas de essas usuárias viverem a violência institucional⁽¹⁰⁶⁾. Essa vivência também foi observada a história de **Maria Joana**, que mesmo após o diagnóstico de fibromialgia, continuou a se deparar com outros problemas dentro dos serviços de saúde:

[...] Me adaptei a pesquisar a doença na internet, porque nem meus pais, nem os médicos me davam apoio. Era só eu e o google! Muitas vezes o médico não explicava direito, não tinha uma conversa aberta, só dizia pra mim que era aquilo e pronto! Que eu ia depender totalmente dos remédios e dele [...] outra vez em um hospital-escola, aconteceu do médico virar de costas pra mim e ficar conversando com os alunos. Fui muito maltratada! Teve um médico que chegou a dizer: ‘Olhe, é daí pra pior! O resto da sua vida vai ser assim! Eu não quis aceitar e disse: ‘Tem que ter outro caminho, tem que ter!’

Na narrativa de **Maria Joana** a falta de amparo e apoio, tanto da família como do profissional de saúde, fez com que ela fizesse uso da internet como fonte de informação e auxílio para o enfrentamento de sua doença. Mattos⁽¹⁰⁷⁾ refere que a

difficuldade em estabelecer um diagnóstico, no caso da fibromialgia, dificulta a relação terapêutica e põe em risco a credibilidade da doença para a família, ocasionando sentimentos de angústia e desamparo para a colaboradora.

O esfacelamento da relação médico-usuária também se mostrou visível, principalmente na formação médica, pela postura desumana do profissional frente à condição de saúde da colaboradora. Fato este, que ela reporta ao dizer que foi maltratada. A dificuldade na comunicação com o profissional de saúde se mostrou como um dos aspectos que influenciam na busca por informações sobre saúde e doença nos meios virtuais, em pesquisa realizada por Silvestre et al⁽¹⁰⁸⁾ com usuários do SUS em Santa Catarina. O estudo ainda revelou que as mulheres fazem uso desse recurso muito mais do que os homens.

Ao estabelecer um diagnóstico, o médico deve ter cuidado para não sentenciar o destino do usuário com a incurabilidade ou o controle da doença, já que o poder de previsão em relação à vida individual de um usuário pode variar muito. Diante das múltiplas dimensões que envolvem o sofrer e a capacidade de cura, não se devem reduzir as possibilidades interpretativas aos diagnósticos biomédicos, nem as possibilidades terapêuticas aos tratamentos cientificamente correntes. Essa absolutização dos limites pessoais e científicos podem gerar desengano dos doentes, frustrações na relação profissional-usuário e iatrogenias simbólicas⁽¹⁰⁹⁾.

Diante de tais considerações, verifica-se que o olhar médico objetificou a usuária e a reduziu aos seus sintomas. O processo terapêutico foi assim construído de maneira unilateral e de forma totalitária, deixando a colaboradora inconformada com a situação supostamente irremediável. A dependência médica e medicamentosa são enfatizadas e impostas à usuária como se fossem as únicas possibilidades de cuidado/tratamento disponíveis.

A visão da doença como uma perturbação indesejada colabora com a construção da saúde como valor social central, no qual o controle sobre os corpos e a medicalização social se constituem como características do modelo biomédico atual^(32, 110). A medicalização do sofrimento se fez presente na maioria das histórias aqui contadas.

Maria Rosa, ao recorrer aos médicos na tentativa de que estes pudessem aliviar suas dores, foi surpreendida com a oferta de medicamentos:

A maioria dos médicos que eu fui, dizia que era tudo psicológico, porque tudo que eu sentia, não era compatível com o que eles estavam vendo nos

exames [...] Então, eles passaram remédio tarja preta, mas não tomei! Porque eu acreditava que meu problema não era isso e se chegasse a tomar esses remédios, num ia me livrar nunca deles! Eu queria me livrar do meu problema! Mas antes de tomar esses remédios para curar meu problema, eu queria me curar de dentro pra fora, e foi isso que eu fiz, preferi não tomar!

Na fala de **Maria Rosa** percebemos que apesar do profissional ter estabelecido uma relação entre o psíquico e o físico, ele não esboçou tentativas de interpretar ou compreender a experiência do sofrimento vivenciado por ela. Assim o tratamento foi direcionado para o silenciamento do sofrer através da medicalização.

A cultura da medicalização deixa o ser humano em situação de desamparo e incompetência, relegando nas mãos do profissional o poder sobre seus corpos e seu sofrimento, na maioria das vezes tornando o processo terapêutico estranho à compreensão do doente^(109, 111). A atitude de não aceitar a prescrição médica mostra que houve uma rejeição, de **Maria Rosa**, da forma como se estabelecia a relação terapêutica, e conota, ao mesmo tempo, a sua necessidade em se fazer ativa no processo de cuidar.

Durante a interação profissional-usuário as transações entre as explicações e interpretações do adoecimento envolvem divergências no conteúdo cognitivo, nos valores terapêuticos e nas expectativas de vida. Essas diferenças levam muitas vezes a não aderência ou ao abandono do tratamento⁽¹¹²⁾.

Fato este também evidenciado na narrativa de **Maria Hellen**, que ao descobrir que o marido estava tentando suicídio, foi tomada por uma angústia e por um desespero que a levaram ao consultório médico em busca de ajuda. Ela descreve o fato da seguinte maneira:

[...]Procurei o médico e ele passou um antidepressivo pra mim. Mas não consegui tomar, porque os primeiros comprimidos que tomei, me deixaram tonta, zozza, não conseguia nem me levantar e parei, senão ia viver alienada! [...]

Maria Vitória também revela em sua história o uso da medicação como tentativa de ajudá-la a enfrentar o sofrimento causado pela morte de seu filho:

[...]Quando fui ver o psiquiatra, ele começou a perguntar e comecei a falar tudinho. Perguntou há quanto tempo meu filho tinha falecido, como eu estava, porque eu tinha ido até lá, e se eu queria remédio pra dormir ou se acalmar. Então eu disse: ‘Olhe, na verdade o médico é senhor, o psiquiatra é o senhor, não sou eu! Estou aqui porque preciso de sua ajuda! [...] Ele começou a prescrever um remédio. Também de cabeça baixa tava, e ficou. Me deu a receita, e eu quase rasguei e joguei na cara dele, de tanta raiva que fiquei! [...] Cheguei a tomar a medicação por um tempo [...] Mas comecei a ficar dependente da medicação. Estava me sentindo pesada! Então falei pra minha filha: [...] ‘Esse remédio não tá me fazendo bem! [...]

Nos relatos percebemos que há um deslocamento da responsabilidade da cura da doença para o profissional. Porém, as colaboradoras procuram a ajuda do médico, porque na sociedade atual para que o sofrimento seja considerado legítimo deve ser passado pelo crivo da medicina. Em ambas narrativas, oferece-se apenas a medicação como forma de tratamento para a angústia. A postura profissional diante do sofrimento do outro, reflete ainda no despreparo em lidar com a subjetividade que envolve o sofrer.

A procura por atenção à saúde revela a esperança e o desejo de encontro com um curador que possa conceber um caminho de melhora, que traga mais liberdade e mais saúde. No entanto, o conhecimento gerado na medicina ocidental vem deixando de lado a promoção da autonomia ao dedicar-se somente para a intervenção material nos corpos e seus mecanismos fisiopatológicos, convergindo para a dominação e para a medicalização social do sofrimento⁽¹⁰⁹⁾.

Freitas⁽⁹⁸⁾ acredita que na sociedade atual há pouca tolerância com as expressões vinculadas à tristeza, frustração e perda, causando consequentemente uma dificuldade em lidar com os sentimentos. Com as transformações culturais do século, principalmente no que diz respeito à classificação e diagnósticos dos transtornos mentais e evolução dos psicotrópicos, houve a possibilidade de inclusão das causas subjetivas do sofrimento dentro da nosologia psiquiátrica. O conhecimento biomédico se apropriara, então, do corpo e da mente dos indivíduos por meio da psiquiatria da vida⁽¹¹³⁾.

As situações de desamparo vivenciadas pelas colaboradoras evidenciam um estado de dependência do outro para a satisfação das suas necessidades. É algo que conduz a condição de incompletude e fragilidade⁽¹¹⁴⁾. Nesse sentido, elas não

procuraram se curar, mas queriam ser curadas. Nesse sentindo, os serviços médicos garantem a essas mulheres uma forma de proteção social, em que muitas vezes, mesmo não encontrando soluções para suas necessidades nas consultas, retornam ao serviço na busca de encontrar amparo⁽³⁴⁾. **Maria Vitória** demonstra essa necessidade de apoio ao recorrer novamente ao profissional:

Voltei ao psiquiatra pra dizer que o remédio estava me fazendo mal [...] O médico ainda quis diminuir a dosagem, mas minha filha queria que ele passasse um mais fraco, só pra amenizar a situação... Só que eu fui pra casa, rasguei a receita e procurei a médica do postinho, e ela me disse o seguinte: 'Olhe, não sou psiquiatra, mas já passei por isso na família. Por isso vou passar um remédio bem suavzinho, é o clonazepam, tem baixa dosagem e não vai lhe dopar. É só pra lhe acalmar [...] Quer fazer essa experiência?' Então eu aceitei e foi o que amenizou.

Embora tenha voltado ao consultório médico para ajustar a posologia do medicamento, **Maria Vitória** não se satisfaz com a nova prescrição. No entanto, compreendemos que sua insatisfação não se devia à medicação, mas sim a forma como foi atendida pelo médico, pois ao se dirigir a outra profissional, que lhe concede mais atenção e promove a troca de experiências, a colaboradora aceita a medicalização.

Tesser⁽¹¹⁵⁾ revela que esse mito produzido pelo saber e pela verdade científica em querer controlar e objetivar o sofrimento humano gera uma crença cega na ciência, que empobrece a parceria envolvida na relação de cuidado, na qual de um lado fica o profissional imperativo, guardião do saber hegemônico e, do outro, o usuário à espera de uma medicação que possa aliviar seu sofrimento. Esses fatos reforçam a crítica feita por Illich⁽¹¹⁶⁾, desde a década de 70 do século passado, ao dizer que a medicina acabou tornando-se uma ameaça aos indivíduos, difundindo uma iatrogenia social e cultural na vida dos indivíduos, causando perda da autonomia, expropriação da saúde e destruição do potencial cultural para lidar com o sofrimento.

Além da passividade no processo terapêutico, a medicalização conota um mascaramento dos problemas sociais dessas mulheres, muitas vezes, impedindo-as de usar seus recursos e competências contra as adversidades que as acometem.

Configurando o processo de medicalização sob a perspectiva de gênero, percebemos que este fenômeno se instaura como um fator determinante no processo

saúde-doença cuidado e na posição social ocupada pela mulher. Maluf e Tornquist⁽¹¹⁷⁾ referem que o modelo de saúde hegemônico se volta prioritariamente para as questões físicas e sexuais, que envolvem o corpo feminino, não levando em conta os aspectos subjetivos e socioculturais que permeiam o sofrimento feminino, proveniente, na maioria das vezes, de problemas sociais e desajustes familiares.

A pesquisa realizada por Carvalho e Dimenstein⁽⁴³⁾, com mulheres que utilizavam psicotrópicos e eram usuárias do serviço público de Natal-RN, revelou que a prescrição desse tipo de medicamento foi feita predominantemente para o alívio do mal-estar, sem considerar o contexto sociocultural no qual estavam envolvidas, como um fator produtor de sofrimento. Essa relação estabelecida entre médicos e mulheres se apresenta como uma complexa rede que articula classe, gênero e raça/etnia, de forma a se revelar como uma cadeia reprodutora de desigualdades e assujeitamento, bem como de uma “verdade” que aprisiona a mulher e requer forte resistência no seu enfrentamento.

Outro aspecto que levamos em consideração foi a referência majoritária do profissional médico diante da procura por cuidado. Acreditamos que ao procurarem os serviços de saúde as colaboradoras foram condicionadas pela hegemonia do modelo biomédico em nossa sociedade, no qual o médico ainda é concebido como figura central do sistema formal de cuidado e detém (quase que exclusivamente) o poder de diagnosticar e prescrever. Essa situação vai de encontro com as propostas assentadas pelo SUS, de estabelecer o atendimento em uma perspectiva multidisciplinar, tendo como foco o sujeito.

É importante salientar que a possibilidade de (re) construir um modelo de atenção à saúde, pautado na integralidade do cuidado, só pode ser possível por meio de articulação de diferentes saberes e práticas por parte de equipe multidisciplinar. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo e com um sentido de corresponsabilidade para, assim, obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença⁽¹¹⁸⁾.

A procura das mulheres pelos serviços de saúde tradicionais foi impulsionada pela necessidade de legitimar o sofrimento e gerar outro tipo de sociabilidade ao pertencer a um novo grupo e status social- o de doente. Quando a sintomatologia expressa não se enquadrava dentro da lógica do serviço, ou quando o diagnóstico e a terapêutica não faziam sentido, elas traçaram outros caminhos na tentativa de encontrar

quem amparasse seus sofrimentos, reintegrando-as ao seu contexto de crenças e proporcionando-lhes possibilidades de cuidado.

Cada ato de escolha terapêutica está relacionado à imagem que o indivíduo faz a respeito do que vai ser ou como vai ser determinado tratamento, sendo influenciado pela rede de relações sociais na qual ele está inscrito. Essa rede é tomada como referência na elaboração de novas imagens e construção de significados sobre determinados tipos de cuidado e tratamento⁽⁴⁵⁾.

