



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA  
SUB-ÁREA: PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE  
SAÚDE**

**MEDICINA ALTERNATIVA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE  
SAÚDE: A PRÁTICA DA MASSAGEM NA ÁREA  
PROGRAMÁTICA 3.1 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

**por**

Islândia Maria Carvalho de Sousa

Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública  
da Escola Nacional de Saúde Pública sob orientação da Professora  
Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Stiebler Vieira.

## **EXAME DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

### **MEDICINA ALTERNATIVA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: A PRÁTICA DA MASSAGEM NA ÁREA PROGRAMÁTICA 3.1 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

**por**

*Islândia Maria Carvalho de Sousa*

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Doutora Ana Luiza Stiebler Vieira (Ensp/Fiocruz)  
Orientadora

---

Professora Doutora Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (DE/ UFPE)

---

Professora Doutora Marilene Cabral do Nascimento (IOC/FIOCRUZ)

---

Professor Doutor José Luiz Telles de Almeida (Ensp/Fiocruz)

---

Professora Doutora Cláudia Mara de Melo Tavares (EAAAC/UFF)

Dissertação defendida e aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**SUB-ÁREA: PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE**  
**SAÚDE**

**MEDICINA ALTERNATIVA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE**  
**SAÚDE: A PRÁTICA DA MASSAGEM NA ÁREA**  
**PROGRAMÁTICA 3.1 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Islândia Maria Carvalho de Sousa

RIO DE JANEIRO

2004

*A meus pais,  
pelo amor incondicional  
e sábios ensinamentos,  
que me deram forças para caminhar...*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, fonte inesgotável de sabedoria, que tem me acompanhado e iluminado.*

*A meus pais, irmãos e sobrinhos, sem os quais não teria tido a coragem de lutar. Amo vocês.*

*A Dra. Ana Luiza Stiebler, amiga e orientadora, pelo apoio, sem o qual esta caminhada seria bem mais árdua.*

*A todos que trabalham no Programa de Pós-Graduação da ENSP/FIOCRUZ em especial a André, Morgana, Daniel e Cíntia, pela colaboração nas questões acadêmicas e a Gustavo, pelas contribuições de informática durante todo o curso.*

*A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio/FAPERJ, e o Programa de bolsas da FIOCRUZ, pelo auxílio financeiro.*

*As Casas amigas que me acolheram: Neusélia e família e Tereza Carvalho e família, durante minha estada no Rio.*

*A todos que fazem o Programa de Medicina Alternativa do município do Rio, principalmente Cristina Barros e os massoterapeutas da AP 3.1, que não dispensaram esforços para a concretização deste trabalho.*

*Aos colegas do mestrado, muitos dos quais hoje chamo de amigos e se tornaram a mais bela lembrança que levarei: Vanzinha (a mãe), Flávia Borrelli e Flavia Freire (as conterrâneas), Flavia Mendes, Flavia Neves(irmã), Soraia, Fabiana, Paulo Basta, Eduardo, Ronaldo, Felisa, Marilene, Cristiane, Claudia, Ciete e Renata.*

*Ao Dr. Paulo Amarante, Dra. Roseni Pinheiro e Dra. Marilene Cabral, pelas relevantes contribuições durante a qualificação do projeto.*

*Aos amigos exuenses e recifenses, especialmente Alencar, Tereza, Lúcia, Sergiana, Eliane, Ana Paula e Adriana que mesmo distantes se fizeram presentes.*

*Enfim, todo trabalho de pesquisa é o fruto de muitos encontros durante a caminhada. A todos, MUITO OBRIGADA.*

# **MEDICINA ALTERNATIVA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: A PRÁTICA DA MASSAGEM NA ÁREA PROGRAMÁTICA 3.1 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

## **RESUMO**

No município do Rio de Janeiro, vem sendo implantada nos serviços de saúde a prática da massagem através do Programa de Medicina Alternativa. Essa possui teorias que se diferenciam das que predominantemente são aplicadas no âmbito dos serviços de saúde. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a prática de massagem nos serviços públicos da saúde na área programática 3.1 do Rio de Janeiro. Através de uma abordagem qualitativa foi acompanhada a prática de massagem em quatro serviços de saúde: um hospital, uma policlínica e dois postos de assistência médica. Foram entrevistados os cinco profissionais que realizavam massagem nos serviços pesquisados e analisadas as fichas cadastrais dos usuários que foram atendidos no período de julho de 2002 a julho de 2003. No tocante à prática de massagem, foi percebido que existe um descompasso entre a teoria em que se fundamenta o programa de medicina alternativa e a prática no cotidiano dos serviços. Há diversidade nos conhecimentos e modalidades empregadas, porém isto não tem significado necessariamente uma mudança na assistência, pois algumas características peculiares da racionalidade biomédica como o foco na doença, ainda são vistas predominantemente. Contudo, os resultados apontaram que a demanda atendida pelo programa tem aumentado. Como também, a procura para o tratamento de outras "doenças" que não eram o foco inicial do programa. Os benefícios relatados pelos usuários são expressivos, isto significa que de alguma maneira a massagem está sendo positiva para sua saúde.

**PALAVRAS CHAVES:** serviços de saúde, massagem, medicina alternativa

# **ALTERNATIVE MEDICINE IN THE PUBLIC HEALTH SERVICES: PRACTICE OF THE MASSAGE IN THE AREA 3.1 IN THE RIO DE JANEIRO CITY**

## **ABSTRACT**

In the city of Rio de Janeiro, it has been organized the practice of massage in the public health service through the Alternative Medicine Program. This program uses not the same theories applied in the scope of the health services. The goal of his work/study is analyze the practice of massage in an area of the health public services of Rio de Janeiro city. Through a qualitative approach the practice of massage is analyzed in four levels: a hospital, a polyclinic and two ranks of medical assistance. Five professionals who carried through massage had been interviewed, and also had been analyzed pappers with informs about users of this service. who had been taken care of in the period of July of 2002 the July of 2003. In regards to practice of massage, it was realized a gap between the theory in which is based the program of alternative medicine and the daily practice of the services. There is a conspicuous diversity in the knowledge and modalities, however this has not meant necessarily a change in the assistance. Some peculiar characteristics of the biomedical rationality as the focus in the illness, still is seen predominantly. However, the results had pointed that the demand taken care of for the program has increased. As also, the search for the treatment of other "illnesses" that were not the initial focus of the program. According users the benefits are visible. In this way, the massage has being positive for their health.

**KEYS WORDS:** services of health, massage, alternative medicine

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AP- Área Programática

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CMS- Centro Municipal de Saúde

MTC- Medicina Tradicional Chinesa

HPW- Hospital Paulino Werneck

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAM- Posto de Assistência Médica

PCP- Posto de Assistência Médica Cristina R. Paugartten

PJPF- Policlínica José Paranhos Fontenelle

PMA- Programa de Medicina Alternativa

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

UACPS- Unidade Auxiliar de Cuidados Primários em Saúde.

## LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS

	Pág.
Quadro 1- Distribuição dos canais principais, número de pontos e função.	45
Quadro 2 - Distribuição percentual do Programa de Medicina Alternativa por tipo de unidade de saúde, Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.	57
Quadro 3 – Distribuição da prática de massagem por região administrativa, tipos de unidades de saúde e massagens, Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.	63
Quadro 4 - atendimentos, especialidades e atividades de apoio diagnóstico e terapêutico encontrados nas unidades de saúde da AP 3.1 que oferecem a prática de massagem, Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.	66
Quadro 5- Distribuição percentual dos usuários por faixa etária por profissionais e unidades que oferecem a prática de massagem na AP 3.1, Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.	81
Quadro 6- Frequência dos motivos e indicações para massagem dos usuários com menos de 50 anos e mais de 50 anos, por profissionais e unidades que oferecem a prática de massagem na AP 3.1, Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.	82
Tabela 1 - Distribuição das práticas de Medicina Alternativa nas unidades que possuem o programa no Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.	58
Tabela 2 - Distribuição percentual dos usuários por gênero, por profissionais e unidades que oferecem a prática de massagem na AP 3.1 do Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.	80
Gráfico 1- Distribuição das práticas de Medicina Alternativa por áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.	59

## SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE ABREVIATURA, SIGLAS E SÍMBOLOS.	viii
LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS	ix
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I: CAMINHOS DO ESTUDO	19
1.1. Definindo o caminho	19
1.2. Cenário	23
1.3. Passos percorridos	24
1.4. Analisando o caminho e a caminhada	27
CAPÍTULO II: O PARADIGMA, A PRÁTICA: DAS CRISES À TRANSFORMAÇÃO NA BUSCA PELA SAÚDE	31
2.1. A crise no paradigma científico e na racionalidade médica moderna	31
2.2. O paradigma emergente e a racionalidade médica vitalista, cenário da medicina alternativa	36
CAPÍTULO III: A MASSAGEM	41
3.1. Aspectos históricos e fundamentos da massagem,	41
3.1.1. Desenvolvimento da massagem na China	42
3.1.2. A massagem na nossa sociedade	45
CAPÍTULO IV: OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A MEDICINA ALTERNATIVA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	53
4.1. Medicina Alternativa nos Serviços de Saúde: implantação, percalços e desenvolvimento	53
4.2. Implantação e desenvolvimento da Massagem no Rio de Janeiro	59
4.2.1 Implantação e desenvolvimento da Massagem na AP 3.1	65
CAPÍTULO V: CONHECENDO A PRÁTICA DA MASSAGEM NA ÁREA PROGRAMÁTICA- AP 3.1	70
5.1. Da teoria a <i>práxis</i>	70
5.2. Os usuários: quem são e porque utilizam a massagem	77
5.3. Os profissionais: quem são e o que pensam sobre a massagem	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	



*Tantas as inquietações e chegou a hora. Preciso caminhar! Por onde  
começar? De que maneira devo andar?*

*Não existem repostas sem caminhar, é a resposta que a vida dá.*

*Mas tenho medo! Onde poderá esse caminho me levar?*

*Depende de onde queres chegar.*

*Caminhas com atenção, não desistas de tentar,*

*leve amor no coração e muita vontade de chegar*

*e lembra: “o caminho se faz ao caminhar”*

## INTRODUÇÃO

A humanidade está em constante movimento. Movimento que descrevo como uma caminhada com ponto de partida, objetivo, mas sem ponto de chegada. Sempre em busca de respostas, inquieta. Como parte da humanidade, tenho participado dessa caminhada que me levou não apenas a alcançar os objetivos propostos para este estudo, mas, a perceber muitos outros movimentos e inquietações nos profissionais e serviços de saúde por onde passei.

Tais inquietações me levaram a buscar o conhecimento acadêmico através do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Pernambuco e logo depois, do curso de Mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP.

Meu primeiro contato com a medicina alternativa foi em 1989, participando de movimentos populares em Exu-PE. Em 1994, fiz um curso de medicina popular que me levou em 1995, a realizar estágio em um Instituto de Saúde Holística. Nesse instituto, eram realizadas várias práticas de cuidado em saúde consideradas como “medicina natural”<sup>1</sup>. A partir dessa experiência, comecei a me perguntar quais seriam os obstáculos que impediam uma maior investigação e divulgação dos conhecimentos que norteiam tal abordagem da medicina, uma vez que, se as pessoas que eram atendidas nessa instituição obtinham melhoras em seus problemas de saúde e revelavam o quanto a experiência com aquele tipo de prática de cuidado havia sido importante para suas vidas, por que não possibilitar tal oportunidade a outras pessoas?

Nesse contexto, ao ingressar na Universidade, no curso de enfermagem, participei durante três anos da implementação do núcleo de Práticas Não Convencionais no Cuidado de Enfermagem – PNCE. Na vida acadêmica, desenvolvi trabalhos que buscavam explorar o tema da medicina alternativa e apresentei a monografia de conclusão de curso intitulada: *Influência da Automassagem sobre a qualidade de vida dos idosos à luz do sistema de apoio e educação da Teoria de Orem*<sup>2</sup>. Dessa prática com a automassagem<sup>3</sup>, surgiram novas preocupações que me estimularam a outras caminhadas. Durante a minha vida na academia, sempre que levava esse tema à

---

<sup>1</sup>Nesse Instituto, a categoria medicina natural é fundamentada no conceito de Bontempo (1985) e desse modo considerada como um Sistema Médico que visa tratar as doenças e evitá-las exclusivamente por meios de recursos da natureza. A doença seria a desarmonia do homem com a natureza e a cura poderia ser obtida através do uso dos cinco elementos do universo: a terra (alimentos, plantas, argila), a água (hidroterapia), o fogo (calor, sol, luz), o ar (exercícios respiratórios), e o éter (energia vital).

<sup>2</sup> SOUSA, I.M.C., 2002. *Influência da Automassagem sobre a qualidade de vida dos idosos à luz do sistema de apoio e educação da Teoria de Orem*. Monografia, Recife: Universidade Federal de Pernambuco. 53p.

<sup>3</sup> Esse termo será explicado no cap III.

discussão, obtinha como resposta que "o mesmo não era um assunto a ser tratado na Universidade, já que não fazia parte do sistema de saúde e não tinha comprovação científica".

Assim, não me conformando com tal resposta, cheguei ao mestrado da ENSP, com o objetivo de discutir e apreender sobre o funcionamento do programa de medicina alternativa existente na rede de saúde do município do Rio de Janeiro, pois visualizei a possibilidade de conhecer e compreender como outras maneiras de se buscar a saúde, principalmente através da massagem, haviam sido expandidas nesse sistema de saúde. Para alcançar tal objetivo, fiz da pesquisa qualitativa minha companheira que determinou de que lugar e com que olhar eu iria perceber a realidade. É essa trajetória que descrevo no capítulo I.