Atualmente, em nossa sociedade, o sistema de saúde vem atuando tanto perspectiva da medicina alopática, como também na oferta de práticas integrativas. A alopatia é hegemônica e legitima o modelo biomédico, e as PICs estão ancoradas ao paradigma holístico, porém ainda são minorias nos serviços de saúde.

Nos relatos de algumas colaboradoras observamos que a busca por práticas integrativas e complementares foi feita com base na indicação médica, mas também foi influenciada pelo contexto relacional de cada mulher. Após a integração das PICs no Sistema Único de Saúde no município de João Pessoa, muitos profissionais, principalmente da Atenção Primária, indicaram os usuários para estes serviços.

Na narrativa de **Maria Rosa**, ela revela que percorreu vários serviços alopáticos e não obteve sucesso para suas dores, fato esse que aumentava ainda mais sua angústia. Porém, ela revela que soube do Centro de Práticas Integrativas e Complementares por meio de um médico que a aconselhou a buscar essas práticas:

Por último, fui a um médico que me disse: ‘Olhe, aqui em João Pessoa tá para abrir um espaço que vai ser muito importante pra senhora, é um centro de terapias alternativas! [...]

Diante da ampliação no acesso às práticas integrativas, algumas colaboradoras tiveram a possibilidade de conhecer e utilizar essas práticas como forma de cuidado, mediante a recomendação de amigos, conforme segue relatos de **Maria Lívia** e **Maria Vitória**, respectivamente:

Como sou estudante da pós graduação de naturologia, conheço umas pessoas que trabalham aqui no Equilíbrio do Ser, que me disseram pra vir aqui. Eu não conhecia o lugar, mas vim e fiz a escuta[...]

Um dia encontrei uma colega minha, que me achou muito agitada, chorando muito [...] Foi aí que ela me convidou pra vir pra cá (Centro de Práticas Integrativas e Complementares). Disse que o local era maravilhoso, que já fazia tratamento aqui e perguntou se eu queria vir com ela[...]

Embora o atendimento no CPICS seja organizado por meio da demanda espontânea ou por encaminhamento feito por outros serviços da Atenção Primária, sabe-se que ainda existe uma forte tensão no que concerne ao reconhecimento dessas práticas pelos atores que compõem a biociência, em especial, os médicos. Esse fato é descrito por Tesser⁽¹¹⁵⁾, ao dizer que entre a classe médica existe uma crença grosseira em um positivismo lamentável que leva à desconsideração de todas as outras práticas que não são produtos do saber científico biomédico.

Em um movimento paradoxal, o saber científico ao mesmo tempo em que desconsidera outras práticas que não sejam pautadas pela medicina ocidental, também direciona que a única forma de validação é o reconhecimento destas pela hegemonia biomédica. Andrade e Costa⁽¹¹⁹⁾ acreditam que na medida em que as PICs são ofertadas dentro dos serviços públicos de saúde, há um maior incentivo na sua utilização. Fato este também referido por Tesser⁽¹²⁰⁾, quando diz que a institucionalização das PICs na esfera pública do setor de saúde, só é possível graças ao reconhecimento oficial de grande parte destas pela medicina.

Depois de institucionalizadas no SUS, algumas PICs tornaram-se mais acessíveis à população, que diante da oferta de novos produtos e serviços no “mercado da cura” busca interpretações que possam dar sentido ao seu sofrimento e respostas para suas questões existenciais, ofertas essas não encontradas nos serviços biomédicos⁽¹²⁰⁾. Esse aspecto é revelado na narrativa de **Maria Júlia** ao afirmar que quando os serviços biomédicos já não atendiam mais as suas necessidades, resolvera conhecer o serviço CPICS:

[...] passei aqui em frente e me chamou a atenção o nome “Equilíbrio do Ser”. Não tinha noção do que era, nunca tinha ouvido falar nessas terapias, então aquilo despertou minha curiosidade. E equilíbrio era tudo que eu precisava naquele momento, porque nos serviços tradicionais eu não conseguia mais [...]

A narrativa revela que diante da insatisfação com os serviços biomédicos, a colaboradora decide ir ao CPICS, mesmo sem conhecer as práticas integrativas e complementares, seguindo a lógica do mercado de consumo de bens e produtos para manter a saúde, já que o próprio nome do serviço refletiu em sua interpretação sobre sua condição atual de que estar em desequilíbrio, é estar sem saúde.

Pinho e Pereira⁽¹²¹⁾ acreditam que a experiência de cada sujeito é dinâmica, podendo ser modificada pelo agir no cotidiano e pela busca de soluções para o amparo de seu sofrimento. Muitas vezes, a escolha terapêutica se faz sem ter conhecimento sobre a lógica interna do sistema escolhido.

Na história de **Maria Elis**, ela relata que já tinha feito uso de práticas integrativas e complementares anteriormente e que procurou o serviço integrativo porque se sentia fragilizada. Ela descreve este fato da seguinte maneira:

A princípio, quando vim aqui, foi por curiosidade e pra me conhecer também! Passei aqui em frente, vi e fiquei curiosa com o nome Equilíbrio do Ser, que achei muito sugestivo![...] Na época que inaugurou muita gente veio e não tinha vaga pra nada [...] Mas depois, como estava muito fragilizada, vi a necessidade de procurar ajuda![...]

Mesmo diante da possibilidade de se inserir em um novo serviço de saúde, o fato de **Maria Elis** ter escolhido o Centro de práticas integrativas e complementares como primeira opção para a busca de cuidado, já sugere que sua vivência ao utilizar as PICs em outro momento de sua vida, trouxe novos significados na sua compreensão de doença-saúde-cuidado.

De acordo com Souza e Luz⁽¹⁷⁾, a busca pela uso das PICs na sociedade atual não pode ser associada somente à insatisfação e a ineficiência relativas à medicina científica, mas a escolha por essas práticas tem um fundamento cultural e terapêutico que desvelam transformações nas representações de saúde, doença, cura e produção de cuidados.

A miscigenação trazida pelas PICs é referida por Andrade e Costa⁽¹¹⁹⁾ ao relatarem que essas práticas possuem um sincretismo cultural que agrega filosofias orientais, práticas religiosas, terapias nutricionais, naturalismo e a ecologia. São pautadas em um campo diversificado e agregam tecnologias leves de cuidado. Diante

desse pluralismo terapêutico, convivem diferentes sistemas, racionalidades médicas e crenças.

Vale, ainda, ressaltar que esses setores de cuidado trazem consigo diferentes estratégias e recursos de enfrentamento do sofrimento, que não se excluem, ao contrário são plurais! Do mesmo modo que não segue uma cronologia ou esquema linear, o percurso vai sendo delineado com base nas possibilidades socioculturais, e, é marcado, muitas vezes, por projetos distintos e contraditórios⁽¹²¹⁾.

A produção de cuidados por meio das práticas integrativas e complementares está arraigada nos rituais terapêuticos desenvolvidos, em que o principal aspecto social está na relação terapeuta-usuária. As colaboradoras deste estudo utilizavam mais de uma prática integrativa e complementar dentre as individuais e coletivas.

As PICs são realizadas em rituais coletivos ou somente entre o usuário e o profissional, porém, esses rituais têm mediadores simbólicos em comum, como: a retirada dos calçados antes de adentrar no espaço terapêutico, a harmonização, a técnica da respiração profunda, além dos instrumentos específicos de cada prática.

De acordo com Maluf⁽¹²²⁾, todo ritual terapêutico geralmente é realizado em um espaço e cenário adequados, simbólicos que possibilitem uma atitude corporal favorável e uma interface de contato entre profissional-usuário. A produção desse ambiente se constitui em um aspecto importante na distinção entre o cuidado oferecido nas PICs e o tratamento biomédico.

Além do espaço, existem alguns procedimentos que são adotados antes de iniciar a prática propriamente dita. Retirar os calçados geralmente é o procedimento inicial, seguida de uma harmonização, que é uma técnica de relaxamento ou meditação feita por alguns minutos, no intuito de fazer o usuário ter um “encontro consigo mesmo” e tentar, por alguns instantes, esquecer os problemas cotidianos que o impedem de fazer essa introspecção. A harmonização geralmente vem acompanhada de respirações lentas e profundas. Somente após essa etapa se desenvolvem os procedimentos específicos de cada prática.

Maluf⁽¹²²⁾ acredita que esse ritual estabelece uma dupla interface de contato: a) entre os pensamentos conscientes e inconscientes do usuário; b) na relação profissional-usuário, a partir da repetição de gestos e partilha de experiências. Helman⁽²⁰⁾ refere que os rituais desempenham funções psicológicas, sociais e protetoras, descritas do seguinte modo:

Parte da função de um ritual de cura é fornecer amparo e explicações para o sofrimento, ou seja, converter os sinais e sintomas em uma condição reconhecível culturalmente e legitimada por aqueles que fazem parte do mesmo ritual. Ao interpretar o sofrimento, de uma maneira que faça sentido para aquele que sofre, já diminui a ansiedade e o desconforto gerado pela vulnerabilidade. Nesse sentido, o ritual também exerce sua função protetora de lidar com a ansiedade e a incerteza associadas ao sofrimento. A função social atribui a criação de grupos de cuidado ao promover sentimentos de pertença, partilha e coesão social⁽²⁰⁾. A fala de **Maria Elis** retrata esses aspectos:

Eu nunca tinha feito terapias de grupo, e é muito interessante porque cada um tem o modo de ver e perceber as coisas e isso me enriquece muito! O resgate da autoestima me permitiu isso... ter momentos de relaxamento, de poder falar compartilhar com outras pessoas [...].

Nos rituais terapêuticos em grupo, além da relação profissional-usuário estabelece-se a relação entre os participantes, através de uma linguagem em comum, das experiências compartilhadas e da crença no mesmo sistema de valores. Nesse sentido, para que ocorra a produção de cuidados, a partilha deve ser dinâmica, e acontecer a partir de arranjos e negociações, em que as formas de expressão sejam comuns a todos os participantes, seja em uma linguagem verbal ou não verbal⁽¹²²⁾.

Os rituais de realização das PICs, seja nas práticas individuais ou coletivas, são momentos de socialização que se fazem importantes no resgate da identidade sociocultural dos sujeitos envolvidos. Lacerda e Valla⁽¹²³⁾ referem que por meio das trocas e envolvimento nas relações sociais é que o apoio social se faz presente, possibilitando que os sujeitos enfrentem melhor as adversidades da vida.

Diante das experiências de sofrimento, geralmente o sujeito se desorienta e interrompe, muitas vezes, a continuidade da vida. O apoio social estabelecido na relação profissional-usuário e também nas relações com outras pessoas de um mesmo grupo é, muitas vezes, o ponto de partida para a elaboração de novos significados sobre os acontecimentos e ressignificação do viver.

É por meio da partilha de valores e sentidos com os outros, que a permanência e adesão à prática terapêutica se faz, geralmente em longo prazo. Ou seja, não basta aprender os procedimentos de determinadas PICs, mas os sujeitos precisaram passar por

experiências que façam sentido para suas histórias de vida, para que eles pudessem retornar e continuar⁽¹²²⁾. O depoimento de **Maria Vitória** revela esse fato descrito assim que ela chegou ao serviço e foi participar da Terapia Comunitária Integrativa:

[...] Confesso que, até o segundo dia, não gostei!...] Resolvi vir uma terceira vez, foi quando comecei a melhorar e a entender que ali eram pessoas compartilhando suas dificuldades, as barreiras que superaram.... Além disso, comecei a gostar das dinâmicas que elas fazem pra tirar a gente daquela tensão... Daí em diante, não quis mais sair!

Na narrativa de **Maria Hellen**, ela também revela que foi por meio de uma vivência, realizada em uma terapia de grupo, que ela conseguiu compreender os eventos de sua vida que estavam lhe angustiando:

[...] Cheguei a participar de umas sessões de terapia comunitária e uma das terapeutas me falou uma coisa que me marcou muito, que foi justamente sobre a família... Na verdade, ela não só falou, ela demonstrou... Primeiro me colocou no meio da sala, duas pessoas em minha frente e duas atrás de mim e depois me disse: 'Olhe... se você passa sua vida inteira olhando pra trás, do jeito que você faz, olhando pro passado, se lamentando, você não vê o que está a sua frente!...' Só essa forma que ela demonstrou, já fez uma diferença enorme em minha cabeça!

Na relação terapêutica, a linguagem (verbal e não verbal), a experiência e os valores em comum estão interligados e só fazem sentido se forem compartilhados com o outro, ou com o grupo, mesmo que seja de forma não linear para cada participante. Porém, essas experiências vivenciadas de resgate da identidade sociocultural e do pertencimento não se limitam ao universo das PICs, mas é na cultura integrativa e complementar que elas ocorrem de maneira mais intensa devido à pluralidade das técnicas, das linguagens e das vertentes espirituais que compõe o processo terapêutico. Em algumas práticas onde as dinâmicas são utilizadas como mediadores simbólicos, é necessário que o terapeuta tenha atenção com o vocabulário, formas de expressão e o sistema de valores dos usuários, principalmente no caso da religião⁽¹²²⁾.

Como algumas PICs são norteadas com base na cultura oriental, elas comungam de concepções e crenças que podem ir de encontro com a religião do usuário. Fato esse observado durante a pesquisa, em que **Maria Vitória**, evangélica, recusou-se a participar do reiki, pois, referiu não se sentir bem com tal prática. A imposição das mãos feita no reiki pode ter sido interpretada como uma prática espírita pela colaboradora, uma vez que um dos rituais de cura do Espiritismo é o passe espírita, também evidenciado pela imposição das mãos sobre o sujeito, porém com conotação diferente da prática reikiana.

É importante realçar que no serviço onde a pesquisa foi realizada e durante as observações do desenvolvimento dessas práticas, em momento algum, verificou-se que os profissionais persuadiam o usuário a qualquer tipo de crença religiosa. O processo terapêutico por meio das PICs envolve espiritualidade, mas não se atém a doutrinas ou rituais religiosos.

Tesser⁽¹⁸⁾ revela que, na maioria dessas práticas, há uma valorização do autoconhecimento e uma comunicação mais fácil com valores espirituais das várias culturas, religiões e tradições dos usuários. Baseadas no paradigma holístico que confere uma visão integral do sujeito, as PICs trazem em seus pressupostos a possibilidade de um cuidar que integre as mais variadas dimensões do ser humano, bio-psico-social-espiritual.

As práticas integrativas e complementares permitem que o sujeito associe uma resposta integral às suas insatisfações, não apenas de ordem fisiológica, mas também sociais, psíquicas, espirituais e existenciais. Respostas estas que o racionalismo biomédico não se mostra capaz de dar⁽²⁶⁾.

As diferenças entre os recursos biomédicos e as práticas integrativas e complementares em saúde foram enunciadas pelas colaboradoras no decorrer de cada história. Observamos que essas discrepâncias foram baseadas em três aspectos vivenciados no CPICS: a não medicalização do sofrimento; o acolhimento, evidenciado principalmente na relação profissional-usuário; e a crença na terapêutica. Os relatos orais revelam esse contraste, conforme mostra **Maria Vitória**:

Aqui consegui o tratamento ideal sem precisar me dopar! [...]

Tal ênfase também se verifica no depoimento de **Maria Hellen**:

Outra coisa que eu acho fantástica nas terapias é não existir efeitos colaterais! [...]

Maria Rosa enfatiza outra perspectiva:

Essa é a principal diferença! Porque com os médicos, eles passam remédio, e nas terapias não, a gente trabalha com a mente! [...].

As narrativas das colaboradoras entoam uma crítica ao modelo biomédico, no que diz respeito à medicalização de seus sofrimentos. As falas de **Maria Vitória** e **Maria Hellen** nos levam a entender que a melhor terapêutica é aquela que ela faz uso de maneira consciente e lúcida, não acarretando repercussões indesejáveis. Em outras palavras, a medicalização não era o modo desejado de sanar suas queixas.

Os efeitos colaterais das terapêuticas utilizadas na medicina alopática são caracterizados por Magalhães e Alvim⁽¹²⁾, como um dos fatores que mais desagradam à população, juntamente com a abordagem tecnicista. Sendo assim, as práticas integrativas demonstram eficácia sem exercer efeitos contrários para isso.

A medicalização do sofrimento, além de gerar efeitos nocivos pelas drogas utilizadas, promove a desvalorização da subjetividade, diminui a capacidade autônoma do indivíduo no enfrentamento do sofrimento, aumentando ainda mais sua angústia. Esse desalento impulsiona o indivíduo à procura de outras formas de cuidado. As práticas integrativas e complementares apresentam um sistema simbólico que dá sentido a novas formulações no processo saúde-doença, impondo a necessidade de repensar a produção de cuidados dentro de um novo espaço ético⁽¹²⁴⁾.

Essa nova maneira de perceber e interpretar a saúde-doença-cuidado é revelada na fala de **Maria Rosa** ao mencionar que as PICs “*trabalham com a mente*”, demonstrando que ela já estava assimilando alguns aspectos da cultura integrativa.

Percebemos também que nos relatos orais de todas as colaboradoras dessa pesquisa, o acolhimento foi visto como uma característica essencial das práticas integrativas e complementares, configurando-se também como a principal diferença entre o cuidado ofertado no Centro de práticas integrativas e complementares e os serviços pautados no modelo biomédico.

O acolhimento foi evidenciado principalmente na relação terapêutica, que era pautada pela atenção e valorização das experiências vividas por meio da escuta

qualificada, pelo apoio e suporte no enfrentamento dos problemas cotidianos e pela afetividade envolvida no processo de interação. **Maria Hellen** enfatiza o acolhimento como ponto principal na produção de cuidados.

[...] Uma das coisas que acho excepcional aqui, é a forma dos profissionais tratarem de maneira diferenciada. Eles te tratam tão bem, que você não acredita que é do SUS [...] Porque quando se chega aqui, geralmente a gente tá muito fragilizado... então aqui a gente se sente realmente acolhido! [...] Às vezes você paga uma consulta caríssima e o médico nem olha pra você [...] E aqui não, as pessoas te escutam! [...] A conversa faz muita diferença no tratamento! [...]

Sendo reiterado pela experiência de **Maria Alice**:

Eles (terapeutas) têm um respeito muito grande pelas pessoas, pelos problemas de todos! [...] Dão coragem pra gente aceitar a vida do jeito que ela é! Aqui não tem comparação em lugar nenhum que já fui! Tem um acolhimento muito, muito bom! Todo mundo trata todo mundo por igual, não tem diferenciação!

Em sua narrativa **Maria Júlia** também revela a importância do acolhimento e faz uma comparação com o atendimento nos serviços médicos:

Uma das principais diferenças desse espaço para outros serviços é a afetividade no atendimento [...] É muito importante você ser bem recebida, valorizada, isso até aumenta seu bem-estar e melhora a recuperação de sua saúde! É muito triste chegar nesses hospitais, nos ambulatórios e não ser visto como ser humano. Acho que isso complica e dificulta a recuperação. A gente quer ser visto como gente [...] Agora, eu também acho que a pessoa tem que acreditar! [...].

No depoimento de **Maria Hellen**, constatamos que o tratamento diferenciado dentro da esfera pública de saúde causa estranheza na colaboradora. A relação entre profissionais de saúde e usuários nos serviços públicos, em grande parte das situações,

já está tão desgastada que se tornou comum, gerando uma violência simbólica nos espaços de saúde. Nos relatos, as colaboradoras reforçam este fato ao descrever a postura do profissional médico, a não escuta durante as consultas e a sua repercussão na saúde dos usuários.

Apoiando-nos nas reflexões de Venturini⁽¹²⁵⁾, a relação terapêutica deve ser guiada pela atitude de responsabilidade, disponibilidade e no profundo respeito com o outro. Essa é a verdadeira arte do cuidado, que nasce da escuta, da capacidade de se fazer calar diante da história do outro, para assim poder acolher suas dores.

Ao falar em cuidado, adotamos aqui o sentido atribuído por Luz⁽⁵⁾, que o confere como uma ação integral, com significados e signos voltados para a compreensão de saúde como um direito de ser. Vai muito além do que a atenção ou um simples procedimento, mas inclui o tratar, o respeitar, amparar o ser humano em seu sofrimento, que em grande parte é fruto de sua fragilidade social.

Constatamos nas narrativas das colaboradoras que o acolhimento se encontra no âmago da relação terapêutica, sendo compreendido por elas em seu sentido genuíno, como a possibilidade de escutar o que elas têm a dizer, amparar seus sofrimentos e ajudá-las a serem protagonistas de suas vidas. A fala de **Maria Júlia** ainda traz o acolhimento no sentido de valorização e melhora na recuperação da saúde, que ela associa à promoção do bem-estar. Acolher, nesse sentido, significa a retomada subjetiva da pessoa, implicando em um reposicionamento dos objetivos do cuidado, não no sentido de reabilitação, mas como promotor do bem-estar⁽¹²⁵⁾.

Beserra et al⁽¹²⁶⁾ referem que em uma relação de cuidado, o diálogo, a escuta, sensibilidade, empatia são aspectos importantes a serem valorizados, porque o ser humano sempre está em busca de sentido e, isso, faz parte do universo simbólico e das relações sociais construídas nas suas vivências.

Para que haja escuta, é necessário primeiro permitir que essa mulher tenha voz. O processo de contar e o ato de ouvir possibilita interpretar e reconhecer a forma como cada mulher vivencia seu sofrimento, ao mesmo tempo em que favorece o protagonismo feminino, ao conceder-lhe autonomia, privilegiar sua subjetividade e valorizar sua história de vida.

Outro aspecto narrado pelas colaboradoras, e que merece destaque, do ponto de vista antropológico, é a crença na eficácia das práticas integrativas como fator essencial para a cura, abordada na narrativa de **Maria Júlia** e também referenciada por **Maria Lívia** no trecho a seguir:

Pra quem está do lado de fora, pode até não acreditar muito, mas como eu já acreditava ficou mais fácil pra mim [...] O cuidado aqui nem se se compara com o cuidado lá fora! [...] Aqui é bem melhor, é mais humano! A gente sente a energia das pessoas, quando chega aqui! O acolhimento, o toque... na verdade é um conjunto...porque o toque me traz a sensação de proteção, carinho...

Para interpretar tal resultado, foi importante recorrer à explicação de Lévi-Strauss⁽¹²⁷⁾ ao abordar a eficácia dos tratamentos xamanísticos, revelando que a crença na magia faz parte do ritual simbólico de cura e da interação entre o feiticeiro e o doente. Segundo ele, a condição para o processo de cura se apresenta sob três aspectos: a crença do xamã no sucesso de suas técnicas; a crença do doente no poder do feiticeiro; e a confiança e a credibilidade das pessoas que já passaram pela experiência, constituindo uma crença coletiva.

Fazendo alusão ao autor acima, a crença do terapeuta na prática integrativa que ele desenvolve, a crença do usuário no terapeuta e a crença no meio social do usuário dentro desse sistema de cuidado, faz parte do aspecto social da cura, e, consequentemente, do sucesso das PICs entre as colaboradoras.

O toque referenciado pela colaboradora aparece como mais um aspecto que contribui na terapêutica, principalmente se este tiver um simbolismo peculiar para o usuário. **Maria Lívia** traz o toque como uma forma de proteção e carinho que se justifica pela sua história de adoção e o fato de não ter sido amamentada.

Nas práticas integrativas, o toque se constitui como uma forma de expressão simbólica, uma linguagem não-verbal que faz parte da relação terapêutica. O toque é um modo de cuidado, permite a mobilidade do ser com quem se entra em contato⁽¹²⁸⁾ e transmite a mensagem de que não se está só diante da dor e do sofrimento.

Consideramos então, que as práticas integrativas e complementares atuam em um sentido ampliado de cuidado, e que as escolhas feitas por cada colaboradora por determinadas práticas são influenciadas pelo tipo de sofrimento que elas vivenciam, dentro do contexto histórico-cultural que elas estão inseridas.

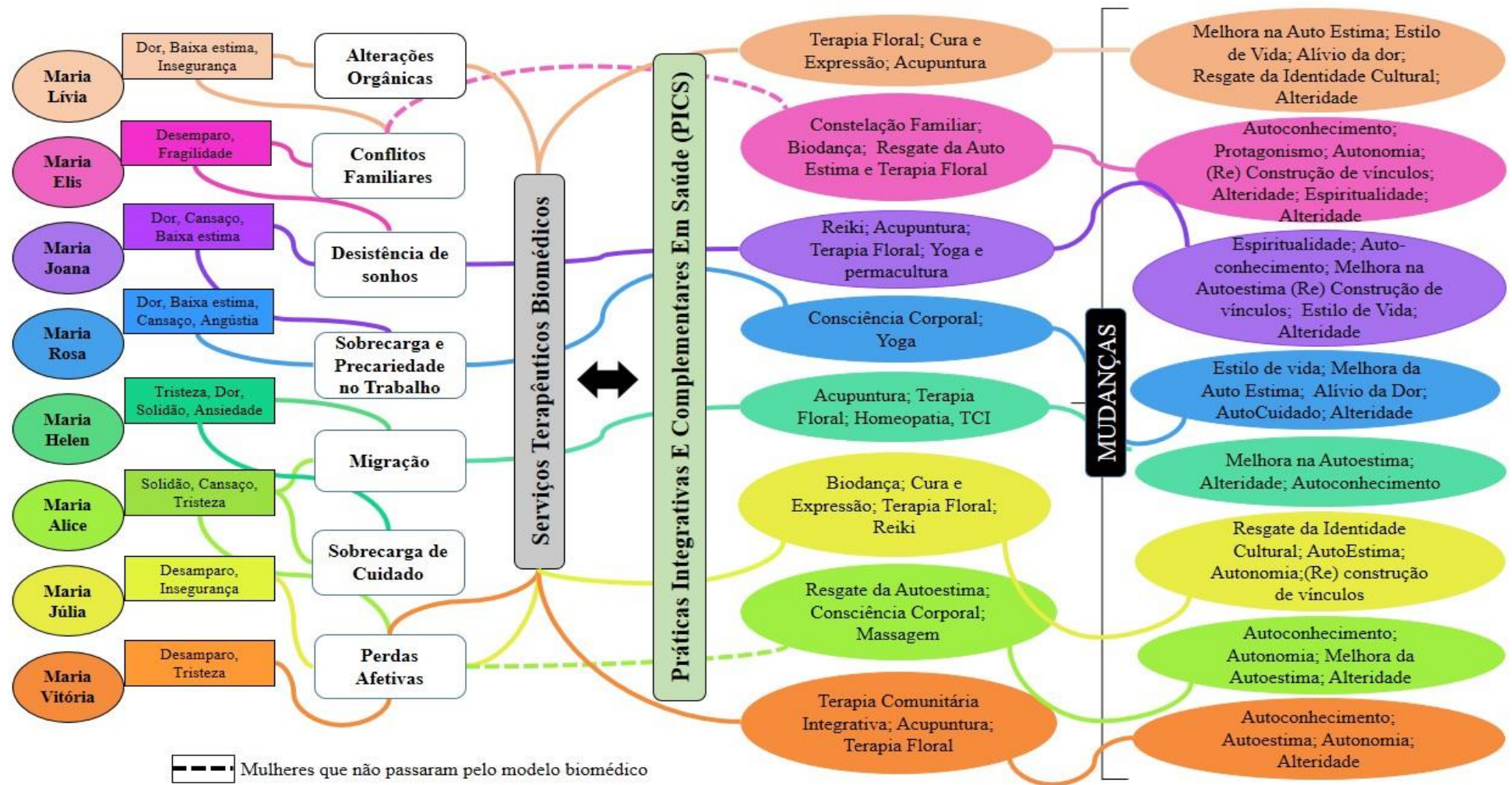
No entanto, vale salientar que não tivemos a intenção de detalhar os rituais e mediadores simbólicos específicos de cada prática integrativa e complementar utilizada pelas mulheres desse estudo, pelo fato de acreditarmos que essas práticas atuam de

maneira coesa, o sentido dessa sinergia depende dos significados que elas atribuem a essas vivências.