Como usuária e trabalhadora do Sistema Único de Saúde, percebia que muitos indivíduos com problemas de saúde retornavam insistentemente aos serviços, na tentativa frustrada de obterem respostas satisfatórias às suas questões. Entre estes, muitos casos em que não se identificava a doença, gerando insatisfação ansiedade e descrença tanto nos profissionais quanto nos usuários. Como afirma Sabroza (2001), a distância entre as possibilidades apregoadas pelo desenvolvimento técnico-científico, respaldadas por modelos e meios limitados e simplificadores e as práticas cotidianas, têm levado profissionais e pesquisadores de saúde a perderem a confiança no uso da racionalidade científica como método para resolução de problemas. Mais tarde, compreendi que tal fato faz parte de uma crise do modelo de atenção à saúde e da mudança de paradigma no setor. A discussão sobre "crise na saúde" e "mudança de paradigma" é elucidada como fruto da crise do paradigma da ciência moderna, paradigma dominante ou ainda da racionalidade médica moderna (Queiroz, 1986; Capra, 1998; Luz, 1988, 1996, 1997; Santos, 1997a, 1997b, 2001).

Essa crise abrange as questões de saúde, econômicas, sociais e culturais, expressando-se através de doenças crônicas, de epidemias, da fome, das desigualdades, da violência e tantas outras manifestações de má qualidade de vida e sofrimento humano. No que se refere à saúde, é cada vez mais reconhecida a incapacidade do modelo de atenção dominante de explicar e responder aos processos de saúde e doença da população (MS, 2002). Há deficiência nesse paradigma em lidar com os problemas da saúde humana (Queiroz, 1986).

*Podemos considerar que há uma crise da atenção à saúde, a qual envolve múltiplos aspectos e dimensões: uma crise multifacetada, atravessada por fatores macro e micro-sociais, culturais, sócio-econômicos, políticos, institucionais, gerenciais etc. É, portanto, uma crise cujas dimensões geradoras e alimentadoras são altamente complexas e imbricadas entre si, mas que desemboca no sofrimento, nos dilemas, nos fracassos, nos dissensos vividos cotidianamente por milhões de doentes e profissionais nos serviços de saúde públicos (Tesser, 1999:14).*

No cenário atual observo duas vertentes na saúde. De um lado, os avanços tecnológicos com novas descobertas no campo da genética; terapêuticas medicamentosas avançadas; e diagnósticos através de exames sofisticados onde a ênfase é dada à máquina e à investigação da doença. Do outro, o crescimento de práticas ditas complementares, alternativas ou tradicionais, as quais, na grande maioria, não requerem alta tecnologia, e a terapêutica e o diagnóstico buscam compreender o doente.

Definir o que é medicina alternativa não é uma tarefa fácil, pois, tudo que não é utilizado pelo modelo de saúde dominante na nossa realidade, o biomédico, é tido como alternativo, complementar ou tradicional. No Brasil, as práticas de medicina tradicional ou alternativa aparecem em algumas localidades incorporadas ao Sistema de Saúde, mas também, em espaços marginais a este. Apesar de seu crescimento, o acesso ainda é bastante restrito.

*Estamos lidando com técnicas de tratamento empregado por especialistas por vezes tolerados, mas não reconhecidos pela medicina oficial. Portanto com técnicas e saberes que não são oferecidos à população em igualdade de condições com a medicina oficial ou como práticas alternativas, mas mediadas por relações de força. (Loyola, 1991:126)*

No município do Rio de Janeiro, onde desenvolvi este estudo, tais práticas são definidas institucionalmente como medicina alternativa estando incorporadas ao Sistema Municipal de Saúde. Contudo, vê-se também seu desenvolvimento em vários centros de tratamentos, escolas, institutos que não estão associados à rede de saúde do município. Nesta pesquisa, empregarei a categoria medicina alternativa, tendo em vista onde a mesma foi desenvolvida e apoiada pela definição da Organização Mundial da Saúde-OMS (2002:1):

*La medicina tradicional (MT) es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de MT como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas com base de hierbas, partes animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acunputura, las terapias manuales y las terapias espirituales. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina complementaria, alternativa o no convencional (Organização Mundial da Saúde, 2002:1, grifos meus).*

Influenciada por condições históricas e culturais nas quais foi desenvolvida, a medicina alternativa apresenta-se de maneira distinta nas diferentes regiões. Entretanto, existem aspectos que são comuns, como: o enfoque integral da vida; o equilíbrio entre mente, corpo e seu entorno; e a ênfase na saúde em lugar da enfermidade (OMS, 2002).

Observa-se um grande *boom* das práticas alternativas nos dias atuais, principalmente nos grandes centros urbanos. Tanto a oferta quanto a procura têm sido significativa e diversificada. Vem então o questionamento: o que este aumento significa? No capítulo II discuto a mudança de paradigma e como se configura a medicina alternativa nessa mudança.

O Programa de Medicina Alternativa da SMS do Rio de Janeiro compõe-se de práticas advindas de duas racionalidades médicas<sup>4</sup>: a medicina tradicional chinesa (MTC) e a medicina homeopática. A fitoterapia que também compõe o programa, não é englobada na categoria de racionalidades definida por Luz (1997). Nesse contexto, a massagem aparece como terapia associada à acupuntura com o nome de massoterapias (segundo folder distribuído pela SMS e página da mesma na Internet).

No Brasil, as terapias manuais predominantemente têm sido nomeadas de massagem, independente de sua fundamentação. O termo massagista que denominava a pessoa que realizava a massagem tem sido substituído por massoterapeuta, na tentativa de distinguir os profissionais que usam a massagem como terapia, nos serviços de saúde, centros de tratamento e escolas, daqueles que estão ligados aos anúncios, que aparecem com frequência nos jornais, de massagens ligadas à abordagem sexual. A história da massagem, suas definições e fundamentos serão explanados no capítulo III,

---

<sup>4</sup> Tal conceito será aprofundado no capítulo II.

onde irei elucidar apenas os tipos de massagem que foram apresentados como parte do programa de medicina alternativa no Rio de Janeiro.

Por que seria importante estudar a massagem nos serviços de saúde? A massagem apresenta-se como importante instrumento terapêutico por possibilitar o cuidado e a promoção à saúde. Um fato a ser ressaltado é a aceitação significativa por parte dos usuários, seja atuando de maneira passiva recebendo a massagem, ou mais ativa através da automassagem e da realização da massagem nos bebês (Freire, 1989; 1993; Brêtas e Silva, 1998; Brêtas, 1999; Brêtas et. al. 2000; Huber, 2002; Sousa, 2002).

O grande aumento dos aparatos tecnológicos possibilitaram descobertas de novas formas terapêuticas, mas também distanciaram o profissional de saúde do usuário, isto é, a assistência é prestada através de máquinas “frias”, “desumanizadas”. Soma-se a isso, o aumento da especialização do cuidado em saúde, fruto da fragmentação do corpo humano, com o usuário sendo assistido por partes, dificultando uma abordagem integral dos indivíduos.

Nesse sentido, a massagem pode possibilitar a reaproximação entre cuidado e cuidador, ou seja, profissional de saúde e usuário, considerando ser essa uma maneira de comunicação humana (a comunicação não-verbal), realizada através do toque como visto em Silva & Belasco (1996); Montangu (1998); e Godoy (1988).

Apesar de sua expansão nos serviços de saúde, a massagem configura-se, principalmente, como uma prática restrita para aqueles que possuem poder econômico para buscar o atendimento em clínicas e consultórios privados. O aumento da oferta nos serviços públicos, portanto, poderá diminuir a iniquidade no que se refere ao seu acesso. Como uma opção terapêutica de baixo custo, não dependendo de aparatos tecnológicos (máquinas), pode ser utilizada em serviços de assistência básica desde que haja profissional capacitado. Dessa forma, a massagem possibilita a expansão da assistência, sem, no entanto, aumentar expressivamente seus custos.

No entanto, estudos sobre a incorporação dessa prática nos serviços públicos ainda são escassos. Sua expansão nos serviços municipais de saúde pública do Rio de Janeiro é bastante recente, não havendo investigações a respeito. Todavia, parti do pressuposto que a expansão da massagem não significa necessariamente uma mudança na assistência, pois as práticas fundamentadas no paradigma vitalista têm sido captadas pela racionalidade biomédica e empregadas segundo os preceitos desta, ou seja, o foco da atenção continua sendo a doença e não o doente. Desse modo, esse estudo apresenta os seguintes objetivos:

## OBJETIVO GERAL:

Analisar a prática de massagem oferecida pelo Programa de Medicina Alternativa nos Serviços Públicos de Saúde da área programática 3.1, no município do Rio de Janeiro.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Verificar quais os serviços que oferecem massagem;
- Detectar as modalidades de massagem oferecidas pelos serviços;
- Identificar quais os conhecimentos utilizados na prática de massagem nos serviços;
- Caracterizar os profissionais que realizam a massagem em relação à formação e vínculo institucional;
- Apontar a demanda atendida em relação aos encaminhamentos e o seu perfil quanto a sexo, idade e motivos ou indicações para utilização da massagem.
- Contextualizar a implantação do Programa de Medicina Alternativa e da prática de massagem no município.

Os desdobramentos desses objetivos estão nos capítulos IV e V, nos quais desenvolvo a história do programa de medicina alternativa e especificamente da massagem no Rio de Janeiro. Elucido as nuances entre teoria e *práxis*, a distribuição nos serviços públicos, os tipos de massagens usadas, sua organização nos serviços, quem são os usuários e os profissionais que a praticam.

Como "viajante", queria apreender e compreender todos os detalhes da prática da massagem nos serviços. Porém o que parecia no primeiro instante, relativamente fácil, foi se revelando mais complicado à medida que me aproximava dos serviços. A dinâmica do movimento e as diferenças de um serviço para outro dificultou o trabalho. De uma visita à outra, aparecia um detalhe diferente. De tal modo que, a cada revisão que fazia do meu trabalho, sentia angústia por perceber que por mais que tentasse, muitos aspectos ainda ficariam sem discussão.

Portanto, após a apresentação dos resultados não faço conclusões, mas considerações, pois acredito que fiz apenas uma aproximação ao objeto, já que considero o estudo como infinito, principalmente no que diz respeito às ações e às experiências dos serviços. Tentamos apresentar os resultados desenvolvendo um cenário de categorias que possibilitassem outras descobertas. A cada novo olhar é possível ver novos aspectos. Dessa maneira, proponho ao leitor que não se furte em realizar suas

críticas e observações, tal ação poderá revelar os muitos aspectos que, pelos limites necessários a essa pesquisa, não foram incorporados.

Nessa introdução, utilizei o tratamento em primeira pessoa com o objetivo de expressar claramente o meu entendimento. Tal fato se modificará nos capítulos seguintes principalmente por acreditar que essa construção foi coletiva. Decorreu do envolvimento dos entrevistados, orientadores, autores e todos aqueles que de uma maneira ou de outra, deram suas contribuições para esse estudo. Assim, respondi algumas questões que suscitaram muitas outras e provavelmente me levarão a realizar outras investigações.

Espero que o leitor também possa ser estimulado a buscar novas ou outras possibilidades de aproximação às várias práticas da medicina alternativa, pois não podemos esquecer que as mesmas têm sido utilizadas pelo homem em busca de sua saúde há milênios. O que parecia esquecido agora desponta como uma oportunidade de ampliar o nosso olhar, superando o paradigma mecanicista e possibilitando ver as várias dimensões do ser humano.

## CAPÍTULO I

*Quando começamos a algo estudar  
percebemos que tudo já está dito  
só que de maneira diferente.  
E são as diversas maneiras de olhar  
que nos faz aproximar da realidade*

## CAMINHOS DO ESTUDO

### 1.1 Definindo o Caminho:

*Não há um caminho único para toda a pesquisa, existem múltiplos caminhos, existem múltiplos pontos de chegada. Pesquisar é viajar, partir em busca do conhecimento... quando se inicia a viagem não se sabe com exatidão aonde se chegará (Tobar e Yalour, 2001:19).*

Delinear o caminho pelo qual alcançamos o nosso objeto é uma tarefa árdua. Entendemos que essa trajetória é um processo que requer o conhecimento das limitações e vantagens que cada desenho possibilita. A pesquisa em Saúde Pública é permeada por determinantes sociais, políticos e ideológicos que conduzem o pesquisador a buscar métodos que disponham de concepções teóricas e técnicas necessárias para apreender a realidade (Silveira, 2003). Para contemplarmos os nossos objetivos buscamos nos aproximar do nosso objeto tendo como método norteador, a pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. As estruturas sociais são tidas, tanto como no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis (Minayo, 1992; 2001). Permite a aproximação com o que se deseja estudar e conhecer, e também cria um conhecimento a partir da realidade presente no campo (Cruz Neto, 2001).

Adequa-se ao aprofundamento da complexidade dos fenômenos, fatos e processos particulares e específicos. É empregada para a compreensão de fenômenos específicos que são delimitados mais pelo seu grau de complexidade interna do que por características quantitativas. Tem como material principal a fala cotidiana, tanto nas relações afetivas e técnicas como nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos (Minayo, 1993; 2001).

Para a autora supracitada, qualquer estudo da realidade por mais objetivo que pareça, tem a norteá-lo, um arcabouço teórico que influencia a escolha do objeto, todos os passos e resultados teóricos e práticos. A subjetividade ao invés de ser vista como a impossibilidade de construção científica é considerada nas várias abordagens da pesquisa social, como parte integrante do fenômeno social.

*A forma como os fatos são buscados, selecionados, correlacionados e analisados em cada técnica de pesquisa se constrói com base nos pressupostos teóricos que orientam, conscientemente ou não, a investigação. O método de investigação é parte do corpo teórico adotado. É esse corpo teórico prévio que comanda o processo da pesquisa. A consciência deste fato possibilita ao pesquisador vigilância sobre o significado dos dados obtidos, evitando a ilusão da existência de objetividade científica neutra predominante nos estudos empíricos que acreditam que o conhecimento está contido no próprio fato, independentemente do modo de intervenção de quem o observa (Thiolent 1982:23 apud Vasconcelos, 1999:273).*

Entendemos que na apreensão do objeto está implicado os nossos conhecimentos e valores, e que os mesmos poderão influenciar na maneira que os resultados dos pressupostos forem apresentados. Ao assumirmos tais implicações, não consideramos que o estudo seja menos científico, ao contrário, compreendemos que é necessário ter consciência desse fato para que os resultados possam vir a contribuir com estudos futuros. Assim, os dados obtidos se olhados por outro pesquisador, possibilitará outras interpretações e aproximações ao objeto estudado e cada aproximação, permitirá melhor compreensão de determinada realidade.