Para elucidar de maneira objetiva as queixas e os motivos que impulsionaram cada mulher a buscar cuidados e estabelecer uma relação com as PICs utilizadas por elas, bem como com as transformações vivenciadas por elas, construímos um diagrama (Figura 6) que possibilita visualizar essas associações e o itinerário terapêutico.

Ao buscarem o cuidado por meio das PICs, as colaboradoras se apropriaram de uma cultura diferenciada e construíram novas relações sociais pelas quais puderam partilhar suas experiências e ressignificar suas histórias. Essas mudanças são reveladas na próxima categoria.

FIGURA 6: Diagrama representativo do itinerário das mulheres rumo às Práticas Integrativas e Complementares.



Fonte: Arquivos da autora 2015.

5.3 Reconstrução da Identidade e Produção de Alteridade: caminhos para o protagonismo feminino.

Durante as narrativas, percebeu-se que os itinerários percorridos pelas mulheres em busca de cuidado já se constituíam como parte importante no processo terapêutico, pois, permitiram que elas pudessem vivenciar terapêuticas diferenciadas, escolher as práticas que fossem mais significativas para seu universo cultural, construir uma nova rede de apoio social, partilhar experiências e ressignificar suas histórias.

Após iniciarem o cuidado por meio das PICs, essas mulheres puderam dar um novo sentido as suas experiências de sofrimento e tiveram mudanças significativas que foram além do resgate à saúde, mas também possibilitaram uma reconstrução de si mesmas e das relações de alteridade.

No decorrer do caminho, os sentidos do processo terapêutico foram se modificando⁽¹²²⁾. Inicialmente, a atenção dada a essas mulheres foi feita de forma fragmentada pelo modelo biomédico e logo depois se deslocou para uma compreensão mais integral no CPICS, a partir da valorização de suas histórias e de seu “ser no mundo”. A relação terapêutica deixou de ser conduzida pelo diagnóstico nosológico e pela medicalização, para ser pautada na subjetividade. Além disso, as colaboradoras deixaram de ser passivas na produção de cuidados e passaram a ser protagonistas de suas vidas, como mostra a narrativa de **Maria Elis**:

Agora eu tenho sonhos, tenho coisas pra fazer, comecei a viver outra vez! Até pareço uma adolescente cheia de projetos de vida! Faço trabalho em um grupo espírita, faço doulagem, que também me preenche muito e me deixa muito feliz! Tenho uma vontade imensa de me relacionar com as pessoas, conhecer coisas novas [...]

Chegando ao serviço, **Maria Elis** estava se sentindo fragilizada e desamparada, em virtude de seus conflitos familiares. Sua fala revela que as vivências com as PICs permitiram que ela mobilizasse suas competências e se fortalecesse diante dos desafios da vida. Ao construir novos projetos e ter se inserido na doulagem, a colaboradora resgata sua autonomia no cuidado de si e do outro, retomando seu papel de cuidadora, porém em outro contexto sociocultural, voltado para o protagonismo feminino.

Acreditamos que as práticas integrativas e complementares favorecem o cuidado em uma dimensão individual e coletiva, pois, conforme Lacerda e Valla⁽¹²³⁾, elas proporcionam uma melhor percepção de si e do próximo, favorecendo um agir positivo diante das diversidades da vida e um agir social, tornando as colaboradoras mais solidárias, voltadas para o próximo e fomentando a construção de uma rede de apoio social.

O acolhimento, a partilha de experiências, o protagonismo do sujeito, o resgate da identidade cultural, são valores construídos mediante as relações de cuidado estabelecidas nas PICs que favorecem a expansão da vitalidade e capacidade do agir, retomando o prazer em viver. Ao vivenciar esses valores, as colaboradoras se transformam e sentem a necessidade de transformar aqueles que estão à sua volta. O relato de **Maria Rosa** também demonstra que, além da transformação pessoal, essas práticas despertaram o desejo de repassar o cuidado adiante:

[...]minha autoestima melhorou muito! Tenho vontade de mostrar às pessoas que elas devem ir atrás de uma melhora! [...] sempre mostro que se você tiver com um problema, você tem que procurar ajuda, tem que desabafar, chamar por um Deus vivo e procurar uma solução! Então, eu procuro passar isso para as pessoas. Me sinto feliz porque estou me curando e passando meu exemplo para os outros!

Esse desejo também é revelado na história de **Maria Vitória**:

[...]Graças a Deus, só tenho a dizer maravilhas daqui [...] Hoje, dou meu depoimento para as pessoas! [...]Aprendi a pensar mais em mim [...]

A recuperação da autoestima percebida nos relatos das colaboradoras favorece a (re) construção de vínculos. Ao revelarem o desejo de compartilhar suas vivências com outras pessoas, as colaboradoras imprimem aos outros sua singularidade e reconstroem suas identidades, abaladas pela vivência dos sofrimentos. Zago e Saeki⁽¹²⁹⁾ afirmam que ao relatar suas experiências, a mulher se apropria de sua história, valoriza-se enquanto pessoa, e ao reconhecer sua capacidade, modifica sua vida e suas relações sociais.

Em um trabalho interpretativo sobre Marcel Mauss e seu escrito *Ensaio sobre a dádiva*, Sabourin⁽¹³⁰⁾, acredita que as relações sociais são regidas pela reciprocidade, pois isto implica na preocupação com o outro e reproduz um valor ético de responsabilidade.

Ao discutir a ideia de dádiva entre as culturas, e da relação entre o dar, receber e retribuir, Mauss⁽¹³¹⁾ refere que a formação de vínculos entre os grupos se dá a partir de uma expressividade coletiva e compartilhada, que envolve recursos afetivos, cognitivos, materiais e espirituais encontrados nos gestos e rituais. A dádiva encontrada nas PICs consiste em um conjunto de benefícios e trocas que circulam nos rituais terapêuticos e se estendem para outros espaços⁽¹⁰⁷⁾.

O cuidado recebido por **Maria Rosa** e **Maria Vitória** ajudou no enfrentamento e superação de seus sofrimentos. Suas vivências se tornaram um benefício que foi recebido e compartilhado com outras pessoas, para que elas pudessem usufruir do mesmo bem. A retribuição do bem recebido e compartilhado possibilita a transmissão de valores culturais e valorização das histórias de vida e formação de novos grupos de pertencimento.

Para Machado, Pinheiro e Guizardi⁽⁷⁾, a disposição de **Maria Rosa** em levar para os outros seu exemplo é vista como uma produção de valores que estão relacionados à tríade solidariedade, amor e fé. Esse sentimento de solidariedade é em grande parte influenciado pela fé, demonstrando a integração de referências culturais e éticas nas concepções e práticas de saúde vivenciadas pela colaboradora.

Ao compartilhar suas vivências com as PICs e também sua fé em um “Deus vivo”, como fatores que podem ajudar na solução dos problemas cotidianos, **Maria Rosa** revela suas crenças e imprime novos significados para sua história. Valla, Guimarães e Lacerda⁽¹³²⁾ referem que a fé se constitui em uma importante estratégia de resistência ao sofrimento, alimentando a esperança de dias melhores.

A fé e as crenças religiosas são formas de expressão da espiritualidade. Porém, concordamos com Luz⁽¹³³⁾ ao dizer que o aspecto espiritual aqui referenciado está ligado ao papel do sagrado na cultura. Entende-se, portanto, que a maneira como as colaboradoras descrevem suas experiências no processo terapêutico com as PICs, demonstra a ligação entre essas práticas e a espiritualidade. Podemos dizer que essa relação se estabelece a partir do paradigma holístico, ao qual essas práticas são ancoradas em que se valoriza a integração do ser humano com a natureza e o divino.

Nos rituais terapêuticos, foi possível perceber que os momentos de introspecção, de meditação pela respiração e a própria relação com o profissional, favorecem essa abordagem unificadora do sujeito, agregando mente/corpo e espírito.

As narrativas a seguir mostram como algumas colaboradoras referem o afloramento da espiritualidade, das relações de alteridade e do autoconhecimento, a partir das experiências com as PICs. Assim, expressou-se **Maria Joana**:

[...]eu comecei a despertar também pra estudar outras religiões e aquilo foi me dando uma coisa boa, comecei a buscar meu crescimento. Comecei a me conhecer, estudar filosofia budista, conhecer pessoas de outras religiões, da umbanda, o budismo, que sempre foi muito discriminado. E percebi que são pessoas boas, que fazem o bem e que a religião não determina ninguém. Então, eu quis me libertar! Deixei de ser aquela pessoa preconceituosa, que julgava muito as pessoas e a mim mesma. Então, hoje, eu vou para onde eu me sentir bem! [...]

Maria Elis reforça essa vivência, acrescentando novas nuances:

Hoje em dia, tenho essa percepção do meu corpo! Até uma dor que sinto, sei que pode ter sido de algum aborrecimento que tive... tenho percepção de tudo, da alegria, do sentir o toque, a afetividade [...] Ajudou na minha espiritualidade, no meu autoconhecimento. E quando você se conhece, você se liberta! Comecei a ver as pessoas de modo diferente, ver o mundo diferente, com mais realidade, mas também com mais compaixão...

A experiência de **Maria Joana** com as práticas integrativas e complementares possibilitou um despertar para aspectos de outras culturas e para uma maneira diferente de viver sua espiritualidade, fato este também relatado por **Maria Elis**. A conexão com o sagrado é mais acentuada, segundo Almeida⁽¹³⁴⁾, em virtude do crescimento e absorção de aspectos da cultura oriental pelo ocidente. É nesse intercâmbio cultural que sobressai a alteração de sentido na relação com o divino, e isso ganha materialidade por meio da (re)apropriação da corporeidade a partir das PICs.

Essa transformação terapêutica se deve a uma ampliação da subjetividade humana para o sagrado e para o (re)encantamento do mundo, que é vivenciado de maneiras distintas, em virtude da diversidade de PICs e das crenças de cada pessoa⁽⁵⁴⁾. Esse novo olhar sobre o mundo e nas relações de alteridade é, antes de tudo, fruto de uma reorientação do *self*, que agrega a busca pelo autoconhecimento e pela liberdade de ser.

As práticas integrativas e complementares também estimularam o reencontro dessas mulheres consigo mesmas e um melhor conhecimento sobre seus corpos, já que este é o palco onde o sofrimento se expressa e se materializa. Maluf⁽¹²²⁾ refere que todo o esforço desenvolvido no cuidado por meio das práticas integrativas e complementares, sejam estas desenvolvidas de maneira individual ou coletiva, tem como principal intuito superar o sofrimento e compreender suas causas. O resultado desse cuidado seria justamente a transformação pessoal, em que o “velho Eu” dará lugar a um “novo ser”. Isso é evidente nas falas de **Maria Hellen** e **Maria Vitória**, respectivamente:

Aquela Maria Hellen que chegou aqui, já não é mais a mesma! Sei que ainda tenho muito que trabalhar em mim, pra viver melhor, mas eu tô me encontrando. Hoje estou mais calma, tento ver e procurar o melhor lado das coisas... e ainda tenho muito o que melhorar, viu? (risos), mas busco fazer o que os terapeutas ensinam... pensar primeiro em mim, me cuidar, filtrar meus pensamentos, não levar a vida tão a sério, tentar mudar meu modo de vida [...].

[...] aprendi a me valorizar mais, a viver, a viver o eu! [...] Aprendi a pensar mais em mim [...] Sempre me preocupei demais que com quem tava ao meu lado e esqueci de mim. E agora entendi que não é assim, que também preciso me cuidar! [...] Eu mesmo me vejo outra pessoa. Me olho e vejo que teve uma mudança de dentro pra fora! [...] Sei que não posso trazer meu filho de volta, mas também preciso viver...mesmo com essa dor e com essa saudade.

As PICs propiciaram que cada colaboradora tivesse uma visão aprofundada de si mesma e de seu agir, como revelado na fala: “*mas eu estou me encontrando*”. Essa

reintegração do *self*, percebida nos relatos, manifesta-se principalmente nas ações de autocuidado e autoestima.

O resgate da autoestima e a autonomia no cuidado são valores veiculados à cultura integrativa, evidenciados também em outras pesquisas envolvendo o uso das PICs^(12, 59). Essa transformação do *self* é incentivada e incorporada durante todo o processo terapêutico, que envolve essas práticas e se encontra no cerne da relação usuário-profissional, o que revela uma atitude ética na produção de cuidado e alteridade.

Percebemos que autonomia no cuidado também se estabelece na medida em que as colaboradoras adotam atitudes diferenciadas nos seus estilos de vida, conforme apresentado no depoimento de **Maria Lívia**:

Hoje estou bem mais centrada, menos impaciente e crítica, gostando mais de mim, dando mais valor à minha vida! A questão da alimentação mudou e melhorou bastante! Porque eu comia muita porcaria! Estou deixando aos pouquinhos de comer carne, tô comendo mais legumes, verduras, frutas. Estou dormindo melhor![...]

E também reiterado na fala de **Maria Alice**:

Hoje, quando tô em casa e tenho dor nas costas, eu inspiro. Se tenho dor de cabeça e sinto aquela pressão, massageio a cabeça, porque aprendi a massagear os pontinhos. Aprendi a me cuidar, ter consciência do meu corpo, a sentir que tenho meu tempo, tenho que descansar! [...] Agora faço relaxamento... comprei um cd de músicas de relaxar, me deito no colchonete, fico ouvindo e adormeço (risos). Faço caminhada, procuro fazer ginástica, até já dancei, coisa que eu nunca fiz na vida! [...]

O autocuidado também foi percebido na história de **Maria Júlia**, ao revelar que:

[...] Aprendi a olhar mais pra mim [...] Às vezes me olho no espelho e, se tô me achando feia, coloco uma música e me levanto! Não assisto mais televisão e quando quero relaxar, coloco uma oração e começo a meditar [...]

Nos depoimentos, o cuidado por meio das práticas integrativas e complementares adquiriu um espaço importante na transformação de ser e viver no mundo, levando as colaboradoras a incorporarem formas de cuidar que perpassam a aquisição de novos hábitos, sejam eles alimentares, de relaxamento e repouso; como também favoreceram mudanças na percepção corporal e na ideia de movimento, além de possibilitar uma maior aproximação com o sagrado.

À medida que as mulheres ampliam suas experiências nos rituais com as PICs e nas relações estabelecidas com o terapeuta e com outros participantes, elas incorporam os comportamentos vivenciados nos rituais terapêuticos em seus cotidianos. Essas mudanças aos poucos vão influenciando outras escolhas e produzindo novos significados tanto no espaço privado, como no espaço público, que podem ir desde a reorganização da casa e na escolha de remédios à participação de cursos e na inserção em ambientes onde a cultura integrativa esteja presente. Em todos esses rearranjos cotidianos, o sentido está voltado para a cura⁽¹²²⁾.

A cura é entendida aqui, conforme a referência de Andrade⁽⁵⁴⁾, como uma transformação pessoal, que conseqüentemente leva a uma mudança nas relações sociais e traz novos significados para o viver, incluindo o resgate da saúde. Sendo assim, a (re) construção de identidades e o resgate da autonomia são possíveis em virtude da integração afetivo-emocional, da consciência corporal e da adaptação aos diversos espaços sociais, nos quais a vida cotidiana ganha significado.

Conforme pesquisa realizada por Mattos⁽¹⁰⁷⁾ com um grupo de mulheres que participavam de práticas corporais, foi evidenciado que as relações interpessoais geradas por meio dessas práticas contribuíram de forma significativa para um estilo de vida saudável. As colaboradoras evidenciaram a produção de laços de amizade, como um fator essencial na ressignificação de suas trajetórias, conforme percebemos nos relatos de **Maria Júlia** e **Maria Alice**, respectivamente.

É muito bom! Não dá pra você sair de uma terapia que só faz somar né? Que quando você chora, todo mundo te abraça! E eu sinto a energia do abraço, o calor humano, isso me fortalece muito, é muito curativo! Além disso, a gente faz amizades, né? [...]

[...] Também já fiz uma amizade, coisa que eu nunca tinha feito e isso também aprendi aqui! [...] Posso dizer que antes eu era uma pessoa apagada, triste! Hoje sou feliz, cheia de saúde para dar e vender! Coragem e saúde, foram as principais transformações que tive! Pra mim, essas terapias são como remédio, que eu não posso ficar sem! Só sei que também não posso me viciar, porque tudo na vida tem limites! E é isso que as terapeutas ensinam aqui, que a gente tem que aprender a viver com nossas próprias pernas!

Ressalta-se, portanto, que as colaboradoras desse estudo não buscavam somente a cura, mas também construir novos laços sociais, diante do rompimento de muitos outros.

Observamos durante a narrativa de cada mulher que, o desgaste e a perda de vínculos sociais se constituíram como principais fontes de sofrimento, mas que a possibilidade de tecer novas relações afetivas, por meio das PICs, fez ressurgir sentimentos de pertencimento e fez viver novos projetos de felicidade.

Ao buscarem cuidado, as colaboradoras produziram e compartilharam novos sentidos e significados sobre o sofrimento vivenciado e tornaram-se mais dispostas a encarar a vida com suas vicissitudes. A construção de vínculos de amizade entre essas mulheres contribuiu para que uma identidade coletiva fosse formada, baseada no cuidado e em trocas afetivas⁽¹⁰⁷⁾.

No depoimento de **Maria Alice**, ao comparar as PICs como um remédio capaz de viciar, ela traz à tona a cultura da medicalização fortemente impregnada no modelo médico hegemônico. Porém, em seguida ela mesma faz um esclarecimento sobre a importância da autonomia propagada pelos profissionais (terapeutas) do CPICS. Observa-se que, apesar do sincretismo cultural presente na atualidade, aos poucos os comportamentos de um novo modelo cultural vão persistindo, afirmando-se e integrando-se a outros modelos já existentes.

As PICs ajudam a preencher o vazio existencial deixado pelo desamparo e pela desagregação do tecido social por promoverem a construção de redes de apoio, sentimento de pertencimento e coesão social. Com isso, os serviços que oferecem essas práticas acabam por referendar uma proteção social para o sujeito, gerando uma

dependência do serviço, como se percebe nas falas de **Maria Livia** e **Maria Rosa**, respectivamente:

[...] Porque eu não quero sair daqui não! Se eu pudesse, morava aqui! (risos). É uma melhora tão boa, que você não quer sair!

[...] A gente só pode ficar na terapia até quatro meses, e eu já repeti várias vezes (risos) e não pretendo sair nem tão cedo!

Entre as colaboradoras da pesquisa, a maioria já frequentava o Centro de Práticas Integrativas e Complementares (CPCIS) há 1 (um) ano ou mais. Embora o serviço tenha um tempo estipulado para permanência em cada prática individual, que geralmente é de 8 (oito) a 10 (dez) encontros ou sessões, se o usuário ainda precisar de cuidado, ele pode ser encaminhado para outras PICs. As práticas coletivas possuem tempo indeterminado, porém o usuário não pode faltar sem justificativa prévia, caso contrário é desvinculado.

A Organização Mundial de Saúde⁽⁵²⁾ em documento publicado como "Estratégia da OMS Sobre Medicina Tradicional 2002-2005", já preconizava o aumento da disponibilidade e acessibilidade das PICs, mas também propunha o uso racional tanto por profissionais quanto para consumidores. Constata-se que há um desafio a ser superado, no sentido de evitar que o desenvolvimento dessas práticas entrem na mesma lógica que as práticas biomédicas, que geram dependência e controlam comportamentos.

A ampliação dessas práticas no serviço público de saúde, juntamente com a renovação da relação profissional-usuário, na valorização da história de vida do usuário e numa postura ética que considere as diferenças culturais e sociais na produção de cuidados, poderia viabilizar um projeto de empoderamento dos sujeitos e construção de novos saberes.

É importante ressaltar que as PICs não se colocam em oposição ao modelo biomédico, mas sim em uma dimensão de complementariedade. Nesse sentido, não se trata de desprezar a tecnologia científica e os avanços do conhecimento^(59, 135), mas de abrir espaços à produção de cuidados diferenciados que valorizem a diversidade cultural, em um verdadeiro movimento de alteridade dos cuidados.

Essa pluralidade terapêutica permite que a produção e a oferta de cuidados se deem de maneira ética, fomentadas na liberdade de escolha e na singularidade do sujeito, que se (re) coloca como protagonista de sua vida ao se responsabilizar e se corresponsabilizar pelo seu cuidado, em uma lógica promotora de saúde.

Diante das histórias de vida das mulheres carregadas de sofrimento, mas também de superações, acreditamos nas concepções de Laplantine⁽¹³⁶⁾ ao afirmar que, o surgimento dessa cultura integrativa em nossa sociedade, vai muito além do que possibilitar novos significados para o processo-saúde-doença-cuidado, mas se coloca como uma reação frente ao racionalismo científico e técnico, à massificação das sociedades, ao individualismo e ao modelo patriarcal, que assume frequentemente uma natureza repressiva, opondo-se a reintegração de um simbolismo feminino.



Fonte: Google imagens, 2015

*Vai sem direção
vai ser livre
A tristeza não, não resiste
Solte seus cabelos ao vento não olhe pra trás
Ouça o barulhinho que o tempo no seu peito faz
Faça sua dor dançar
Atenção para escutar esse movimento que traz paz
cada folha que cair, cada nuvem que passar
Ouve a terra respirar pelas portas e janelas das casas
Atenção para escutar o que você quer saber de verdade.
(Marisa Monte)*

6. Vidas Ressignificadas

“A vida só é possível reinventada!”

Cecília Meireles

Para conhecer e compreender as histórias de vida de mulheres diante do processo saúde-doença-cuidado, foi preciso voltar o olhar para a cultura de gênero e estabelecer uma relação com as transformações sócio-econômicas e culturais vividas em nossa sociedade. Essas mudanças, frutos do avanço do capitalismo e do patriarcado nas estruturas sociais, atingiram de maneira peculiar a vida de cada mulher, principalmente no ambiente de trabalho e nas relações familiares, gerando sentimentos de desamparo, solidão, baixa autoestima, cansaço, dor e fragilidade nos laços afetivos e sociais.

No panorama atual da nossa sociedade, onde o individualismo é tido como valor hegemônico, e a cultura do “ter” sobre o “ser” vem sendo incentivada principalmente pela intensificação da jornada de trabalho, a desagregação dos laços sociais se faz presente na esfera pública e privada da vida cotidiana. Percebemos que essa conjuntura social vem trazendo uma série de implicações nos papéis desempenhados pela mulher dentro e fora do mercado de trabalho, gerando o acúmulo de tarefas e sobrecarga física e emocional.

O estudo evidenciou que os aspectos sócio-culturais que envolvem o público feminino no âmbito trabalhista ainda são pautados pela desvalorização do trabalho e pela divisão de tarefas e que algumas dessas mulheres tiveram que abdicar de seus projetos pessoais de vida para assumir papéis que lhes foram impostos culturalmente.

O ambiente familiar de cada colaboradora também foi abalado por conflitos e rupturas, se constituindo também como fonte de padecimento. Vivências de luto, histórias de migração e desagregação nas relações de parentesco foram algumas situações relatadas nas narrativas que tiveram um impacto negativo em suas vidas. Essas perdas afetivas e os desgastes nas relações familiares vieram acompanhados de sentimentos de desamparo, perda da identidade pessoal e cultural, vulnerabilidade e solidão.

Os motivos que levaram as colaboradoras a buscarem cuidados estão relacionados às particularidades dos sofrimentos vivenciados. Embora alguns desses sofrimentos tivessem sido impulsionados por eventos semelhantes, cada colaboradora interpretou, de maneira particular, dependendo do contexto no qual estavam inseridas. Ao manifestarem seus padecimentos, porém, no conjunto da corporeidade, essas mulheres comungaram o mesmo caminho de dor. Nesse sentido, elas se fizeram únicas

por suas histórias e iguais por suas experiências na condição de mulheres que precisavam de cuidados, fato confirmador do nosso primeiro pressuposto.

Considerando que a cultura interfere no comportamento dessas mulheres diante da sociedade em que vivem, o ato de demonstrar o sofrimento e externar as emoções também é condicionado culturalmente. Mesmo que as mulheres sejam consideradas mais emotivas que os homens, a expressão dos sentimentos não é vista como algo adequado para os dias de hoje, pois conota sinal de fraqueza e improdutividade.

Esse processo de interiorização e silenciamento dos afetos encontra, no corpo, um meio de se fazer visível, seja pela dor ou pela doença. A dor – seja ela física e/ou psíquica – se fez presente nas narrativas de todas as mulheres entrevistadas, abalando de maneira significativa suas identidades e, conseqüentemente, acarretando prejuízos laborais, desagregação de laços sociais e afetivos.