*Isso nos leva a conclusão de que o conhecimento é inevitavelmente parcial, uma vez que a realidade é infinita e os aparelhos de apreensão da realidade do ser humano são limitados pela biologia (objetivamente) e pela cultura (subjetivamente) (Queiroz, 1986:310).*

Para Tesser e Luz (2002), é possível construir uma nova metodologia à luz da epistemologia dos co-construtivistas. Na proposta co-construtivista, a realidade vivida é formada pela interação do ser vivo. No estudo da realidade existe uma interação na sua construção norteada, direcionada e limitada pela estrutura biológica do homem, pela maneira que os cientistas pensam e agem, pelos seus pressupostos cosmológicos, culturais e políticos, pelos métodos usados, pelos objetivos aspirados e pelo estilo de pensamento presente. Ainda referem que:

*Sempre há um intermediário seletivo e ao mesmo tempo gerador, base de todo movimento cognitivo, que é a cultura, os interesses, os valores, as tradições, os paradigmas, os estilos de pensamento, o treinamento e a aprendizagem que todas as pessoas carregam, que possibilitam o conhecimento desse tipo e do qual só podem muito parcial e precariamente se despir. Por mais honesta e esforçada que seja essa busca de um puro conhecimento objetivo, ela está fadada a um insucesso, restrita à cultura, a certos valores, objetivos e pressupostos filosóficos e metafísicos (Tesser e Luz, 2002: 368).*

Pelo fato desse estudo tratar de uma prática que tem parte de seus fundamentos em uma cosmologia distinta da biomédica e esta cosmologia várias vezes ter sido criticada por sua não cientificidade, buscamos empregar um desenho que permitisse a expressão dos vários momentos do emprego desta prática no serviço de saúde. Desta maneira acreditamos que o método escolhido nos aproximou do objeto, tendo em vista seus fundamentos, abrindo espaços para outras maneiras de investigação. Assim, o estudo configurou-se como um estudo de caso descritivo, de natureza qualitativa.

O estudo de caso é uma pesquisa que investiga um fato dentro de seu contexto real, onde as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes, e múltiplas fontes de evidências são utilizadas. É aplicado para descrever um contexto da vida real no qual uma intervenção ocorreu; avaliar uma intervenção em curso e modificá-la com base em um estudo de caso ilustrativo; explicar ligações causais em intervenções ou situações da vida real que são complexas demais para tratamento através de estratégias experimentais ou de levantamento de dados; e ainda, explorar aquelas situações nas quais a intervenção não tem clareza no conjunto de resultados (Pinto e Martins, 2002).

Tal estudo é circunscrito a poucas unidades de análises, sua riqueza não está na extensão quantitativa, mas em sua profundidade. As unidades de análise podem ser entendidas como pessoas, instituições, regiões ou serviços para os quais são traçados os perfis específicos com certo nível de detalhe e aprofundamento (Tobar e Yalour, 2001).

O estudo de caso descritivo é preferido quando a questão da pesquisa é da forma “como” e “por que”; quando o controle que o investigador tem sobre os eventos é muito reduzido; ou ainda, quando o foco temporal está em fenômenos contemporâneos ou dentro do contexto de vida real (Pinto e Martins, 2002).

Partindo dessas premissas, optamos por delimitar o nosso estudo na Área Programática 3.1, que discutiremos adiante, e utilizar como instrumentos para coleta de dados a entrevista semi-estruturada, a observação participante e a pesquisa documental.

A entrevista é uma conversa com propósitos bem definidos (Cruz Neto, 2001). É uma técnica de coleta de dados que se dá no encontro entre pesquisador e pesquisado. O que se observa na entrevista é a conduta verbal, o relato que faz o entrevistado sobre o significado, em sua mente do que aconteceu. O que o entrevistado fala seria seu comportamento manifesto (Tobar e Yalour, 2001). Como afirma Minayo (1992), é a fala do outro repleta de sentidos e significados.

A entrevista fornece dados secundários e primários referentes a fatos, idéias, crenças, maneira de pensar de sentir e de atuar, opiniões, sentimentos, condutas ou comportamentos presente ou futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos ou comportamentos (Jahoba apud Minayo, 1992).

A entrevista semi-estruturada possibilita que o pesquisador tenha clareza dos seus objetivos e possa usar melhor o tempo. É também suficientemente flexível para permitir liberdade ao pesquisador e ao entrevistado para encontrar ou seguir novas pistas. Facilita a sistematização dos dados das entrevistas devido ao fato de que as mesmas perguntas centrais são feitas a cada pesquisado (Tobar e Yalour, 2001).

No início do nosso projeto prevíamos apenas a observação direta. No entanto, durante a coleta dos dados diante das necessidades e dos problemas no campo, exercemos o papel de observador participante, técnica que coloca o pesquisador mais próximo ao fenômeno estudado.

Mudamos a técnica tendo consciência que o êxito na pesquisa não se dá pela descoberta de atalhos maravilhosos que conduzam ao resultado desejado sem problemas ou maiores esforços. Para obter o êxito é necessário a aplicação sistemática e paciente de regras de bom-senso e de princípios científicos. Mesmo sabendo que é importante conhecer bem a teoria científica, o pesquisador não pode permitir que as idéias pré-concebidas sejam perniciosas ao seu estudo (Malinowski, 1978).

O papel de observador participante facilitou o acesso aos profissionais e a inserção no seu trabalho de maneira a compreender melhor suas atividades. No início, havia uma certa ansiedade por parte dos profissionais para saber o que estávamos percebendo, onde apareciam as perguntas: “*O que está achando?*”; “*O que devo melhorar?*”; “*É isso que queres saber?*”. Para alcançarmos os nossos objetivos, passamos a interagir mais com o campo para que os profissionais se sentissem mais à vontade com nossa presença, até o momento em que ela fosse “naturalizada” pelos profissionais e usuários. Percebemos que à medida que participávamos das atividades, eles ficavam mais à vontade, falando mais e nos observando menos.

A observação participante acontece no contato entre o pesquisador e o fenômeno, estabelecendo uma relação com os observados. Ao mesmo tempo que modifica a realidade ele é modificado. Esta técnica possibilita a apreensão de variadas situações e fenômenos que não são obtidos utilizando perguntas (Cruz Neto, 2001). É um instrumento de captação dos dados e representa um processo de interação entre teoria e métodos dirigidos pelo pesquisador na busca da compreensão da realidade (Haguete, 1990).

O campo é rico em detalhes e situações que possibilitam a compreensão contextualizada do fenômeno estudado. É nesse espaço que detalhes e aspectos não encontrados e observados nos documentos e entrevistas podem ser vistos, favorecendo a análise, sendo a observação participante, um instrumento rico e adequado para esta etapa.

Durante as observações tínhamos sempre nas mãos os nossos objetivos para não correremos o risco de nos distanciarmos do caminho. Mesmo com a flexibilidade possível na pesquisa qualitativa, não poderíamos perder o rumo. Uma vez que, o campo com sua riqueza de acontecimentos pode nos fazer distanciar daquilo que queremos buscar.

## 1.2 Cenário

O município do Rio de Janeiro está em Gestão Plena do Sistema Municipal<sup>5</sup> e possui 117 unidades que estão sob sua gerência. Entre estas, 92 são unidades ambulatoriais e mistas (postos de assistência médica, centros municipais de saúde, unidades integradas de saúde, postos de saúde, etc); 24 unidades hospitalares e 1 unidade ambulatorial especializada (SMS-RJ, 1999;2003). Sua rede de saúde é dividida em 10 Áreas Programáticas: AP 1 (zona central e portuária), AP 2.1 (zona sul), AP 2.2 (zona norte), AP's 3. 1, 3.2 e 3.3 (zona da Leopoldina), AP 4 (zona oeste, Barra da Tijuca e Jacarepaguá), AP's 5.1, 5.2, 5.3, (zona oeste). Ao iniciarmos nossos primeiros contatos com o programa de medicina alternativa no município do Rio de Janeiro através de artigos, internet, da Secretaria de Saúde e outras fontes de informações, percebemos que a Área Programática 3.1 era um campo com várias práticas do programa, bem como cenário da sua implantação. Nesse sentido, a escolha da referida área se justifica por três motivos:

⇒ O Programa de Medicina Alternativa foi iniciado na AP 3.1 em 1992, com a homeopatia e fitoterapia, logo depois a acupuntura. Como pretendíamos compreender o processo histórico do Programa, acreditamos que seria importante o estudo na área onde o mesmo começou a ser implementado.

---

<sup>5</sup> Segundo a Norma Operacional Básica NOB/96 do Sistema Único de Saúde o município pode habilitar-se em dois tipos de gestão: Pleno da Atenção Básica e Pleno do Sistema Municipal, sendo habilitado nesta última, como o município do RJ, é responsável em atender todas as demandas de saúde de sua população.

⇒ A prática da massagem é realizada em quatro serviços de complexidade distinta. Entendemos que analisar a massagem em unidade hospitalar e extra-hospitalar poderia enriquecer o estudo.

⇒ Uma característica da AP 3.1 é sua complexidade, já que é composta por bairros com grande diversidade cultural, social e econômica. Fato que poderia colaborar para conhecer como uma prática predominantemente restrita a quem pode pagar, é oferecida às pessoas com restrições econômicas.

A Área Programática 3.1 possui 671.991 habitantes e uma extensão de 86km<sup>2</sup>. Os bairros que a constituem são: Manguinhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Complexo do Alemão, Maré, Ribeira, Zumbi, Cacuia, Pitangueira, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia, Jardim Guanabara, Jardim Carioca, Tauá, Moneró, Portuguesa, Ilha do Governador, Galeão e Cidade Universitária (SMS-RJ, 1999).

A oferta de serviços públicos de saúde municipais é composta por 3 unidades com pronto-socorro, 3 unidades com pronto-atendimento obstétrico, 4 hospitais gerais e 3 hospitais especializados/institutos, 4 postos de assistência médica, 3 centros municipais de saúde, 3 postos de saúde e 1 unidade auxiliar de cuidados primários.

Para esse estudo, selecionamos todos os serviços de saúde pública municipal da área programática 3.1 que prestavam atendimento em massagem, naquele momento, os quais correspondiam a 4 unidades de saúde:

- ⇒ Hospital Paulino Werneck na Ilha do Governador
- ⇒ Posto de Assistência Médica Newton Alves Cardoso na Ilha do Governador
- ⇒ Posto de Assistência Médica Cristina R. Paugartten em Ramos
- ⇒ Policlínica José Paranhos Fontenelle na Penha

### 1.3 Passos Percorridos

O primeiro contato institucional com o Programa de Medicina Alternativa no município se deu em dezembro de 2002 através de conversa informal que tivemos com sua gerente. Neste encontro, a mesma se mostrou bastante colaborativa e expressou interesse no projeto devido à falta de análise, até aquele momento, da prática de massagem nos serviços de saúde. A gerente nos disponibilizou o cronograma de atividades e o mapa de distribuição do programa nas unidades municipais. Assim, o interesse da gerência do programa em ter um olhar externo sobre a prática da massagem nos serviços, facilitou o nosso acesso ao programa e seus documentos.

Após a qualificação do projeto, realizamos visitas às unidades de saúde selecionadas para obtermos o consentimento por escrito das instituições, através do respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética da Fiocruz. Voltamos a fazer novo contato com a gerente do PMA e com os diretores das unidades para identificarmos os profissionais que realizavam a prática da massagem e obtermos os consentimentos dos possíveis entrevistados. Ainda, buscamos o consentimento dos usuários para observar seu atendimento, conforme recomenda a ética em pesquisa (Anexos 1, 2 e 3).

Respeitando o horário de atendimento e as limitações do mesmo e procurando adequar as agendas, realizamos as entrevistas e a observação participante, de fevereiro a setembro de 2003. Nesse período, participamos de dois eventos do programa, realizados e organizados por iniciativa dos massoterapeutas das unidades que sediaram as atividades: Semana do Servidor do Hospital Paulino Werneck, em abril de 2003 e o Encontro de Medicina Alternativa da AP 3.1, realizado em julho de 2003, na Policlínica José Paranhos Fontenelle.

Para as entrevistas e a observação participante, realizamos de 05 a 07 visitas em cada unidade, variação que aconteceu devido à necessidade de voltar ao campo para observar também outras atividades que não apenas a massagem, tais como, a ginástica, oficinas de relaxamento, caminhada, etc., na tentativa de compreender melhor as atividades desenvolvidas pelos profissionais nas unidades. Houve intervalos de 30 a 45 dias entre as visitas em duas unidades devido às férias de alguns profissionais, ou atividades em outras unidades. A coleta de dados se deu em quatro momentos:

- 1) Identificação dos serviços com massagem e caracterização dos mesmos;
- 2) Visitas para realização da entrevista e agendamento das visitas para observação;
- 3) Visitas para realizar a observação participante;
- 4) Pesquisa documental concomitante com a observação participante.

Os dados foram coletados através de:

- a) Documentos oficiais, atas e relatórios de reuniões e projetos;
- b) Roteiro de entrevista semi-estruturado com a gerente do programa no município, abordando a implantação do Programa de Medicina Alternativa e da prática de massagem nos serviços públicos de saúde do município (Anexo 4);
- c) Roteiro de entrevista com os profissionais, abordando: a implantação da prática de massagem no serviço em que presta atendimento, a maneira que

executa a massagem e em que conhecimento é fundamentada, formação e vínculo institucional, como acontece o atendimento (demanda atendida, de onde e para onde são encaminhados os usuários e tipo de problemas de saúde que atende (Anexo 5);

d) Formulário para identificar o perfil dos usuários através dos prontuários o qual continha o sexo, idade, local de moradia e problemas de saúde (Anexo 6);

e) Diário de campo para a observação participante.

Assim, foram entrevistados todos os profissionais que realizavam atendimento em massagem nos serviços de saúde da AP 3.1, o que correspondeu a cinco profissionais. Não fazia parte dos nossos objetivos analisar a percepção dos usuários sobre a massagem, porém no decorrer da observação participante a maioria dos usuários, quando ciente da nossa pesquisa, mesmo não sendo entrevistada nos relatava sua experiência com o PMA e algumas dessas falas foram elucidadas nos resultados.

Para melhor analisar as falas dos entrevistados, gravamos em fitas cassetes todas as entrevistas e buscamos durante a observação participante gravar alguns momentos dos atendimentos. O diário de campo se constituiu como instrumento primordial durante toda a coleta, servindo para análise no momento do acontecimento e posterior avaliação da postura do próprio pesquisador. Através da leitura posterior do diário, foi possível perceber modificações no campo e no observador.

Na pesquisa documental, encontramos algumas dificuldades. Havia pouco material que possibilitasse um aprofundamento da história de implantação da massagem nos serviços, portanto, construímos a história a partir dos relatos dos entrevistados. Neste período, identificamos dois informantes-chaves, um no Paulino Werneck, e outro, na sede da Secretaria Municipal de Saúde, os quais tinham vivido toda a história do PMA no município. Realizamos entrevistas com ambos, na tentativa de construir uma história mais próxima da realidade e compreender melhor o processo de implantação do programa.

Outro problema identificado, foi a falta de determinadas informações nos prontuários, já que alguns dados não foram possíveis de ser coletados, como grau de instrução, encaminhamentos e diagnósticos. Em cada unidade havia uma maneira de profissional coletar e anotar os dados, assim, os formulários se diferenciavam. Outro aspecto que dificultou a coleta, foi a necessidade de ter que solicitar os prontuários com 48 horas de antecedência, o que só seria possível se o usuário não tivesse consulta com outro profissional. Nesse sentido, optamos por utilizar a ficha cadastral que a maioria

dos profissionais dispunha, ficha esta própria do PMA (Anexo 7). Foram analisadas as fichas cadastrais que os profissionais tinham em seus arquivos do período de julho de 2002 a julho de 2003, correspondendo a um ano de atendimento.

Para termos uma dimensão do número de atendimentos e do perfil das pessoas que buscavam a massagem em todo o município, solicitamos os dados enviados pelas unidades que realizam atividades do programa. O que nos foi disponibilizado prontamente pela gerente. Ao iniciar a análise dos dados, nos surpreendeu o fato de que nestes não constavam a estatística de produção da AP 3.1. Também nos causou surpresa a utilização de diferentes tipos de formulários entre as unidades, o que dificultou a visualização quantitativa dos procedimentos e, ainda, o fato de muitas práticas de massagem estarem classificadas em “outros” procedimentos. Além do atraso por parte das unidades em enviar sua produção. Dessa maneira, só foi possível visualizar o número de práticas realizadas, mas não quem eram as pessoas que recebiam o atendimento.

#### 1.4 Analisando o caminho e a caminhada

Analisamos os dados através do método de análise qualitativa proposto por Minayo (1992) denominado método *hermenêutico dialético*. O método se mostra capaz de permitir uma interpretação mais próxima da realidade, colocando a fala em seu contexto. A fala é entendida a partir de sua especificidade histórica e do contexto em que é produzida. É uma reflexão do *caminho do pensamento*. O trabalho com a hermenêutica e a dialética se funda no empenho de proteger o objeto das ciências sociais e os *procedimentos científicos contra a ameaça da selvagem atomização dos processos tecnocráticos do conhecimento* (Stein 1979:129 apud Minayo, 1992: 219).

A hermenêutica e a dialética têm a capacidade de ser uma teoria de tratamento de dados que aprofunda a reflexão sem se afastar da práxis, sendo de fundamental importância e *devendo preceder e iluminar todo trabalho científico*. Induzem o pesquisador a entender *a fala, o depoimento* como resultante do processo social e do conhecimento, produto de diversas determinações mas com significados específicos. Partem do pressuposto que *não existe observador imparcial nem há ponto de vista fora do homem e fora da história*. A hermenêutica procura a compreensão do texto nele mesmo. O lugar de destaque é dado ao cotidiano, tendo a *intersubjetividade* como norteadora da análise dos dados. Tem como campo as *experiências fundamentais de um falante comunicativamente competente* (Minayo, 1992: 227: 219).

*A reflexão hermenêutica produz identidade da oposição, buscando a unidade perdida. Ela se introduz no tempo presente, na cultura de um grupo determinado para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento o ser que compreende e aquilo que é compreendido (Minayo, 1992:221.)*

A dialética busca os conteúdos extremamente conflitivos e antagônicos da realidade social. Na dialética, os fenômenos sociais são consequência da atividade criadora imediata ou institucionalizada, tendo como centro da análise a *prática social, a ação humana, considerando-a como resultado de condições anteriores e exteriores e também como práxis*. A ação humana transforma o mundo, atravessando o meio social (Minayo, 1992).

Essa autora propõe três momentos para a operacionalização da análise: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final:

1) Ordenação dos dados- esse momento engloba todo o conjunto do material de observação, os documentos populares e institucionais e as entrevistas. É realizado um mapeamento de todos os dados obtidos. Para tal, são transcritas as fitas-cassetes, releitura do material, organização dos relatos em determinada ordem, organização dos dados de observação, também em determinada ordem de acordo com a proposta analítica;

2) Classificação dos dados- onde é feita uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo interrogações para identificarmos o que aparece de relevante. Os critérios de classificação, em primeira instância, podem ser tanto variáveis empíricas como variáveis teóricas já construídas pelo pesquisador. A interação entre ambos os critérios permite ao pesquisador um aprofundamento do conteúdo das mensagens; As variáveis desse estudo foram: gênero, idade e grau de instrução dos usuários; conhecimentos utilizados pelos profissionais, formação e vínculo institucional dos profissionais; motivos e indicações para utilização da mensagem.

3) Análise final- nesse momento articula-se os dados coletados com o material empírico e os referenciais teóricos da pesquisa.

*No processo de conhecimento não há consenso e não há ponto de chegada. Há o limite de nossa capacidade de objetivação e a certeza de que a ciência se faz numa relação dinâmica entre razão e experiência e não admite a redução de um termo a outro (Minayo, 1992:228).*

A análise empregada possibilitou compreender o universo muitas vezes conflitivo em que se dava o referencial teórico e a prática desenvolvida no âmbito dos serviços de saúde. A cada releitura das entrevistas e do diário de campo buscávamos apreender a mensagem que o conteúdo revelava. Ao empregarmos a hermenêutica-dialética nas falas foi possível nos aproximar dos seus sentidos e significados, isto é, todo ator tem um contexto no qual a fala está inserida. A leitura sistemática das entrevistas permitiu um aprofundamento significativo possibilitando elencar categorias de análise que surgiram das próprias falas, ou seja, nesse momento predominaram as categorias empíricas.

Os dados coletados na observação participante expuseram categorias não expressas durante as entrevistas. Por isso, além das falas das entrevistas gravadas utilizamos falas dos usuários e dos profissionais, escritas durante a observação participante. Acreditamos que estas falas são de grande importância pois revelam comportamentos usuais sem preparação para uma entrevista gravada, expõem preocupações e modos de entender o cotidiano. A construção das categorias de análise se deu na tentativa de organizar as falas de maneira que representassem a percepção dos massoterapeutas, seu espaço e os usuários que atendem.

O uso dos quadros, tabelas e gráficos buscam colaborar na descrição das unidades, seus usuários, as práticas e a comparação entre as unidades de saúde pesquisadas. Para tal são apresentados dados quantitativos.

Será notado nos quadros que se seguem, que não aparecerá uma das unidades, isto ocorreu pelo fato do profissional não utilizar a ficha cadastral. Ele anotava os dados no prontuário e ao buscarmos os prontuários, muitos dados estavam incompletos, não sendo possível tratar os dados deste serviço igual aos demais. Os dados coletados nessa unidade serão apresentados apenas através das entrevistas e observação participante. Havia dois profissionais que trabalhavam na mesma unidade mas seus dados foram analisados separadamente porque tinham demandas, dias de atendimento, atividades e conseqüentemente práticas, diferentes.

## CAPÍTULO II

*Muitos foram os desafios. Enfim, a humanidade evoluiu?*

*Mas que humana-idade queremos?*

*Acho que ainda não paramos para pensar no assunto.*

*Mas talvez tenha chegado o momento  
de renovar os instrumentos e a maneira de caminhar.*

*As crises indicam: é chegada a hora de transformar!*

## O PARADIGMA, A PRÁTICA: DAS CRISES À MUDANÇA NA BUSCA PELA SAÚDE

### 2.1. A crise no paradigma científico e na racionalidade médica moderna<sup>6</sup>

A compreensão das transformações das ações que ocorrem no interior dos serviços é possível quando abordamos as dimensões mais amplas dessas mudanças. As mudanças na prática cotidiana podem ocorrer a partir das transformações ocorridas no paradigma que a fundamenta, ou a partir das necessidades encontradas no fazer cotidiano. Acreditamos que o processo de transformação não ocorre de maneira linear do macro para o micro universo, ou vice-versa, mas de modo dinâmico, como uma via de mão dupla, onde em vários momentos as modificações se sobrepõem, não sabendo-se ao certo onde começou, se na prática ou no paradigma que a fundamenta. Ressaltamos, ainda, que esses universos estão sempre conectados. Para esclarecer essa questão e aprofundarmos a situação de crise, especificamente nos serviços de saúde, optamos por abordá-la em duas dimensões: uma que diz respeito ao paradigma da ciência moderna, e outra que observamos na racionalidade médica hegemônica.

Nessa perspectiva, iniciamos a nossa aproximação a partir da discussão da mudança de paradigma. De que paradigma estamos falando? Paradigma, de acordo com Kuhn (1971:13), *expressa realizações científicas universalmente reconhecidas que durante algum tempo fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência*. Este paradigma serviria de guia para as ações dos cientistas até um certo tempo, e após uma crise paradigmática gerando uma revolução científica, resultaria em um novo paradigma. Para o autor, as crises indicam que é chegada a ocasião de renovar os instrumentos, e essas crises que levam à mudança de paradigma são necessárias para o desenvolvimento da ciência.

---

<sup>6</sup> A categoria racionalidade médica já foi bastante discutida e difundida por Luz, através do Projeto Racionalidades Médicas, que desde 1991, desenvolve pesquisas no Instituto de Medicina Social da Universidade Estado do Rio de Janeiro. Luz (1997), define que para ser racionalidade médica tem-se como condição necessária a existência de cinco dimensões fundamentais: morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica. A categoria racionalidade médica moderna é também denominada de biomedicina, modelo médico hegemônico na nossa sociedade.

*A idéia de paradigma trouxe o reconhecimento de que a suposta pureza e objetividade do conhecimento científico como descrição do mundo está longe da realidade. Esse conceito realça que o conhecimento científico está, sim, como todos os outros, submerso numa névoa muito humana, social, política e cultural que faz parte da modelagem da percepção e da estruturação perceptiva do mundo, por mais objetivo que se queira ser. O paradigma, assim, para além de ser uma barreira intransponível no caminho para a objetividade, seria constitutivo do desenvolvimento do conhecimento científico normal (Tesser, 2002:25, grifos meus).*

Dentre os diversos temas abordados por Kuhn é discutida a *incomensurabilidade* entre paradigmas. Para ele, os significados, eventos e conceitos mudam de um paradigma para outro, ou seja, as crises ocorrem na ciência modificando suas teorias e seus princípios. O que decorre desta mudança não é um paradigma mais completo, é o resultado do contexto social e cultural daqueles que os constroem naquele determinado momento “*de modo que um não pode ser totalmente reduzido ou traduzido nos termos do outro*”, pois foi construído dentro de um ponto de vista diferente. Assim, a ciência moderna deixa de ser o “*supra –sumo da evolução do saber*” (Tesser, 2002:26).

A verdade absoluta como fruto da investigação científica e o conhecimento totalitário acerca das manifestações da vida passa a ser discutido. A ciência já não dispõe de todas as respostas, mostra-se limitada e relativa. Suas teorias e princípios não conseguem nortear e explicar todas as questões e manifestações da vida humana.

Sendo assim, estaríamos vivendo uma profunda e irreversível crise do paradigma dominante, um período de revolução científica. Período de transição entre o paradigma da ciência moderna e um novo paradigma. A crise pela qual passa o paradigma da ciência moderna, configura como o resultado de uma multiplicidade de condições que estaria nos dirigindo para o paradigma da ciência pós-moderna. *A identificação dos limites, das insuficiências estruturais do paradigma científico moderno, é o resultado do grande avanço no conhecimento que ele propiciou. O aprofundamento do conhecimento permitiu ver a fragilidade dos pilares em que se funda* (Santos 1997b; 2001:68).

Apesar dos avanços tecnológicos da ciência moderna, a visão de mundo dentro do modelo mecanicista de Newton parece não mais dar conta da complexidade de fatores que emergem. O homem que parecia ser uma máquina constituída de peças, todas passíveis de compreensão racional e mecânica, apresenta-se como um ser envolvido em aspectos sociais, culturais e econômicos, micro e macro estruturais. O modelo de máquina não corresponde às necessidades encontradas nos serviços de saúde, não sendo

suficiente consertar ou trocar "as peças" para melhorar as condições de vida e saúde da população.

De acordo com Pereira e Bellato (1997), as teorias nas quais estavam firmemente alicerçados os conceitos básicos da visão de mundo newtoniana, sofreram grande desestabilização, com a exploração do mundo atômico e subatômico. A publicação no século XX, da Teoria da Relatividade de Einstein e da Teoria Quântica de Planck tem transformado radicalmente as formas fundamentais de representação humana, como as noções de tempo e espaço.

Segundo esses autores, os questionamentos trazidos pela física quântica também no meio filosófico já não comportam as explicações racionais até então dadas sobre o mundo e o ser. A fissura provocada por essa nova forma de ver o universo, fez com que filósofos, como Foucault, Lyotard e Derrida começassem a questionar o conhecimento, até então produzido, dentro da ciência do pensamento.