Manifestar o sofrimento em sua forma encarnada foi a maneira encontrada pelas mulheres de tornar público seus padecimentos e, assim, possibilitar que fossem reconhecidos e legitimados. Assim, seus sofrimentos deixaram de ser de domínio íntimo para serem propriedades do saber médico. Quando não se consegue identificar e classificar a dor no âmbito da nosologia médica, muitas vezes lhe é estabelecida uma causalidade psicossomática, seguida de prescrição de psicotrópicos e analgésicos, os quais, geralmente, constituem a principal terapêutica.

Esse fato foi vivenciado por algumas colaboradoras da pesquisa, que, diante do não enquadramento da sua dor dentro dos padrões biomédicos, se viram envolvidas em sentimentos de frustração e de ansiedade perante a impossibilidade de cura pelo modelo médico, aumentando e cronificando o sofrer.

O itinerário terapêutico foi traçado mediante os significados que cada uma delas construiu sobre seu processo de saúde-doença. Esta construção foi influenciada principalmente pelas relações estabelecidas no entorno social, por meio de conselhos e orientações.

Embora a maioria dos serviços públicos de saúde em nossa sociedade seja pautado no modelo biomédico, algumas mulheres recorreram ao serviço de práticas integrativas como primeira escolha terapêutica. As colaboradoras que optaram primeiro pelo caminho integrativo, já tinham utilizado algumas das PICs em outros momentos de sua vida. Aquelas que foram orientadas ou optaram por recorrer aos serviços médicos alopáticos, acabaram se frustrando diante da não resolução de seus problemas. Este

aspecto, observado na pesquisa, reafirma nosso segundo pressuposto de que a busca pelas práticas integrativas e complementares não se deve apenas à insatisfação com o modelo de saúde vigente, porém isso influencia a escolha.

Corroborando com a constatação que a racionalidade científica – sobre a qual está pautada a cultura biomédica – interfere no modo de viver das pessoas, muitas vezes patologizando os acontecimentos naturais da vida e fazendo da medicalização a principal terapêutica a ser oferecida para combater o sofrimento vivenciado no cotidiano. Neste estudo, se fez comum, na maioria das narrativas, a prescrição e o uso de psicotrópicos na tentativa de “aliviar” o sofrimento.

Vale salientar que os aspectos de gênero, que envolvem a medicalização feminina, são observados no controle social sobre o corpo da mulher, delimitando o seu papel na sociedade, afetando, diretamente, a sua identidade e a sua autonomia.

Além da medicalização, a fragmentação do cuidado e não valorização da subjetividade se constituíram como fatores condicionantes para o colapso da relação médico-usuária, mas também como aspectos que influenciaram a busca de outras práticas de cuidado.

Por serem baseadas em um paradigma holístico, as práticas integrativas e complementares favorecem uma abordagem diferenciada no cuidado. A oferta dessas práticas nos serviços públicos de saúde, além de promover um sincretismo cultural, possibilitou que as participantes desse estudo tivessem acesso a outras formas de cuidado que fossem mais condizentes com suas perspectivas.

A escolha de cada prática foi feita no momento da escuta, onde o processo terapêutico era construído pelo terapeuta juntamente com cada usuária. Além dos motivos que as levaram ao serviço, os valores culturais de cada mulher foram levados em conta na hora de direcioná-la para determinada prática. Essa horizontalidade da relação foi fundamental para se conhecer os significados que as colaboradoras estabeleciam frente à saúde-doença e cuidado.

O aspecto social que envolveu a produção de cuidados por meio das práticas integrativas estava arraigado principalmente nos rituais terapêuticos desenvolvidos. As colaboradoras deste estudo utilizavam mais de uma prática integrativa e complementar dentre individuais e coletivas de forma simultânea. Neste estudo, não abordamos, de maneira específica, as práticas utilizadas, por acreditar que cada uma se desenvolve de modo muito peculiar, porém atuam de forma integrativa no cuidado.

Durante os rituais de cuidado, o uso de mediadores simbólicos era comum, como a retirada dos calçados antes de adentrar no espaço terapêutico, a harmonização, o uso de música, a técnica da respiração profunda, além dos instrumentos específicos de cada prática, tais como: dinâmicas de grupo; uso de metáfora, pinturas; dentre outros que se constituíram como elementos importantes na produção de cuidados.

A escolha pelas PICs não excluiu que essas mulheres também pudessem fazer uso dos serviços e aparatos biomédicos, mas que pudessem dinamizar esses recursos conforme suas vivências, em um sentido de complementaridade. Porém, no decorrer de cada narrativa, as colaboradoras evidenciaram as diferenças entre as práticas integrativas e as biomédicas. Essas discrepâncias foram percebidas com base em três aspectos vivenciados durante a utilização das PICs: a não medicalização dos sofrimentos; o acolhimento do serviço e, principalmente, a relação terapeuta-usuária; e a crença na terapêutica.

Observamos, por meio dos relatos, que durante o desenvolvimento de cada prática integrativa e complementar, as mulheres apropriaram-se de aspectos da cultura integrativa e puderam elaborar novos significados frente ao processo saúde-doença-cuidado. Além disso, a partilha das experiências e a construção de vínculos se constituíram como pontos-chave para as mudanças significativas em suas vidas.

Ao serem cuidadas por meio dessas práticas, as colaboradoras desse estudo puderam dar um novo sentido às suas experiências de sofrimento e tiveram transformações importantes que foram além do resgate da saúde.

As mulheres envolveram-se nesses novos valores culturais, onde a integração ser humano-natureza-divindade se faz presente, e incorporaram formas de cuidar que foram além da aquisição de novos hábitos alimentares e de relaxamento, mas também favoreceram mudanças na percepção corporal e na ideia de movimento e possibilitaram uma maior aproximação com o sagrado.

O autoconhecimento, o afloramento da espiritualidade, o resgate da identidade cultural e o cuidar de si foram valores construídos por meio de relações de cuidado estabelecidas pelas práticas integrativas e complementares, que favoreceram a expansão da vitalidade e da capacidade do agir, empoderando essas mulheres na ressignificação de suas histórias e se constituindo como práticas de protagonismo social.

A cultura integrativa, ao promover a ideia de cuidado global, onde o cuidar de si também direciona para um “cuidar de nós”, favoreceu a retribuição e a disseminação

desse cuidado sob a perspectiva de uma remodelagem cultural, permitindo a construção de relações de alteridade.

A oferta dessas práticas possibilitou que a produção de cuidados fosse feita de maneira corresponsável, estabelecendo uma ética do humano. No entanto, é imprescindível que a utilização e o desenvolvimento dessas práticas sejam feitas de maneira racional e responsável, evitando assim que recaiam nas mesmas fragilidades do serviço biomédico.

Considerando que esta pesquisa se propôs a analisar histórias de mulheres na busca por cuidado, evidenciamos que as práticas integrativas e complementares possibilitaram que essas mulheres fossem vistas dentro de suas singularidades e não condicionadas apenas a um corpo reprodutivo ou a uma doença específica. Dentro desse ambiente, observamos que cada mulher havia (re) conquistado sua liberdade de ser e, com isso, puderam se erguer novamente, renovar sua coragem, resgatar suas competências e viver novos desafios.

Os resultados dessa pesquisa se fazem relevantes ao constatar que o cuidado por meio das práticas integrativas e complementares é pautado no acolhimento do sofrimento, na valorização da mulher que assume a condição de protagonista de sua vida e na construção de novas redes de apoio social. O (re) surgimento dessa cultura integrativa amplia a visão de integralidade e de inteireza do ser, ajudando a preencher o vazio existencial deixado pelo desamparo e desagregação do tecido social e se coloca como uma reação frente às transformações socioeconômicas e culturais que afetam, principalmente, a população feminina.

No entanto, cabe revelar que, dentre os limites dessa pesquisa, o fato de ter sido realizada apenas com mulheres, não permitiu evidenciar as particularidades do cuidado voltado para outros segmentos populacionais que também fazem uso das PICs, como os homens, crianças e idosos. Embora não fosse nosso objetivo descrever como se desenvolvia cada prática integrativa e complementar, seria interessante a realização de novas pesquisas que pudessem destacar os limites e potencialidades de cada uma delas na construção de um cuidado integral.

Como enfermeira, considero que as práticas integrativas e complementares possam favorecer a renovação de um cuidado que vem se exaurindo diante da tecnicidade e mecanização das ações. No local da pesquisa, percebi que havia poucos profissionais de enfermagem desenvolvendo as PICs. Isso também demonstra que

precisamos ampliar nossos olhares para outras possibilidades de cuidar que possam ir além do emprego de técnicas e/ou construção de protocolos, mas um cuidado que seja pautado em gestos de solicitude, ética e amparo diante da dor dos outros.

Nesse sentido, como docente e pesquisadora, afirmo que se faz necessário incentivar discussões sobre a emergência dessa cultura integrativa dentro das instituições formadoras de recursos humanos em saúde, para que os discentes possam conhecer outras maneiras de interpretar o processo saúde-doença-cuidado e assim buscarem compreender o sofrimento diante de novos contextos socioculturais.

Como usuária das PICs, acredito que o potencial transformador desses recursos se deva não apenas ao seguimento de seus rituais, mas principalmente pela formação de laços solidários e da possibilidade de atribuir novos sentidos às nossas vivências, considerando a capacidade que cada uma de nós possui de se reestabelecer, se reinventar e de se reencantar com o mundo.

Assim, ao mergulhar em cada narrativa, deixei-me levar por caminhos singulares da vida de cada uma delas e descobri que, em muitas partes, esses caminhos se cruzam em um movimento dinâmico que as aproxima e aproxima todas nós, mulheres diante dos laços e desenlaces da vida.

*“Ando devagar porque já tive pressa
e levo esse sorriso porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte, mas feliz quem sabe
Só tenho a certeza de que muito pouco sei
Ou nada sei
É preciso amor, pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso chuva para florir
Penso que compreender a vida seja simplesmente
Compreender a marcha e tocando em frente
Como um velho boiadeiro tocando a boiada
Eu vou tocando os dias
Pela longa estrada eu vou, estrada eu sou*

*Conhecer as manhas e as manhãs
O gosto das massas e das maçãs
Todo mundo ama um dia
Todo mundo chora
Um dia a gente chega
No outro vai embora
Cada um de nós compõe
A nossa própria história
E cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
De ser feliz!”*

*Canção: Tocando em frente
Almir Sater/Renato Teixeira*



Fonte: Google imagens, 2015

*Viver...e não ter a vergonha de ser feliz
Cantar a beleza de ser um eterno aprendiz
Eu sei, que a vida podia ser bem melhor e será!
Mas isso não impede que eu repita:
É bonita, é bonita e é bonita!
(Gonzaguinha)*

6. Referências

- 1.Saraiva AM, Silveira MFA. Saberes populares para o cuidado ao recém nascido: identificação de práicas prejudiciais à saúde infantil. In: França ISX, editor. Saúde humana: socializando mitos, saberes e práticas. 1 ed. Campina Grande: EDUEPE; 2008. p. 19-36.
- 2.Bachelard G. O novo espírito científico. 3 ed. Lisboa: Tempo Brasileiro. 2000.
- 3.Saraiva AM, Ferreira Filha MO, Dias MD. Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase na saúde mental: histórias de cuidadoras. Rev Eletr Enferm. 2008; [Acesso em jan 2014]; 10(4):1004-14. Disponível em : <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a12.pdf>.
- 4.Kuhn T. Reconsiderações acerca dos paradigmas. A tensão essencial. 1 ed. Lisboa: Edições 70; 1989. p. 353-82.
- 5.Luz MT. Novos saberes e prática em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
- 6.Barreto AP. As dores da alma dos excluídos no Brasil e a terapia comunitária. In: Grandesso M, Barreto MR, editors. Terapia comunitária: tecendo redes para a transformação social. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 19-28.
- 7.Machado FRS, Pinheiro R, Guizardi FL. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2006. p. 57-74.
- 8.Ceolin T, Heck R, Pereira D, Martins A, Coimbra V, Silveira D. Inserción de terapias complementarias en el sistema único de salud atendiendo al cuidado integral en la asistencia. Enfermería Global. 2009; [Acesso em jun 2014]; (16):1-9. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200017&script=sci_arttext.
- 9.Aureliano WA. Espiritualidade, saúde e as artes de cura no contemporâneo: indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil [Doutorado]. Florianópolis, SC: UFSC; 2011; [Acesso em dez 2013];446f. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/95751>.
- 10.BRASIL. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no sistema único de saúde. Brasília. Ministério da Saúde; 2006.
- 11.Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN número 197 de 19 de março de 1997. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. Brasília (DF), 1997.
- 12.Magalhães MGM, Alvim NAT. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. Esc Anna Nery. 2013;[Acesso em dez 2014];17(4):646-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400646&script=sci_arttext

13. Nguyen LT, Davis RB, Kaptchuk TJ, Phillips RS. Use of complementary and alternative medicine and self-rated health status: results from a national survey. *Journal of general internal medicine*. 2011;[Acesso em nov 2014]; 26(4):399-404. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3055973/>
14. Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *The Ochsner Journal*. 2012;[Acesso em nov 2014]; 12(1):45-56. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307506/>
15. Harris P, Cooper K, Relton C, Thomas K. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *International journal of clinical practice*. 2012;[Acesso em nov 2014]; 66(10):924-39. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22994327>
16. Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. The medical rationale category and a new epistemology in health. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; [Acesso em jnov 2014];18(12):3595-604. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001200016&script=sci_arttext
17. Souza EF, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist ciênc saúde-Manguinhos*. 2009; [Acesso em jun 2013];16(2):393-405. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702009000200007&script=sci_arttext
18. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Complementary practices, medical rationalities, and health promotion: some overlooked*. *Cad Saude Publica*. 2009;[Acesso em jan 2013]; 25(8):1732-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800009
19. Marconi MA, Presotto ZMN. *Antropologia. Antropologia: uma introdução*. 7 ed. São Paulo: Atlas; 2011. p. 1-20.
20. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
21. Queiroz MS, Canesqui AM. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Revista de saúde pública*. 1986;[Acesso em jun 2014]; 20(2):141-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101986000200005
22. Saillant F, Genest S. *Introdução. Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais*. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 19-36.
23. Frankenberg R. O passado, o presente e o futuro da antropologia médica na Grã Bretanha. In: Saillant F, Genest S, editors. *Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais*. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 285-323.
24. Nunes MO. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. *Hist ciênc saúde-*

Manguinhos. 2014;[Acesso em set 2014]; 21(2):403-20.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000200403&script=sci_arttext

25.Fainzang S. Antropologia médica na França: uma disciplina em boa saúde. In: Saillant F, Genest S, editors. Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 159-76.