É importante oportunizar que a crise de paradigma se assenta predominantemente no mundo ocidental, onde as teorias da ciência moderna ou do paradigma mecanicista têm sido hegemônica, tornando-se o guia explicativo, o manual que conduz e explica as relações e as manifestações da vida humana. A idéia de crise é trazida de maneira distinta por vários autores, entretanto nos atrelamos à definição de Luz (1997), que de certa maneira proporcionará o afunilamento da crise na racionalidade médica moderna.

Essa autora explicita duas crises: a “crise da saúde” que seria o aglomerado de eventos e situações complexas que atravessa as questões socioeconômicas, culturais e epidemiológicas na sociedade contemporânea, da qual emergiram novos paradigmas na medicina. E a “crise na medicina”, que não estaria dissociada da primeira, no entanto sua distinção possibilitaria analisar seus diversos planos de significação<sup>7</sup>, dos quais nos deteremos no plano que a autora define como Racionalidade Médica.

A racionalidade médica moderna, perpassou por várias mudanças onde visualizamos a substituição da “arte de curar” para a investigação da doença, onde a relação entre o profissional<sup>8</sup> de saúde e o doente é desvalorizada. Essa racionalidade tornou-se grande pioneira dos princípios da ciência e, talvez por isso, o modelo biomédico seja confundido como sendo a ciência e não uma manifestação desta.

---

<sup>7</sup> A autora define como principais planos de significação: o institucional; a eficácia institucional médica; o plano terapêutico da medicina; o plano da bioética; o plano corporativo; o plano pedagógico e o plano econômico e social entre outros.

<sup>8</sup> A relação médico-paciente já vem sendo apresentada como um dos pontos chave a ser resgatado na melhoria da assistência, emprego o termo profissional de saúde, considerando que esta desvalorização ocorre no sistema de saúde como um todo, discutiremos também no capítulo V.

As mudanças e transformações nessa racionalidade não ocorrem de maneira brusca. Dá-se após várias crises da razão científica moderna. Tem uma trajetória histórica, com origem e bases sociais perpassando quatro momentos de crise e mutações (Luz, 1996; 1988; 2000):

O primeiro momento de crise e transformação significativa é chamado de momento hipocrático. Nesse momento, a arte de curar conduz ao conhecimento das doenças, tendo como objetivo o restabelecimento da saúde dos doentes. A saúde consiste em equilibrar-se da maneira mais natural possível, sendo o homem parte integrante da natureza. Ainda prevalece a teoria de *vis medicatrix*, a força medicadora da natureza. É aqui que se inicia também o processo de consolidação da corporação médica como possuidor do conhecimento filosófico, do conhecimento verdadeiro.

O segundo momento de crise situa-se nos séculos XVI e XVII. As disciplinas científicas básicas estruturam-se com a anatomia, a fisiologia e a patologia. Nesse período, valoriza-se a ciência em detrimento à arte de curar. No século XVII a iatromecânica tem seu grande momento histórico, e o mecanicismo torna-se um traço constitutivo da racionalidade médica moderna. A medicina manifesta o processo de racionalização que predominou no ocidente, a investigação do doente e o combate às doenças obtém hegemonia sobre a busca da saúde das pessoas doentes.

O terceiro momento de mutação e crise aparece no final do século XVII e as primeiras décadas do século XIX. Surge uma nova maneira de pensar e agir médicos, é o “nascimento da clínica”. A vida passa a ser vista através da morte (exame de cadáveres), o médico passa a ser combatente da morte, o seu instrumento fundamental é o “olhar clínico” e a intervenção médica acontece através do fármaco ou do bisturi.

É no quarto momento de crise e mutação que se situa a mudança de paradigma. Constata-se uma tripla cisão: cisão entre ciência das doenças e a arte de curar (*epistémé / tekhné*); cisão da prática de combate à doença e diagnose e terapêutica (*práxis*); e cisão no interior do agir clínico (*teknê*), no relacionamento médico-paciente, através do desaparecimento do contato com o corpo do doente, substituído crescentemente pela utilização de terapêuticas e tecnologias “frias”.

Na modernidade, ao estabelecer-se a separação entre sujeito e objeto, nega-se toda a subjetividade e apriorismo do objeto (Pereira e Bellato, 1997). É também na modernidade que emergem as tecnologias para o diagnóstico e a terapêutica, “o olhar clínico” perde o seu valor para o olhar radiológico ou tomográfico, e os investimentos são voltados para a busca de antibióticos e quimioterápicos cada vez mais potentes. A doença perde seu significado simbólico, é explicada através da fisiopatologia, não se

avalia o indivíduo doente, e sim a doença. É a enfermidade que deve ser investigada e combatida, as doenças são passíveis de explicação racional, não é possível entendê-la de outra maneira, ao menos do ponto de vista científico.

A racionalização elencou valores que foram desagregadores da vida, levou o mundo humano ao vazio, à perda de sentidos e um mundo vazio de símbolos é um mundo morto (Luz, 1997). Não caberia à racionalidade médica moderna considerar os significados de determinada doença para o indivíduo, esses aspectos não seriam inerentes à vida como assim o são, e estão presentes na própria racionalidade médica, contudo não é assumida por esta.

*O simbólico tende a ser desprezado pela racionalidade médica moderna, não haveria lugar na biomedicina para o simbólico no profissionalismo científico... porém, alguns profissionais estão se dando conta que a cura passa, também, pelo plano do simbólico e não apenas no combate ao agente invasor ou na extirpação dos efeitos patológicos (Barsted, 2000:67).*

A nossa obsessão pelo conhecimento racional, pela objetividade e quantificação nos deixaria inseguros ao lidarmos com os valores e experiências humanas (Capra, 1997). Para nós, é “irracional” pensar que determinada doença infantil surgiu a partir de um “vento caído”, não existe uma doença que não esteja ligada a processos biológicos ou não seja decorrente da invasão no corpo humano de vírus, bactérias, fungos etc. Especificamente, nos serviços de saúde, o profissional depara com uma realidade pouco discutida durante sua formação. Encontra processos patológicos para os quais ainda não foram produzidos medicamentos, para os quais seus fundamentos teóricos não têm respostas e as tecnologias produzidas não conseguem a eficácia desejada.

A dependência do modelo biomédico em relação à alta tecnologia provocou problemas de natureza médica ou técnica, sociais, econômicos e morais. Há uma grande desproporção entre o custo e a eficácia da medicina moderna. As intervenções biomédicas teriam pouca influência sobre a saúde das populações. Todavia, essas intervenções apresentam-se úteis nas emergências individuais, apesar de tornarem-se despersonalizadas e desumanizadas (Capra, 1998).

Dessa forma, o abalo sofrido pela ciência moderna, o paradigma hegemônico, possibilitou que outro paradigma pudesse emergir. Especificamente, na racionalidade médica, a crise tem permitido que outras direções possam ser tomadas, vividas. Como ilustra Sabroza (2001:35):

*A visão de mundo elaborada com base em uma perspectiva científica e materialista vem perdendo terreno para aquelas centradas em valores místicos, disseminadas por toda a sociedade, sobretudo nas periferias urbanas (Sabroza, 2001:35).*

Como apontado, as lacunas deixadas pela visão de mundo apregoada até então, tornou-se um campo fértil para a revalorização das medicinas alternativas renegadas pelo paradigma científico. Fazemos alusão à notoriedade dada a práticas provenientes de medicinas tradicionais praticadas no país, como a indígena e a xamânica, das quais o modelo biomédico vem captando o conhecimento sobre as ervas e qualificando como fitoterapia. Hoje, as medicinas alternativas ocupam espaço tanto nas classes sociais mais favorecidas quanto nas menos favorecidas, tornando-se material especulativo da mídia, do setor econômico e objeto de estudo no meio científico.

Essa revalorização pode ser observada no movimento social urbano designado de *contracultura* desencadeado nos anos 60 nos EUA e países europeus, atingindo os países latino-americanos sobretudo nos anos 80. (Luz, 1997; Nascimento, 1998b). Nesse período, acontece o aumento da importação de racionalidades médicas complexas distintas da racionalidade médica ocidental, como a medicina ayurvédica e a medicina tradicional chinesa fundamentadas em um paradigma vitalista. O qual nos propomos a discutir como pano de fundo das práticas de medicina alternativa.

## **2.2. O paradigma emergente e o paradigma vitalista, cenário da medicina alternativa.**

Os momentos de crises da ciência favoreceu a emergência de um paradigma mais abrangente, menos racionalizador. Paradigma científico que conseqüentemente proporcionará que outras racionalidades médicas deixem de ser suprimidas pela racionalidade médica hegemônica.

Santos (1997a:48; 2001), refere que a revolução científica pela qual atravessamos difere da ocorrida no século XVI. Ocorre numa sociedade já revolucionada pela ciência e portanto, o paradigma emergido desta transformação contribuirá para uma vida mais decente. Esse paradigma comporia outros modos de apreensão do conhecimento e é elucidado através de quatro teses: 1) Todo o conhecimento científico-natural é científico social; 2) Todo conhecimento é local e total; 3) Todo conhecimento é autoconhecimento; 4) Todo conhecimento visa constituir-

se em senso comum. Descrevemos abaixo sucintamente como o autor justifica suas teses:

1) Todo o conhecimento científico-natural é científico social: a distinção entre ciências naturais e sociais deixou de ter sentido. No paradigma emergente o conhecimento tende a não ser dualista superando as distinções antes evidentes tais como natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observado/observador, subjetivo/objetivo, coletivo/individual, animal/pessoa. Nisso, os estudos humanísticos tenderiam a ser revalorizados, sendo necessário avançar além do conhecimento disciplinar transpondo os limites disciplinares onde se configura a segunda tese;

2) Todo conhecimento local é total: enquanto no paradigma dominante o conhecimento avança pela especialização, no paradigma a emergir o conhecimento avança à medida que seu objeto se amplia. A fragmentação constitui-se em redor de temas, *sendo total não é determinístico, sendo local não é descritivista, é um conhecimento sobre as condições de possibilidade*, esse modo de conhecimento aponta a transgressão metodológica, onde se faz necessário a pluraridade de métodos que conduz a personificação do trabalho científico revelado na terceira tese;

3) Todo conhecimento é auto conhecimento: o objeto seria a continuação do sujeito por outros meios, assim o caráter autobiográfico e auto-referenciável da ciência é plenamente assumido. Desse modo, o conhecimento poderá se traduzir num saber prático que ensina a viver, onde desenvolverá a quarta tese:

4) Todo conhecimento científico visa constitui-se em senso comum: o conhecimento científico tenta dialogar com o senso comum. Reconhece que o senso comum pode enriquecer nossa relação com o mundo. Na ciência pós-moderna, o salto mais importante é o que é dado do conhecimento científico para o conhecimento do senso comum, um *conhecimento prudente para uma vida decente*.

Para Queiroz (2000), o movimento de medicina alternativa é uma proposta que está fora do modelo biomédico, da medicina especializada e tecnológica. Propõe uma revolução científica, que na prática possibilitaria o surgimento de uma ciência mais humana, ecológica e integradora. Através deste movimento seria possível emergir um novo<sup>9</sup> paradigma que superaria o positivismo cartesiano e newtoniano.

---

<sup>9</sup> A palavra novo utilizada pelo autor parece sugerir que seria não apenas o paradigma vitalista proveniente da racionalidade das medicinas orientais, pois esse não é novo. O novo paradigma surgiria da

*O novo paradigma pretende que outras dimensões, tais como a emoção, a intuição e a sensibilidade, tenham um papel tão importante quanto o intelecto. A harmonização dessas dimensões ampliaria o foco científico dirigido à realidade e traria uma ciência mais harmônica. Como exemplos empíricos e práticos dessa ciência estariam as ciências médicas de origem oriental, a acupuntura, as massagens orientais, etc.*  
(Queiroz, 2000:367)

As medicinas alternativas estão apoiadas em um paradigma vitalista. Tal paradigma revela a existência de uma "*dinâmica vital*", algo que além do corpo físico. É através do fluxo dessa "*energia*" vital que é determinado se estar doente ou não. Por exemplo, para a medicina tradicional chinesa, a doença é fruto do desequilíbrio do *QÌ*, *KI* ou *CHÍ*, traduzido por alguns autores como "*energia vital*" (Bontempo, 1994; Jacques, 1999; Freire, 1999). Fato este, considerado um equívoco por Luz (1993) que traduz o *QÌ* como "*sopro vital*" ou "*sopro*", assemelha-se ao vento, à respiração, ao ar, ao vapor. Assim, a tradução para "*energia vital*" viria da nossa dificuldade de compreender a essência da medicina chinesa. Há nas medicinas alternativas uma teoria que a vida se apresenta em movimento, "*sopro*", "*dinâmica vital*", "*energia*", "*bioenergia*", afirmando a necessidade de um princípio que não seja apenas material (físico-químico), para explicar os fenômenos vitais.

Nestas medicinas, a doença é o resultado de um desequilíbrio de forças naturais e sobrenaturais, compreendida como o rompimento da harmonia com a ordem cósmica em movimento (Luz, 1996). Essa visão dos seres humanos e do ambiente como sendo inseparáveis e co-extensivos com o universo é um componente fundamental das principais filosofias orientais. Nas culturas indianas e chinesas, o fato de viver em harmonia com a natureza e a sociedade humana é o principal requisito para a saúde, acredita-se que a doença pode se originar de dentro do corpo ou do ambiente, dependendo de fatores relacionados à constituição do indivíduo (Godoy, 1988; Svoboda e Lade, 2000).

Ao contrário do ocidente, médicos orientais (mesmo no moderno Japão científico) podem aceitar juízos subjetivos seus e do doente, sem que vejam nisso uma ameaça à sua competência. Eles possuem a consciência que estão lidando com sistemas vivos, em fluxo contínuo, onde o valor da experiência subjetiva é tão precioso quanto a avaliação racional (Capra, 1998).

---

superação dos conhecimentos adquiridos do paradigma mecanicista com a interação do paradigma vitalista.

Deste modo, as práticas de medicina alternativa, que em sua grande maioria provêm das culturas orientais têm um caráter menos intervencionista. Ao invés de se opor à doença, de impedir certas manifestações sintomáticas, tenta-se compreender suas causas buscando envolver o indivíduo e o seu modo de vida. A ênfase é dada ao doente e não à doença. Passar por fases temporárias de doença nas quais se pode aprender e crescer é estar em equilíbrio dinâmico. Nesse caso, os períodos de saúde precária são estágios naturais de interação contínua entre o indivíduo e o ambiente (Queiroz, 2000).

A medicina alternativa também pode ser apresentada como uma tecnologia-leve<sup>10</sup>, pois atua no processo de ler o mundo humano. Faz-se no trabalho vivo entre o profissional e o usuário como afirma Merhy (1994):

*A tecnologia está nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos...Podemos dizer que a medicina oriental é tão tecnológico quanto a ocidental alopática, pois ela além de desenvolver toda uma leitura, em nós, sobre saúde e doença, cria processos de trabalhos específicos para intervir nestas dimensões (Merhy,1994:35)*

A prática de medicinas alternativas desempenha um papel simbólico, de ordenação de significados, e prático, possibilitando a incorporação de diferentes especialistas. Mas, também exerce o papel político na medida que defende os saberes deslegitimados pelo modelo de saúde oficial (Loyola,1991).

Portanto, as medicinas alternativas parecem ocupar as lacunas deixadas pela racionalidade biomédica, traz a simbologia, estimula a relação profissional de saúde-doente, sem necessitar do uso de fármacos e máquinas. Oferece outras possibilidades de atuação do profissional de saúde. Em um momento onde se discute o modelo de racionalidade empregada é bastante favorável o emprego de outros conhecimentos.

No entanto, como será discutido no capítulo V a revolução na busca pela saúde que é proposta pelas medicinas alternativas podem não estar representando, uma mudança significativa no modo de perceber e compreender o doente e a doença.

---

<sup>10</sup> Merhy (1994) classifica as tecnologias em saúde como *leves, leves-duras e duras*. A tecnologia aqui não está vinculada a um equipamento tecnológico, “mas também a de um certo *saber fazer*, e um *ir fazendo*, que inclusive dão sentidos ao que será ou não a *razão instrumental* do equipamento”

### *CAPÍTULO III*

*Meu corpo é a expressão do meu ser,  
É também resultado do meu viver,  
Através dele, com ele, sinto as pessoas  
que comigo estão a caminhar,  
com ele toco e permito tocar,  
É meu corpo que por vezes me impulsiona  
a parar ou continuar.*

## A MASSAGEM

### 3.1 Aspectos históricos e fundamentos da massagem

O termo massagem é empregado nesse estudo, para denominar as práticas manuais utilizadas como instrumento na obtenção da saúde e bem-estar. Assumimos que o emprego dessa categoria é limitada por não caracterizar todas as modalidades terapêuticas discutidas mais adiante, principalmente as práticas provenientes de culturas orientais. No entanto, a mesma já está consagrada, e entendemos que empregar outra categoria não ajudaria o estudo. É uma prática que predominantemente tem as mãos como meio de aplicação, pois a prática a ser discutida neste capítulo, se refere tão somente a prática manual, sem o uso de artifícios mecânicos. Apresentamos de maneira concisa, os desdobramentos que incidiram na prática da massagem. Ao ser disseminada, ela obtém características locais e temporais assumindo papéis e nomes distintos no decorrer da história.

A linguagem do toque é universal. Através do instinto esfregamos os locais doloridos ou acariciamos uns aos outros para nos acalmar (Aslani, 1998). A massagem seria uma das técnicas mais antigas usada para obter bem-estar e saúde. Parece ter nascido desde o instante em que o homem tomou consciência que poderia tocar o seu corpo, e que ao tocar e ser tocado, desenvolvia sensações agradáveis.

Hoje, apresenta-se uma grande diversidade de nomes e variações da prática de massagem tanto no Oriente quanto no Ocidente, que em sua grande maioria vem sendo empregada como um recurso terapêutico. Seus benefícios estariam também situados no paradigma no qual se insere. Nas culturas orientais, como a da China e do Japão, a técnica da massagem está inserida no paradigma vitalista e na teoria da inter-relação homem e meio. Na cultura ocidental, os benefícios da massagem atuam relaxando o corpo e influenciando diretamente os sistemas linfático, osteo-muscular, nervoso, respiratório e circulatório.

Não se sabe ao certo onde e como a massagem começou. No entanto, sabemos que todas as grandes civilizações orientais desenvolveram essa prática. Existem provas documentadas da prática de massagem em muitas culturas antigas: a egípcia, a grega, a romana, a indiana, a chinesa e a japonesa. Quase todas as civilizações desenvolveram sistemas terapêuticos com tal prática. Entre essas civilizações, vários autores apontam a China como a que mais desenvolveu e sistematizou métodos de massagens, influenciando outras civilizações (Oliveira, 1989; Freire, 1989, 1996; Aslani, 1998;

Jacques, 1999; Moreira, 1999; Vickers e Zollman, 1999; Mackey, 2001; Cline, 2002; Zen, 2002).

No que diz respeito ao nome de origem da massagem, aparecem algumas divergências entre os autores. Uns apresentam o nome “*Anwu*” tendo surgido entre 3000 a.C. e 27000 a.C., passando-se a chamar “*Anmo*”, outros apresentam como “*Anma*” em 3200 a.C, denominando as várias maneiras como as pessoas tocavam e se tocavam expressando diversos sentimentos. Já “*Anmo*” poderia ser traduzida como “pressionar deslizando para frente”. Talvez a divergência esteja associada à dificuldade em traduzir os ideogramas chineses, que de certa maneira constituem um obstáculo para a compreensão da história da China. Muitas vezes, como é o nosso caso, dependemos de literaturas ocidentais para discutí-las, isto é, já passaram por um processo de ocidentalização, pois são traduzidos sob a égide do paradigma da ciência moderna. No decorrer do trabalho utilizamos “*Anma*” por ser a tradução mais divulgada. A “*Anma*” teria se desenvolvido na China sendo a precursora de outros métodos de massagem que mais tarde vieram a desenvolver-se tanto no Oriente quanto no Ocidente (Queiroz, 1989; Moreira, 1999; Jacques, 1999).

Diante disto, estaremos situando a história da massagem e o seu desenvolvimento na China, apresentada como seu berço. Além disso, as modalidades de massagem desenvolvidas nos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro em sua maioria provêm da MTC, ou seja, estão fundamentadas em um paradigma vitalista. Ainda, mencionamos como a prática da massagem se apresentou e se apresenta nos dias atuais na nossa realidade, onde o paradigma biomédico é hegemônico. Isso se faz necessário pois, *qualquer prática de assistência à saúde é o produto de sua história e existe dentro de um certo contexto ambiental e cultural* (Capra, 1998:312).

### 3.1.1 Desenvolvimento da massagem na China

A primeira monografia sobre “*Anma*”, se perdeu no tempo mas, no “*Huang Di Nei Jing*”, o Tratado Interno do Imperador Amarelo, onde são apresentados os pilares do que conhecemos hoje da Medicina Tradicional Chinesa (249 a.C a 221 a.C), existem vários capítulos que tratam de quase todos os aspectos da massagem: manobras, indicações e análises dos princípios terapêuticos da mesma. Isto mostra que a massagem se constitui uma das terapêuticas importantes da MTC. Assim, nas dinastias Sui e Tang (581 d.C. a 907 d.C), a “*Anma*” foi estabelecida oficialmente na China, ou seja, no Bureau Médico Imperial, no qual os massagistas foram classificados em níveis distintos

como doutores e técnicos. Porém, desapareceu da instituição médica do Estado nas dinastias Song, Jin e Yuan (1027 d.C. 1380 d.C.), e passou a ser utilizada apenas em osteotraumas, experiência que baseou o desenvolvimento de manipulações ósseas no *Tuina*<sup>10</sup> (Jacques, 1999). Queremos enfatizar que a supressão da “*Anma*” nas instituições médicas chinesas não indica a sua estagnação. Supomos que a sua expansão mais tarde, seja o resultado de uma prática que já se estendia popularmente pela China, e o espaço que veio a ocupar não foi o resultado apenas do interesse de um Imperador.

Dessa maneira, na dinastia Ming (1380 d.C. a 1750 d.C.), após grande expansão, a “*Anma*” voltou a integrar os departamentos do Instituto Médico Imperial, passando também a ser definida pelo termo *Tuiná*, que podia ser traduzido como “segurar firme e empurrar para frente”. Ainda nesta dinastia, o *Tuiná para crianças* também se expande passando a ocupar um departamento do Instituto Médico Imperial. Esse momento é apontado como o principal período de avanço e florescimento da massagem para crianças (Freire, 1989; Jacques, 1999; Cline, 2002).

Mas a história chinesa é repleta de movimentos contrastantes que se refletem na MTC. A massagem como uma dimensão desta medicina é parte desse processo. Com a influência dos ingleses após 1750 na dinastia Qing, a MTC sofreu um desmantelamento. O ambiente tornou-se cada vez mais opressivo. Nessa época, o *Tuiná* se desenvolveu apenas como tradição familiar, sendo transmitido desse modo às gerações seguintes. Quase duzentos anos mais tarde, em 1949, com a revolução comunista, a Medicina Tradicional Chinesa voltou a ser estimulada e avançou novamente. Porém, volta a sofrer declínio entre 1960 e início de 1970, com a Revolução Cultural voltando a se desenvolver por volta de 1979 (Jacques, 1999; Cline, 2002).

Parece óbvio que a MTC nos dias atuais não é a mesma usada pelos chineses há mais de quatro mil anos e que o método de massagem apresentado no Tratado Interno do Imperador Amarelo sofreu modificações. No entanto, é preciso esclarecer que determinados princípios e fundamentos da medicina chinesa têm permanecido ao longo dos séculos, como por exemplo, a avaliação do estado de saúde através da dinâmica do *Qì*<sup>11</sup>.

A massagem na China compartilha com outras práticas da MTC os princípios teóricos e conceituais que a baseam. Fundamentadas na existência do *Qì*, tem como finalidade ativar ou dissipar o *Qì* acumulado nos canais *de circulação*, também chamados de *meridianos*, que o distribuem no indivíduo. Seus métodos consistem

---

<sup>10</sup> Modalidade de massagem discutida mais adiante.

<sup>11</sup> Sopro vital que percorre o corpo humano, teoria do paradigma vitalista apresentado no capítulo II.

principalmente em manipular a *energia ou sopro*, que se acumula nos meridianos, através dos pontos de pressão que estão localizados por todo o corpo, ao longo dos meridianos. Quando se exerce pressão com os dedos sobre esses pontos, o ambiente interno do corpo é afetado, fazendo o *Qì* fluir pelos *canais* de maneira harmônica.

Os canais ou meridianos recebem em grande parte um nome relativo a um determinado órgão do corpo, mas isso não implica que ele esteja ligado exatamente a esse órgão, e sim à função metabólica que o órgão desempenha. Não existe estrutura anatômica verificável para encontrar as evidências dos caminhos percorridos pelo “*sopro*”. No entanto, o *Qì* percorre caminhos bastante definidos, chamados de “*canais principais*”, “*canais maravilhosos*”, “*distintos*”, “*lo*” e “*tendineomusculares*” (Luz, 1993; Bontempo, 1994; Freire, 1996).

Os *canais maravilhosos ou extraordinários*, são 8 (4 yin e 4 yang) usados na drenagem dos meridianos extraordinários quando estão sobrecarregados. Não têm pontos próprios e utilizam os meridianos principais e a eles se reúnem através de um ponto mestre, o ponto de comando de cada canal. Os mais importantes são: Vaso Conceção (VC) e Vaso Governador (VG) que possuem funções sutis ligadas ao sistema geniturinário, sistema respiratório, à fecundidade, e ao sistema nervoso central respectivamente.

No quadro abaixo apresentamos os *canais principais* que são subdivididos em *Yin*<sup>12</sup>/*Yang*. São 12 canais distribuídos como linhas vetoriais ao longo do corpo<sup>13</sup>, assumindo sempre uma distribuição bilateral e simétrica, com um número determinado de pontos distribuídos ao longo de seu percurso.

---

<sup>12</sup> Assim como a teoria do *Qì* para compreendermos princípio Yin/Yang sem correremos o risco de sermos simplistas, teríamos que nos aprofundar na cosmologia da medicina tradicional chinesa. Para Luz (1993:14), são os dois pólos que se opõem e se complementam, caracterizam natureza cíclica e dual do universo, são também aspectos do *Qì*. Bontempo (1993:270), define como princípios opostos e complementares, o Ying e o Yang se engendram um ao outro como o dia vem após a noite. Do equilíbrio entre essas duas forças depende a saúde do ser humano e suas relações harmônicas com o meio ambiente. Todas as coisas são classificáveis em yin ou yang, mas tudo é relativo pois nada é estável, tudo está em constante transformação. Os pólos yin e yang não podem existir separadamente, um depende do outro e só podem ser concebidos em ação conjunta. Por exemplo, yang é quente, yin é frio, yang é dia, yin é noite. Se um predomina ao outro as doenças poderão aparecer, se um doente está com características yin será estimulado para diminuição do frio e aumento do calor, isto é, diminuição de yin, aumento de yang.

**QUADRO 1 - Distribuição dos canais principais, número de pontos e função.**

<b>Canais</b>	<b>Nome-sigla/pontos/função</b>
Yin	Pulmão (P) 11 pontos – comanda o pulmão e as vias respiratórias; Coração (C) 9 pontos – distribuição de nutrientes, oxigênio e vitalidade; Baço-Pâncreas (BP) 21 pontos – comanda a função combinada do baço e pâncreas; Fígado (F) 14 pontos – comanda as múltiplas funções do fígado. Rins (R) 27 pontos – Excreção de resíduos do sangue pela urina; Circulação/Sexualidade (CS) 9 pontos completa as funções do meridiano do coração, influi sobre o coração, a circulação e os órgãos sexuais.
Yang	Estômago (E) 45 pontos – vinculado ao estômago e o duodeno e suas funções digestivas; Vesícula Biliar 44 pontos ( VB) – função biliar total, intra e extra-hepática. Intestino Grosso (IG) 20 pontos - excreção e assimilação de água e sais minerais; Intestino delgado (ID) 19 pontos – assimilação, absorção; Bexiga (B) 67 pontos – complementar à função dos rins; Triplo Aquecedor (TA) 23 pontos - ligado a funções especiais responsável pela regulação térmica do organismo a partir do controle dos três calores: o calor da digestão, o calor da circulação sanguínea e o calor do sistema geniturinário.