26.Laplantine F. Antropologia da doença. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.

27.Canesqui AM. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. Ciênc saúde coletiva. 2003;[Acesso em out 2013]; 8(1):9-124. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100009&script=sci_arttext

28.Backes MTS, Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. Rev enferm UERJ. 2009;[Acesso em out 2013];17(1). Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>

29.Geertz C. A interpretação das culturas. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1989.

30.Campos EA. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados em enfermagem. In: Nakamura E, Martin D, Santos J, editors. Antropologia para enfermagem. 1 ed. Barueri: Manole; 2009. p. 59-81.

31.Kleinman A. Culture, health care systems, and clinical reality. Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. London: Univ of California Press; 1980. p. 24-70.

32.Souza KMJ, Castellanos MEP, Sá LD, Palha PF. Experiência de adoecimento e narrativas: apontamentos teóricos e metodológicos. In: Melo LP, Gualda DMR, Campos EA, editors. Enfermagem, antropologia e saúde. 1 ed. Barueri: Manole; 2013. p. 188-222.

33.Kleinman AK. Today's Biomedicine and Caregiving: are They Incompatible to the Point of Divorce? 1 ed. Leiden: Universiteit Leiden; 2007.

34.Pussetti C, Brazzabeni M. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. Etnográfica Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia. 2011;[Acesso em abr 2015]; 15(3):467-78. Disponível em: <http://etnografica.revues.org/1036>

35.Roselló FT. Antropologia do cuidar. Petrópolis: Vozes; 2009.

36.Victora C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. RECIIS-R eletr de com inf inov saúde. 2011;[Acesso em mar 2015]; 5(4):3-13. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/764>

- 37.Villela WV. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. BIS Boletim do Instituto de Saúde. 2009(48):26-30.
- 38.Osterne MSF, Silveira CMH. Relações de gênero: uma construção cultural que persiste ao longo da história. O público e o privado. 2012; [Acesso em mai 2015]; (19):101-21. Disponível em: <http://www.seer.uece.br/?journal=opublicoeoprivado&page=article&op=view&path%5B%5D=345>
- 39.Costa T, Stotz EN, Grynszpan D, Souza MCB. Naturalização e medicalização do alização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução e produção. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2006;[Acesso em jun 2015];10(20):363-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/07.pdf>
- 40.Colling A. A construção histórica do feminino e do masculino. In: Strey MN, Cabeda STL, Prehn DR, editors. Gênero e cultura: questões contemporâneas. Porto Alegre: Edipucrs; 2004. p. 13-38.
- 41.Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
- 42.Santos AMCC. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;[Acesso em jun 2015];14(4):1177-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400023&script=sci_arttext
- 43.Carvalho LF, Dimenstein M. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. Interações. 2003;[Acesso em jun 2015]; 8(15):37-64. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072003000100003
- 44.Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;[Acesso em jul 2015];13(1):154-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>
- 45.Alves PCB, Souza IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: Considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA, editors. Experiência de doença e narrativa. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-38.
- 46.Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade Cad Saude Publica. 2006;[Acesso em jun 2015]; 22(11):2449-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100019
- 47.Akiyama K. Práticas não-convencionais em medicina no Município de São Paulo [Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

- 48.Rezende JM. Terapia, terapêutica e tratamento. Revista de Patologia Tropical. 2010;[Acesso em jul 2013]; 39(2):149-50. Disponível em:https://revista.iptsp.ufg.br/up/63/o/2010_39_2_149_150.pdf
- 49.Babenko PC. Reiki: um estudo localizado sobre alternativas, ideologia e estilo de vida [Mestrado]. São Carlos: UFSCar; 2004.
- 50.(NCCAM). E. Complementary, alternative or integrative health: whats in a name? 2008; [Acesso em mai 2013]. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>.
- 51.Fontanella F, Speck FP, Piovezan AP, Kulkamp IC. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. Arquivos catarinenses de Medicina. 2007;[Acesso em fev 2013];36(2):69-74.Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/484.pdf>
- 52.Organização Mundial de Saúde. Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional, Genebra: OMS; 2002.
- 53.Diniz DS. A “Ciência das Doenças” e a “Arte de Curar”: trajetórias da Medicina Hipocrática [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
- 54.Andrade JT. Medicina alternativa e complementar: experiência, corporeidade e transformação. 1 ed. Salvador: EDUFBA/EDUECE; 2006.
- 55.Ferreira NM. Paz e amor na era de Aquário: a contracultura nos Estados Unidos. Cadernos de Pesquisa do CDHIS. 2005;[Acesso em jun 2013];33:68-74. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/cdhis/article/view/102>
- 56.BRASIL. Secretaria de políticas de saúde. Projeto promoção da saúde. As cartas da promoção a saúde. Brasília. Ministério da Saúde; 2002.
- 57.BRASIL. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção básica a saúde. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC). Brasília. Ministério da Saúde; 2005.
- 58.Luz MT. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: Luz MT, Barros NF, editors. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. 1 ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-Uerj/Abrasco; 2012. p. 15-24.
- 59.Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. Alternative and complementary medicine in the basic health system network in Brazil: a qualitative approach. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;[Acesso em jun 2013];16(3):1793-800. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300015

- 60.Nascimento MC, Nogueira MI, Luz MT. Produção científica em racionalidades médicas e práticas de saúde. Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares. 2012;[Acesso em jun 2013];1(1):13-21. Disponível em: <http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC/article/view/1000>
- 61.Marques A, Pereira Neto M. Das Medicinas Tradicionais às práticas integrativas de saúde: Caracterização dos recursos humanos nas práticas alternativas de saúde adotadas no Distrito Federal. Brasília: Universidade de Brasília, 2010.
- 62.BRASIL. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Cadernos de atenção básica.Praticas integrativas e complementares:plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília. Ministério da Saúde; 2012.
- 63.BRASIL. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. [Relatório] Seminário internacional de praticas integrativas e comlementares em saúde (PNPIC). Brasília. Ministério da Saúde; 2009.
- 64.Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. Cad Saude Publica. 2012;[Acesso set 2014];28(11):2143-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100014
- 65.Velo CE. La medicina complementaria y alternativa desde el punto de vista del traductor. Panacea. 2011;[Acesso em abr 2014];12(34):295-302. Disponível em: <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n34-tribuna-velo.pdf>
- 66.Andrade JMT. Planta, remédio, América Latina. 1 ed. 2008: MeA; 2008.
- 67.UFPB, Resolução 22/91, cria o núcleo de pesquisas homeopáticas e fitoterápicas, (1991).
- 68.Figueredo CA. A implementação da fitoterapia no SUS de João Pessoa, PB [Doutorado]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ; 2013.
- 69.JOÃO PESSOA. Secretaria municipal de meio ambiente/ Secretaria municipal de saúde.Núcleo de formação em práticas integrativas e comlementares em João Pessoa. Prefeitura municipal de João Pessoa; 2010.
- 70.Eckert C, Rocha ALC. Etnografia: saberes e práticas. Iluminuras. 2008;[Acesso ago 2013]; 9(21):1-23. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/iluminuras/article/view/9301>
- 71.Angrosino M. Etnografia e observação participante: Coleção Pesquisa Qualitativa. 1 ed. Porto Alegre: Bookman/Artmed; 2009.
- 72.Lenardt MH, Michel T, Pereira Melo L. As pesquisas etnográficas em enfermagem nas sociedades complexas. 2011;[Acesso em ago 2013];42(2):70-7. Disponível em:<http://www.bioline.org.br/pdf/rc11042>

73. Nakamura E. O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado. In: Nakamura E, Martin D, Santos J, editores. *Antropologia para enfermagem*. 1 ed. Barueri: Manole; 2009. p. 15-35.
74. Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. *Cad Saude Publica*. 2002;[Acesso em nov 2013];18(5):1207-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000500013&script=sci_arttext
75. Costa LPM. Contando história de paciente. *Revista Interface: comunicação, saúde, educação*. 2008;[Acesso em nov 2013];12(24):73-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100007
76. Meihy JCSB. *Manual de história oral*. 5 ed. São Paulo: Loyola; 2005.
77. Silva VP, Barros DD. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2010;[Acesso em dez 2013];21(1):68-73. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14087>.
78. Valencia NM. Reconstrucción de memoria en historias de vida: Efectos políticos y terapéuticos. *Revista de estudios sociales*. 2010;[Acesso em jan 2015];(36):64-75. Disponível em: <http://res.uniandes.edu.co/view.php/650/index.php?id=650>
79. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. João Pessoa.[Acesso em fev 2015]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=250750>
80. Meihy JCSB, Holanda F. *História oral: como fazer, como pensar*. 2 ed. São Paulo: Contexto; 2007.
81. Delgado LAN. *História oral: memória, tempo, identidades*. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2010.
82. Montysuma MFF. Subjetividade e história oral: possíveis interações na autorização de cessão de uso de relatos. In: Laverdi R, Frotscher M, Duarte GR, Montysuma MFF, Montenegro AT, editors. *História oral, desigualdades e diferenças*. 1 ed. Recife: EDUFPE/EDUSC; 2012. p. 55-68.
83. Janesick VJ. The dance of qualitative research design: Metaphor, methodolatry, and meaning. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Strategies of qualitative inquiry*. London: Sage Publications, Inc; 1998.[Acesso em mai 2015]; p. 35-55. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/232497144_The_dance_of_qualitative_research_design_Metaphor_methodolatry_and_meaning
84. Lenardt MH, Michel T. As pesquisas em enfermagem e o método etnográfico de spradley e McCurdy. In: Melo LP, Gualda DMR, Campos EA, editors. *Enfermagem, antropologia e saúde* 1ed. Barueri: Manole; 2013. p. 105-46.

85. Esteves AJ. Metodologia Qualitativa: análise etnográfica e histórias de vida. In: Esteves AJ, Azevedo J, editors. Metodologias qualitativas para as ciências sociais. Porto: Instituto de sociologia; 1998; [Acesso em jul 2015]; p. 41-7. Disponível em : <http://ler.letras.up.pt/site/default.aspx?qry=id022id1143&sum=sim>
86. Minkowski E. Breves reflexões a respeito do sofrimento. Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental. 2000;[Acesso em abr 2015]; 3(4):156-64. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2330/233017663011.pdf>
87. Barreto AP. Resiliência: quando a carência gera competência. Terapia comunitária passo a passo. 4 ed. Fortaleza: LCR; 2008. p. 101-20.
88. Oliveira JBA, Costa Lopes RG. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. Psicologia em Estudo. 2008;[Acesso mai 2015];13(2):217-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a03v13n2>
89. Alarcão ACJ, Barros Carvalho MD, Pelloso SM. A morte de um filho jovem em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2008;[Acesso em mai 2015];16(3):341-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_02.pdf
90. Koury MGP. Sofrimento íntimo: individualismo e luto no Brasil contemporâneo. Revista Brasileira de Sociologia da Emoção. 2002; [Acesso em mai 2015];1(1):77-87. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/grem/Sofrimento%20%CDntimo.%20KouryArtRBSEv.1n.1.htm>
91. Batista CMF, Bandeira MB, Quaglia MAC, Oliveira DCR, Albuquerque EPT. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador. Cadernos de Saúde Coletiva. 2013;[Acesso em jun 2015];21(4):341-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2013000400002&script=sci_arttext
92. Angelo M. Cultura e cuidado da família. In: Nakamura E, Martin D, Santos J, editors. Antropologia para enfermagem. 1 ed. Barueri: Manole; 2009. p. 82-99.
93. Tedesco JC. O Gênero na Imigração: Redefinições de Papéis e Dinâmicas Étnicas. Revista Latino-americana de Geografia e Gênero. 2011;[Acesso mai 2015];2(1):44-55. Disponível em: http://revistas2.uepg.br/ojs_new/index.php/rlagg/article/view/1713
94. Le Breton D. Antropologia da dor. 1 ed. São Paulo: FAP-UNIFESP; 2013.
95. Cruz ARS. Mestras do sertão: a carreira docente de mulheres formadas pela escola normal de feira de santana entre 1930 e 1949. In: Machado CJS, Santiago IMFL, Nunes MLS, editors. Gêneros e práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares. Campina Grande: EDUEPB; 2010. p. 195-219.
96. Chies PV. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho. Revista Estudos Feministas. 2010;[Acesso em mai 2015];18(2):507-28. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2010000200013>