FONTE: BONTEMPO, M. 1994. Medicina Chinesa *Guia Prático de Medicina Natural*. São Paulo: Nova Cultural.

### 3.1.2. A massagem na nossa sociedade

No Ocidente, massagem viria do francês *massage* que deriva de massa, fazendo analogia aos movimentos realizados na mistura da massa pelos trabalhadores (Brêtas, 1999). Mas a prática ou métodos de tocar o corpo teria sofrido uma profunda influência da prática da “Anma”.

A prática de massagem no Ocidente se iniciou na Grécia junto com a ginástica, com o objetivo de manter a forma física e a beleza. Os romanos, que herdaram a cultura

<sup>13</sup> Para facilitar a “visualização”, como os canais percorrem o nosso corpo apresentamos figura, onde podem ser vistos os 12 meridianos principais e os dois maravilhosos (Anexo 9).

dos gregos, ministravam a massagem em banhos públicos com óleos perfumados e a utilizavam também para tratamentos de saúde. Com o declínio do Império Romano os banhos públicos foram abolidos com a justificativa que favoreciam o abuso sexual. Mesmo assim, vários médicos colocaram-se a favor da prática de massagem, salientado que era um recurso terapêutico.

Durante a Idade Média, por influência da religião, a massagem e outras maneiras de toque foram proibidas, deixando de ser praticada pelas instituições de saúde na Europa. A prática tornou-se objeto de perseguição, sendo utilizada por leigos, curandeiros e parteiras (Brêtas, 1999; Jacques, 1999).

A massagem reapareceu no Ocidente no século XIX, através de médicos franceses e holandeses que relataram benefícios para a saúde. Contudo, foi na Suécia onde se originou a escola mais famosa de massagem, através do médico Per Henrik Ling (1776-1839). Ling definiu seu método de Ginástica Médica e o fundamentou na fisiologia. A escola da Suécia tornou-se o ponto de partida para divulgação de seu trabalho na Europa, Rússia e nos Estados Unidos. Atualmente, essa prática é definida como massagem Sueca (Brêtas, 1999; Jacques, 1999; Vickers e Zollman, 1999).

A massagem sueca atua nos sistemas orgânicos, nutre a pele, estimula a circulação dos líquidos corporais, influencia o metabolismo, melhora a nutrição, oxigenação e a drenagem linfática e venosa. Como benefícios destacam-se ainda o relaxamento, combate ao estresse e a fadiga, a manutenção do tônus e da elasticidade e a correção postural. A ação da massagem atua em dois planos básicos: primeiro, os efeitos produzidos em todo o organismo pela ativação das correntes sanguínea e linfática; segundo, as reações provocadas pela aplicação da massagem no campo motor e no campo visceral pela formação de estímulos diretos ou reflexos (Oliveira, 1989; Jacques, 1999).

O valor terapêutico tem como fundamento a manipulação do tecido. As manobras executadas pelo corpo, são essenciais para se conseguir os efeitos desejados. Os movimentos têm como objetivo desencadear reações fisiológicas benéficas. Os efeitos básicos são calmante, excitante ou estimulante e desintoxicante. Entre as manobras da massagem Sueca incluem-se: 1) Deslizamento- movimento efetuado com a mão, podendo ser um deslizamento suave, isto é, superficial, ou um deslizamento forte e firme, ou seja profundo. 2) Percussão- pancadas a serem executadas com as pontas dos dedos, com a palma das mãos, com o cutelo das mãos, ou ainda com o dorso ou punho fechados. 3) Amassamento- movimentos que comprimem fortemente o músculo. 4) Fricção- manobra circular que pode ser usada de formas variadas: com um ou com

todos os dedos, com a palma da mão, cutelo ou dorso da mão, podendo a fricção ser superficial ou profunda, dependendo do que se pretende obter ou tratar. 5) Vibração-movimento ritmado fazendo com que o braço e principalmente a mão tremam com firmeza sobre o corpo do outro, transmitindo ao tecido superficial e profundo uma contínua vibração que poderá aliviar dores musculares (Oliveira, 1989; Jacques, 1999). Estas cinco técnicas são consideradas as manobras básicas iniciais para a massagem, porém a criatividade e outros conhecimentos podem ser associados às mesmas. Outras técnicas também são bastante utilizadas, como o pinçamento, rolamento, movimentos circulares, mão oca, mão em cutelo, punhos fechados, palmas etc.

A massagem Sueca não é considerada por muitos uma prática alternativa, uma vez que seus fundamentos estão configurados na racionalidade biomédica. Existe atualmente, uma discussão provocada pelos fisioterapeutas que a massagem deve ser restrita à sua categoria, ou prescrita por eles. O massoterapeuta (nível médio), seria apenas o executor. Entretanto, o que ocorre é o crescimento expressivo de escolas e institutos formadores de massoterapeutas em todo o Brasil, que formam tanto em massagem sueca quanto em outros tipos de massagem. A categoria de massoterapeutas tem se organizado em sindicatos e em alguns Estados é possível obter registro através da vigilância sanitária desde que comprovem sua formação, podendo abrir consultório para atendimento em massagem.

Das práticas de massagem vistas como alternativas, fundamentadas no paradigma vitalista, algumas são mais comuns no Brasil. Apresentaremos algumas considerações dos tipos de massagem oferecidas através do programa de medicina alternativa do Rio de Janeiro: o *Tuiná e Tuiná para crianças*, o *Do-in*, a *Reflexologia*, o *Shiatsu*, e a *Shantala*. A massagem *Ayurveda* também vem ocupando papel de destaque na nossa sociedade, mas não a discutiremos por não estar presente no PMA do Rio de Janeiro.

### ***Tuiná e Tuiná para crianças***

O *tuiná e tuiná para crianças* nos dias atuais ainda ocupam um importante papel na MTC. Elas são usadas com a finalidade de preservar a saúde e tratar desequilíbrios, empregando técnicas manuais em áreas e pontos específicos do corpo humano capazes de influenciar o fluxo do QÌ.

No *tuiná para crianças*, alguns pontos são os mesmos usados na acupuntura, mas outros são peculiares à massagem e funcionam como se fossem pontos extras, alguns dos quais representados por linhas ou áreas. Cada ponto, além de apresentar

indicações específicas, requer também o emprego de técnicas apropriadas de abordagem que variam segundo a localização anatômica do ponto pretendido com a sua manipulação (Freire, 1989).

Existem mais de cem técnicas manuais utilizados no *tuiná*. Destas, vinte a trinta são as mais usadas. Os métodos variam bastante, dependendo do objetivo que se queira alcançar e do indivíduo que está sendo massageado, podendo ser utilizadas manobras no sentido dos canais ou realizando pressão, deslizamento, fricção, entre outros (Jacques, 1999). É uma prática menos divulgada e é oferecida principalmente em consultórios privados.

### ***Do-in ou Automassagem***

Esta prática de massagem também é fundamentada na medicina chinesa e na teoria do Qì, meridianos e pontos distribuídos nos mesmos. Outro aspecto que nos chama atenção é a diversidade de nomes com o qual esse método de massagem é apresentado: do-in, automassagem, acupressura e digpuntura.

Embora faltem dados arqueológicos, presume-se que o Do-in tenha se desenvolvido na China há uns cinco mil anos, durante o reinado de Huang Ti, o lendário Imperador Amarelo, considerado o pai da acupuntura e o formulador dos fundamentos de toda medicina chinesa (De Langre, 1981; Cançado, 1987). Essa prática chinesa milenar seria fonte de um precioso recurso para a saúde: o autoconhecimento (Freire, 1996). Por isso, é também chamado “caminho de casa” (Zen, 2002).

Segundo De Langre (1981), desde que o primeiro homem massageou o próprio pé ferido na tentativa de aliviar a dor, a idéia do *Do-in* já estava formada. Após sentir que um simples toque era não apenas reconfortante, mas também terapêutico, o homem primitivo passou a perceber a existência de uma relação direta entre determinados pontos distribuídos por seu corpo e uma espécie de energia fluindo entre eles (Cançado, 1987). O *Do-in* seria uma variação do *tuiná* que visa à preservação ou recuperação da saúde através da pressão exercida com os dedos nos pontos de acupuntura (Natali; 1986). Freire (1996), apresenta a automassagem empregando os mesmos pontos utilizados no *Do-in*.

O *Do-In* tem por base a pressão com o dedo em determinados pontos, na maioria, possíveis de serem manipulados pela própria pessoa. É utilizada para o autodiagnóstico e tratamento. A massagem obedece à localização dos pontos em relação a determinado meridiano. Assim, o acúmulo ou deficiência de Qì se expressaria em pontos específicos que devem ser manipulados de acordo com o diagnóstico daquele

indivíduo. As técnicas básicas a serem utilizadas são a pressão, o estímulo ou deslizamentos sobre os meridianos (De Langre, 1981; Natali, 1986; Cançado, 1987; Freire, 1996).

Tem sido utilizada principalmente em trabalhos em grupos, por ser um método de fácil assimilação e possível de ser empregado em um número maior de pessoas ao mesmo tempo. Um exemplo, é o trabalho que Freire vem desenvolvendo. Ele relata sua experiência na comunidade de Planaltina-DF onde realizava oficinas de automassagem no serviço público de saúde, e a defende como um recurso que pode ser disseminado nos serviços de saúde e obter bons resultados (Freire, 1993).

### **Reflexologia ou Reflexoterapia**

A reflexologia ou reflexoterapia consiste basicamente na prática de massagem nos pés, com o objetivo de tratar todo o corpo. Há uma discussão de que reflexologia seria o estudo e reflexoterapia a prática. Mas as duas configuram-se usualmente, como sinônimos. Fundamenta-se na teoria de que determinadas zonas dos pés correspondem a órgãos, glândulas e demais estruturas do corpo, que se encontram refletidos nos pés. E na teoria de uma "*energia vital*" (Huber, 2002). Os primeiros sinais da prática de reflexologia aparecem no Egito, em uma tumba de um médico egípcio, onde foram encontradas inscrições que retratam a prática de massagem nos pés (Mackey, 2001; Huber, 2002).

São dadas outras explicações para o surgimento da reflexoterapia. A prática teria nascido há 5000 anos na China, sendo parte até os dias atuais, das práticas de saúde. Outra vertente diz que a reflexoterapia teria sido transmitida através dos povos indígenas da América do Norte, que há séculos teriam reconhecido a importância da massagem nos pés para o equilíbrio físico, mental e espiritual. O mapa dos reflexos dos pés teria sido elaborado pela norte-americana Euncie Ingham (1888-1974), através de estudos e experiência prática. Outro trabalho citado é o da enfermeira e massoterapeuta alemã Hanne Marquardt, que contribuiu para que a reflexoterapia fosse aplicada como recurso terapêutico nos sistemas públicos de saúde nos países germânicos (Huber; 2002).

A reflexologia é apresentada como um instrumento terapêutico e também diagnóstico, sendo bastante utilizado pela enfermagem. Entre os benefícios da reflexologia, aparecem o relaxamento, a produção de estímulo da circulação sanguínea e do sistema nervoso, e do equilíbrio da "*energia vital*", entre outros. A técnica consiste em utilizar as mãos para efetuar pressão e outros movimentos nas zonas de reflexos dos

pés, através dos quais poderão ser tratados ou equilibrados o corpo e a mente (Mackey, 2002).

A teoria da reflexologia tem ocupado lugar na mídia pelos interesses do mercado. É muito comum encontrarmos no comércio, calçados ou palmilhas magnéticas que ativam as zonas dos pés, bem como meias e massagedores elétricos ou de madeira.

### ***Shiatsu***

*O Shiatsu entende o homem como um ser integral, como parte do universo cuja expressão é a somatória de componentes físicos, mentais e espirituais em constante relação com a natureza e com todos os seres (Jung, apud Zen 2002:6).*

Segundo o Ministério da Saúde do Japão, o Shiatsu é uma terapia que utiliza as mãos sem qualquer instrumento mecânico ou tecnológico para realizar pressão sobre a pele corrigindo o mau funcionamento interno, tratando doenças específicas, promovendo e mantendo a saúde (Moreira, 1999).

A medicina chinesa chegou ao Japão por volta do século VI e o *Shiatsu* surgiu como forma de terapia em 1887, quando o governo instituiu uma lei para licenciar todos os praticantes de “*Anma*”. Dos terapeutas da época, muitos não quiseram aderir a esse regulamento e decidiram intitular o seu trabalho de *Shiatsu* que significa “pressão com o dedo”. Em 1955, sua prática foi reconhecida legalmente como parte da *Anma* e em 1964, como um método distinto e independente dela e outros tipos de massagem. Sendo entretanto, considerado uma forma de tratamento muito eficaz (Moreira, 1999; Zen, 2002).

Os pontos ou locais de pressão coincidem com a maioria dos pontos utilizados na acupuntura, respeitando as peculiaridades dos locais ou estruturas do corpo a serem massageadas. Para Maki (2003) um dos pioneiros em *shiatsu* no Brasil, sua prática é mais que uma simples massagem, pois através dele se conhece o doente, é realizado o diagnóstico e todo o tratamento. Daí a importância da qualidade da formação dos terapeutas. Para obter bons resultados a prática exige capacidade e atitude mental (afastar pensamentos negativos e prejudiciais) (Moreira, 1999; Maki, 2003).