- 97.Oliveira C, Traesel E. Mulher, trabalho e vida familiar: a conciliação de diferentes papéis na atualidade. *Disc Scientia*. 2008;[Acesso em mai 2015];9(1):149-63. Disponível em: <http://sites.unifra.br/Portals/36/CSAUDE/2008/14.pdf>
- 98.Freitas JL. Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. *Revista da Abordagem Gestáltica*. 2013;[Acesso em mai 2015];19(1):97-105. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n1/v19n1a13.pdf>
- 99.Sarti CA. "Deixarás pai e mãe": Notas sobre Lévi-Strauss e a família. *Revista Antropológicas*. 2005;[Acesso em jun 2015];16(1):31-52.Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaanthropologicas/index.php/revista/article/view/48>
- 100.Costa GMC, Gualda DMR. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. *Revista-Escola de enfermagem universidade de São Paulo*. 2008;[Acesso em jul 2015];42(1):81-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/11.pdf>
- 101.Melo LP, Ponte MPTR. Corpo e antropologia: uma reflexão. In: Melo LP, Gualda DMR, Campos EA, editors. *Enfermagem, antropologia e saúde* 1ed. Barueri: Manole; 2013. p. 66-89.
- 102.Adam P, Herzlich C. *Sociologia da doença e da medicina*. 1 ed. Bauru: EDUSC; 2001.
- 103.Prates PR. Símbolo do coração. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*. 2005;[Acesso em mai 2015];12(3):1025-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/21.pdf>
- 104.Lima MAG, Trad L. Dor crônica: objeto insubordinado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2008;[Acesso jun 2015];15(1):117-33. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n1/07.pdf>
- 105.Nabão FRZ, Maruyama SAT. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. *Revista Eletronica de Enfermagem*. 2009;[Acesso em jun 2015];11(1):101-9. Disponível em : https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a13.pdf
- 106.Deslandes SF. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- 107.Mattos RS. Fibromialgia e práticas corporais de saúde: um estudo etnográfico. In: Luz MT, Barros NF, editors. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. 1 ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-Uerj/Abrasco; 2012. p. 397-424.
- 108.Silvestre JCC, Rocha PAC, Silvestre BC, Cabral RV, Trevisol FS. Uso da internet pelos pacientes como fonte de informação em saúde e a sua influência na relação

médico-paciente. Revista da AMRIGS. 2012;[Acesso jul 2015];56(2):149-55. Disponível em:<http://www.amrigs.com.br/revista/56-02/original9.pdf>

109.Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na Atenção Básica. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2006;[Acesso em jun 2015];10(20):347-62. Disponível em:<http://www.scielo.org/pdf/icse/v10n20/06.pdf>

110.Dethlefsen T, Dahlke R. A Doença Como Caminho. 17 ed. São Paulo: Cultrix; 2007.

111.Tesser C. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface comun. saúde educ. 2006 jan/jun;[Acesso em jun 2015]; 9 (18): p. 61-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a05v1019.pdf>

112.Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. The journal of lifelong learning in psychiatry. 2006;[Acesso em jan 2015];4(1):140-9. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/22514763_Culture_Illness_and_Care_Clinical_Lessons_from_Anthropologic_and_Cross-Cultural_Research

113.Leal EG. Os limites do sofrimento. Pulsional Revista de Psicanálise. 2005;[Acesso em mai 2015];183:55-71. Disponível em: http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/183_06.pdf

114.Macêdo KB. O desamparo do indivíduo na modernidade. ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade. 2012;[Acesso em mai 2015];2(1):94-107. disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/742>

115.Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. Physis. 2007;[Acesso em jan 2015];17(3):465-84. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n3/v17n3a04>

116.Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.

117.Tornquist CS, Maluf SW. Nervos e Nervosas no Contexto das Aflições Contemporâneas: entrevista com Maria Lucia da Silveira. Gênero, Saúde e Aflição: abordagens antropológicas Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010. p. 441-57.

118.Penna CMM, Viegas SMF. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Esc Anna Nery. 2013;[Acesso em jul 2015];17(1):133-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/19.pdf>

119.Andrade JT, Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. Saúde e Sociedade. 2010;[Acesso em dez 2013];19(3):497-508. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/03.pdf>

120.Tesser CD. Pesquisa e institucionalização de práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na saúde coletiva e no SUS. In: Luz MT, Barros NF, editores.

Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. 1 ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-Uerj/Abrasco; 2012. p. 251-83.

121. Pinho PA, Pereira PPG. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface-Comunic, Saúde, Educ.* 2012;[Acesso em jun 2015];16(41):435-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2612.pdf>

122. Maluf SW. Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da "Nova Era". *Mana.* 2005;[Acesso em mai 2015];11(2):499-528. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/mana/v11n2/27456.pdf>

123. Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2006. p. 91-102.

124. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2008;[Acesso em abr 2015];42(5):914-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/7115.pdf>

125. Venturini E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano.* 2010;[Acesso em jul 2015];20(1):138-51. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/19953/22033>

126. Beserra EP, Oliveira FC, Ramos IC, Moreira RVO, Alves MDS, Braga VAB. Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014;[Acesso em jan 2015];18(1):175-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0175.pdf>

127. Lévi-Strauss C. *Magia e religião. Antropologia estrutural.* 1 ed: Cosac Naify; 2008. p. 181-257.

128. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano.* 10 ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

129. Zago KSA, Saeki T. Terapia comunitária; uma forma de cuidar na perspectiva cultural. In: Melo LP, Gualda DMR, Campos EA, editors. *Enfermagem, antropologia e saúde.* 1 ed. Barueri: Manole; 2013. p. 228-315.

130. Sabourin E. Marcel Mauss: da dádiva à questão da reciprocidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais.* 2008;[Acesso em jun 2015];23(66):131-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v23n66/08.pdf>

131. Mauss M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. *Sociologia e antropologia.* São Paulo: Cosac Naif; 2003. p. 183-314.

132. Valla VV, Guimarães MB, Lacerda A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral a saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In:

Pinheiro R, Mattos RA, editors. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2006. p. 103-18.

133.Luz MT. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil contemporânea. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2006. p. 9-20.

134.Almeida JRS. Um jogo de sentidos: a ocidentalização do Ioga como orientalização do Ocidente. *Religião e Sociedade*. 2006;26(1):158-73.

135.Saraiva AM, Ferreira Filha MO, Dias MD. As práticas integrativas como forma de complementaridade ao modelo biomédico: concepções de cuidadoras. *Rev pesqui cuid fundam*. 2011;3(5):155-63.

136.Laplantine F, Rabeyron PL. *Medicinas paralelas*. 1 ed. São Paulo: Brasiliense; 1989.

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JOÃO PESSOA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

TÍTULO DO PROJETO: HISTÓRIAS DE MULHERES CUIDADAS POR PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO.

1. DADOS DA COLABORADORA

Nome:

Idade: Religião:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Data e Local de Nascimento:

Endereço:

Tempo que frequenta o Centro de Práticas Integrativas e Complementares:

2. QUESTÕES DE CORTE:

- Conte-me sobre o motivo que trouxe você ao Centro de Práticas Integrativas e Complementares.

- Você já tinha procurado outras formas de cuidado antes de vir para o Centro de Práticas Integrativas e Complementares? Quais?

-Quais as diferenças que você percebe entre o serviço de saúde tradicional e este serviço prestado no Centro de Práticas Integrativas?

- O que mudou em sua vida desde que você começou a ser cuidada por meio práticas integrativas de saúde?

ANEXOS

ANEXO- A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JOÃO PESSOA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: HISTÓRIAS DE MULHERES CUIDADAS POR PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ALYNNE MENDONÇA SARAIVA

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Este projeto de pesquisa atendendo o disposto na Resolução CNS 466/12, tem como principal objetivo: Analisar as histórias de mulheres que buscaram práticas integrativas e complementares, ressaltando os aspectos que foram significativos para a compreensão e a participação delas no processo de cuidado.

Os procedimentos adotados serão: inserção no campo de pesquisa para a construção de vínculos com os usuários, participação das práticas integrativas e complementares que estejam sendo desenvolvidas em âmbito coletivo para posteriormente realizar entrevista com os usuários que utilizam as práticas integrativas como forma de cuidado.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Dessa forma, estou ciente que:

a) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos efetuados com o estudo;

- b) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico.
- d) Durante a entrevista será feito o uso do gravador de voz, para melhor compreensão das informações, podendo eu, solicitar a qualquer momento para que o entrevistador pare de gravar, sem nenhum prejuízo a mim;
- e) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- f) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.
- g) Caso me sinta prejudicada por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, ao Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba.

João Pessoa/PB, _____ de _____ de 2015.

() **Participante** _____

Testemunha 1: _____

Polegar direito

Alynne Mendonça Saraiva
Pesquisadora responsável

Professora Dra Maria de Oliveira Ferreira Filha
Orientadora (PPGENf/CCS/UFPB)

Contato: e-mail: alynnems@hotmail.com. Tel: 99763349.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. Bairro Castelo Branco. João Pessoa-PB. CEP: 58.051-900. Tel: 3216 7791. E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JOÃO PESSOA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

TÍTULO DO PROJETO: HISTÓRIAS DE MULHERES CUIDADAS POR PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO.

CARTA DE CESSÃO

Eu, _____, _____ (estado civil) _____ (RG), declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita, textualizada, transcrita e autorizada para que Alynne Mendonça Saraiva (PPGenf-UEPB) possa usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros para ouvi-la e usar citações, ficando o controle à pesquisadora, que tem sua guarda.

Declaro ainda estar ciente do objetivo principal do estudo que compreende: Analisar as histórias de mulheres que buscaram práticas integrativas e complementares, ressaltando os aspectos que foram significativos para a compreensão e a participação delas no processo de cuidado.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente.

Assinatura do colaborador

Assinatura do pesquisador

Assinatura da Testemunha

João Pessoa, _____ de _____ de 2015.

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JOÃO PESSOA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

João Pessoa/PB, ____ de _____ de 2014.

Ilustríssimo (a) Senhor (a)

Eu, **Alyne Mendonça Saraiva**, responsável principal pelo projeto de Doutorado, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar este projeto de pesquisa no Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde “EQUILÍBRIO DO SER”, para o trabalho de pesquisa sob o título **HISTÓRIAS DE MULHERES CUIDADAS POR PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO**, orientado pela Professora Dra. **Maria de Oliveira Ferreira Filha**.

Este projeto de pesquisa atendendo o disposto na Resolução CNS 466/12, tem como principal objetivo: Analisar as histórias de mulheres que buscaram práticas integrativas e complementares, ressaltando os aspectos que foram significativos para a compreensão e a participação delas no processo de cuidado.

Os procedimentos adotados serão: inserção no campo de pesquisa para a construção de vínculos com os usuários, participação das práticas integrativas e complementares que estejam sendo desenvolvidas em âmbito coletivo para posteriormente realizar entrevista com os usuários que utilizam as práticas integrativas como forma de cuidado. Esta atividade não apresenta riscos aos sujeitos participantes. Apresentar, ainda, as providências que serão tomadas para minimizar ou eliminar estes riscos. Período previsto para coleta de material será_____.

Espera-se com esta pesquisa, possa divulgar os benefícios das práticas integrativas e complementares em saúde no intuito de contribuir para ações de cuidados mais integralizadoras nos serviços públicos de saúde. Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e pelos pesquisadores através do e-mail: alynnems@hotmail.com tel: 99763349 e marfilha@yahoo.com.br.

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.



AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, _____
responsável pelos Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do município de João Pessoa-PB, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição CO-PARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta

instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução CNS 466/12 a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

Informamos ainda, que é prerrogativa desta instituição proceder a re-análise ética da pesquisa, solicitando, portanto, o parecer de ratificação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos desta Instituição (se houver).

Alynne Mendonça Saraiva
(Pesquisadora)

Prof. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha
(Orientadora/PPGEnf/CCS/UFPB)

Responsável pelo Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
João Pessoa/PB



**Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES**

João Pessoa, 14 de novembro de 2014.

Processo Nº: 18.008/2014

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa “PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: HISTÓRIAS DE CUIDADOS”, a ser desenvolvida pela pesquisadora ALYNNE MENDONÇA SARAIVA, sob orientação da PROFª. Dra. MARIA DE OLIVEIRA FERREIRA FILHA e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada em nossa Rede de Serviços.


Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS.

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços do município, fica condicionada a apresentação a esta Gerência, a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Laysi Brito R. Ferreira
Téc. da Gerência da
Educação na Saúde
Mat. 79.398-1

91 
Karina Cenci Pertile
Gerente de Educação na Saúde

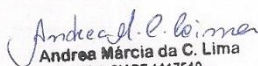


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 23/04/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: HISTÓRIAS DE CUIDADO”**, da pesquisadora Alynne Mendonça Saraiva. Protocolo 001/15. CAAE: 39806114.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

S243h Saraiva, Alynne Mendonça.
Histórias de mulheres cuidadas por práticas integrativas e complementares: um estudo etnográfico / Alynne Mendonça Saraiva.- João Pessoa, 2015.
180f.
Orientadora: Maria de Oliveira Ferreira Filha
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Cuidados em enfermagem. 3. Terapias complementares. 4. Saúde da mulher. 5. Referencial antropológico.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)