O *shiatsu* ou *shiatsu expresso* pode ser encontrado em tendas nas praias ou aeroportos, também chamado de *catakuri* devido à cadeira que é utilizada. Porém, para Maki (2003), *não existe shiatsu expresso, pois não é possível realiza-lo em 15 minutos, o que é feito é muito superficial..*

### ***Shantala***

A Shantala foi trazida ao Ocidente pelo médico francês Frédérick Leboyer. Hoje a Shantala é a massagem para bebês mais conhecida e utilizada no Brasil (Brêtas & Silva, 1998; Brêtas, 1999).

Ao realizar uma visita à Índia, Leboyer observou uma mãe massageando seu filho. Ao perceber a “arte da massagem” ele decidiu fotografar todos os movimentos e acompanhar de perto os significados daquela prática. Retornando a seu país, começou a estudar os efeitos da massagem sobre os bebês e escreveu o livro intitulado Shantala, o mesmo nome da mãe indiana com quem ele aprendeu a massagem. Para Leboyer é necessário restabelecer o equilíbrio e alimentar a “parte de fora” do bebê, falar com sua pele, seu corpo, e a Shantala é um meio de fazê-lo (Leboyer, 1995).

A Shantala baseia-se em movimentos firmes e delicados no bebê. São realizados deslizamentos com as mãos no corpo do bebê, alongamentos e no término da massagem, são realizados três exercícios próximos à prática do *hatha yoga*<sup>14</sup>. Entre os benefícios da massagem no bebê destacam-se o estímulo ao desenvolvimento e crescimento; as trocas afetivas entre pais e filhos; O bem estar para pais e filhos e a melhoria de aspectos fisiológicos (Leboyer, 1995; Brêtas, 1999; 2000).

Nesse contexto, como poderiam práticas tão diversas ao paradigma biomédico serem implantadas e se agregarem aos serviços públicos de saúde no Rio de Janeiro? É o que buscamos elucidar nos capítulos IV e V.

---

<sup>14</sup> Exercícios físicos utilizados pelos indianos, constitui-se numa série de posturas chamadas “asanas”, em sânscrito (antiga língua clássica da Índia). A ioga que em sânscrito significa unir, tem como objetivo levar o homem à unidade, no qual ele seria capaz de desenvolver todas as suas potencialidades. Existem vários tipos de ioga, os principais são a raja-ioga (meditação) e a hatha-ioga (posturas).

## CAPÍTULO IV

*Muitos são os desafios,  
para aqueles que querem mostrar  
maneiras diferentes de caminhar,  
e novos rumos buscar...*

## OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A MEDICINA ALTERNATIVA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

### 4.1 Medicina Alternativa nos Serviços de Saúde: implantação, percalços e desenvolvimento

A discussão acerca da implantação de práticas alternativas em serviços públicos é ampla e não muito recente. Ainda na Conferência de Alma-Ata<sup>15</sup> em 1978, uma das propostas para alcançar a promoção da saúde das populações foi o investimento na medicina alternativa ou tradicional, estratégia que vem caminhando a passos lentos.

A Organização Mundial da Saúde-OMS vem discutindo e apontando os potenciais da medicina alternativa, defendendo que a implantação dessa medicina nos serviços de saúde contribuiria para satisfazer as necessidades sanitárias; aumentaria a oferta de serviços; e induziria a uma maior cooperação entre os profissionais do sistema oficial e profissionais da medicina alternativa. No documento: *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*, sinaliza a necessidade dos governos ampliarem o estudo para implantação e revalorização das práticas alternativas em seus sistemas de saúde oficiais (OMS, 2002).

A proposta de implantação de práticas alternativas nos serviços públicos de saúde, também não é recente no Brasil. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco da concepção do SUS, apresenta em seu relatório final entre os vários princípios que deveriam reger a organização dos serviços, a *introdução de práticas alternativas no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito de escolher a terapêutica preferida* (MS, 1987:17). Em 1988 uma Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação criou diretrizes, procedimentos e rotinas para a implantação da homeopatia, acupuntura, fitoterapia e técnicas alternativas em saúde mental no Sistema Único de Saúde-SUS (Queiroz, 2000). Mas, observamos que das propostas e diretrizes do MS no que se refere às práticas alternativas, poucas foram efetivadas. Como mostra Nascimento (1998b), uma das leituras que pode ser feita da palavra “integral” do artigo 198 da Constituição Federal possibilita a referência às práticas alternativas, mas há imprecisão no texto, ou seja, ainda não existe uma política clara sobre as práticas alternativas.

---

<sup>15</sup> A Conferência de saúde realizada na cidade de Alma-Ata é um marco na história da saúde coletiva, nela a atenção primária é apontada como estratégia fundamental para melhora da saúde das populações.

Desse modo, as ações desenvolvidas nos serviços públicos de saúde, têm sido muitas vezes o resultado de experiências em alguns municípios, como exemplo o município do Rio de Janeiro. No que diz respeito à oficialização, encontramos nos arquivos da SMS-RJ duas Leis e um Decreto que dizem respeito às práticas alternativas nos serviços de saúde. Através da Lei 1162 de dezembro de 1987 foi instituído o “*Serviço de Medicina Alternativa*”. Como especialidades, a Lei apresenta o *do-in*, a *acupuntura* e a *moxabustão*<sup>16</sup> e autoriza a criar convênios com Instituições especializadas visando o treinamento do pessoal. Quatro anos depois, em 1991, é publicado o Decreto 10.074 através do qual é criada uma Comissão Especial para estudar e elaborar projeto piloto para a introdução das “Medicinas Tradicionais e Alternativas” nos serviços de saúde do município. Em outubro de 1999, através da Lei 2899, foi autorizada a criação nas unidades assistenciais da Secretaria de Saúde, do núcleo de medicina alternativa. As especialidades a serem praticadas nos núcleos seriam a *homeopatia*, a *acupuntura* e a *yoga*; essa Lei possibilitou também a inclusão de outras especialidades através de propostas de instituições interessadas, desde que as mesmas apresentassem justificativas e estas fossem aprovadas pelo Executivo Municipal.

Observa-se que entre as Leis e o Decreto há diversidade entre a denominação do que é medicina alternativa e tradicional. Diversidade que representa uma realidade de maior proporção que se dá em torno dos termos “*alternativa ou tradicional*”. O que vemos na legislação do PMA é a existência de conceitos distintos que envolvem a mesma prática, ou seja, há pouca uniformidade conceitual acerca do que seja tradicional ou alternativa.

O Decreto também demonstra o pouco investimento que foi dado para o estudo da implantação das práticas alternativas. Seu texto nos leva a supor que alguns profissionais teriam que dispor de investimento pessoal e profissional, para que a comissão de trabalho desenvolvesse suas atividades quando menciona “*fica criada na secretaria municipal de saúde... sem aumento de despesa*” cujo “*membros da comissão não receberão quaisquer espécies de remuneração, exercendo suas funções sem prejuízo das atribuições dos respectivos cargos*”, isto é, um trabalho praticamente voluntário.

---

Entre os componentes fundamentais da atenção primária em saúde citadas nesta conferência estão: a educação em saúde, alimentação saudável, saneamento ambiental e a medicina tradicional.

<sup>16</sup> *do-in* vê capítulo III. Moxabustão: tem o mesmo princípio da acupuntura, interferir na configuração do *Qi* através do estímulo dos pontos. Na acupuntura o estímulo é realizado através das agulhas, na moxabustão através do calor gerado pela combustão de uma erva chamada artemisia (Luz, 1993).

As Leis e o Decreto garantiram a oficialização, mas o desenvolvimento e investimento na área dependiam da persistência e esforço dos profissionais que acreditavam na medicina alternativa. A legislação nesse caso, parece ter sido impulsionada pelas ações e atividades que já vinham sendo praticadas nos serviços. Isso se confirma pelo fato da medicina alternativa não ter se desenvolvido no, Rio de Janeiro, a partir da institucionalização das Leis. As experiências em medicina alternativa iniciaram-se antes de sua institucionalização ou legalização.

Para os profissionais entrevistados, a primeira ação que representou a prática da medicina alternativa nos serviços públicos de saúde aconteceu em 1981, no Hospital Paulino Werneck na Ilha do Governador, quando voluntários começaram a utilizar os “remédios caseiros” a partir de plantas medicinais, de maneira artesanal. Nesse mesmo período, a acupuntura começou a ser utilizada no Instituto de Geriatria e Gerontologia-IGG Miguel Pedro no bairro Vila Izabel, através do médico Ronaldo Azem que ao ser transferido para o hospital continuou a desenvolver a prática da acupuntura, tornando-se um pioneiro dessa prática nos serviços públicos de saúde. Nesse contexto, alguns profissionais começaram a se organizar e realizar o “*tai-chi-chuan*” através de convênio com instituições do Rio de Janeiro, no pátio do hospital. Essas experiências, estimularam a criação da Comissão de Medicinas Tradicionais tendo como integrantes, principalmente os médicos do referido Hospital, Ronaldo Azem, Maria Carmem e Carlos Cassabri. Assim, o Hospital Paulino Werneck ocupou em vários momentos um papel de destaque na medicina alternativa, tornando-se pioneiro e referência na rede municipal de saúde.

No decorrer dos anos, o que pode ser percebido é que existia uma fragilidade institucional do programa, havendo pouco investimento em infra-estrutura e recursos humanos. Em 1992, o programa que vinha se desenvolvendo no Paulino Werneck tem suas atividades canceladas ou transferidas para outras unidades. Tal fato ocorreu porque a nova direção do hospital considerou que a unidade não tinha perfil para desenvolver as referidas práticas. Apenas dez anos mais tarde, em 2002 sob nova direção, são instituídas novamente atividades do PMA no hospital.

Apesar disso, através de algumas experiências de sucesso nas unidades e constante esforço de alguns profissionais destacando-se Ronaldo Azem e Cristina Barros, o Programa tomou forma na rede de saúde como também espaço no seu organograma. Ainda em 1992, com a inserção do PMA no organograma da Secretaria de Saúde, ligado à Superintendência de Saúde Coletiva, são implantadas três sub-

gerências: fitoterapia, acupuntura e homeopatia. Vale observar, que são incorporadas pelo PMA três práticas com racionalidades distintas. A acupuntura por exemplo vem da medicina chinesa e a fitoterapia utilizada no programa está mais ligado a cultura popular e a racionalidade biomédica.

Segundo Nascimento (1998a), a oferta do serviço de acupuntura naquele período era sustentada pelo empenho pessoal dos profissionais envolvidos, em caráter experimental, sendo desenvolvido em condições precárias de infra-estrutura. Ela denomina essas primeiras ações de experiências-piloto. No que se refere à acupuntura, o seu desenvolvimento têm sido pequeno, por vários motivos, entre eles, a indefinição no âmbito legal e a disputa entre médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e outros profissionais pelo exercício da acupuntura. O entrave na expansão da acupuntura contribuiu para que outras práticas fossem implantadas. Foi a partir das lacunas deixadas pela mesma nos serviços de saúde que mais tarde foi desenvolvida a massagem.

Os percalços e rupturas do PMA no município do RJ são uma pequena demonstração de um quadro que ultrapassa as barreiras demográficas dos serviços de saúde, dizendo respeito ao resultado de lutas corporativas, à racionalidade médica, ao paradigma em que são formados os recursos humanos, à estruturação e ao modelo de financiamento dos serviços de saúde e muitas outras questões, que fogem ao escopo dessa pesquisa mas que poderão ser exploradas futuramente.

Todavia, os movimentos para implantação do PMA nos serviços de saúde do município do RJ têm ultrapassado desafios e possibilitado a oferta de várias práticas. Comparando a estrutura criada em 1992 com a atual, observamos a permanência das três sub-gerências, sendo que na gerência da acupuntura, foram agregadas outras práticas alternativas: 1) sub-gerência de acupuntura e terapias afins, sendo entendida como terapias afins à acupuntura, a auriculoterapia<sup>17</sup>, a massagem, a *yoga*, o *pa-tuan-ching*<sup>18</sup> e o *tai-chi-chuan*. 2) sub-gerência de homeopatia que envolve a manipulação dos remédios homeopáticos e atendimentos aos usuários. 3) sub-gerência de fitoterapia que abrange as oficinas farmacêuticas e a manipulação de fitoterápicos e ou dispensação. A cada sub-gerência compete coordenar e avaliar as ações sob sua

---

<sup>17</sup> Trata-se do estímulo de pontos localizado na orelha. Usualmente quando se utiliza agulha para estimular chamam de auriculopuntura e auriculoterapia quando os pontos são estimulados utilizando grãos de mostarda.

<sup>18</sup> O *pa-tuan-ching* provém da China, é também chamado de 8 exercícios preciosos. A prática inclui alongamentos e exercícios respiratórios e energéticos. Assim como o *tai-chi-chuan*, o objetivo desta estão além dos benefícios físicos, visam também a mudança na maneira de vê e viver a vida.

responsabilidade em toda a rede municipal de saúde, bem como os profissionais envolvidos. Diferentemente de outros programas da rede de saúde, esse não tem coordenação nas áreas programáticas.

Das unidades de saúde sob gerência municipal, o PMA encontra-se distribuído em 74 unidades, correspondendo a 61% do total. É encontrado também no centro de valorização do servidor e em 02 núcleos que atendem à sub-gerência de fitoterapia. Quando nos referimos à presença do PMA estamos considerando quaisquer das atividades do programa.

O quadro a seguir demonstra que o programa concentra-se nas unidades de atenção básica. Das 74 unidades que possuem o programa, 45% são postos de assistência médica e centros municipais de saúde. É significativa também a presença do programa em unidades hospitalares. Dos 25 hospitais existentes 44% possuem alguma atividade em seus ambulatórios.

**QUADRO 2- Distribuição percentual do Programa de Medicina Alternativa na por tipo de unidade de saúde, Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.**

<b>Tipos de serviços de Saúde</b>	<b>Nº de serviços</b>	<b>% dos serviços</b>	<b>Nº de serviços c/ o PMA</b>	<b>% serviços c/ o PMA</b>
CAPS <sup>1</sup>	08	6	01	2
Centro Municipal de Saúde	18	15	16	21
Hospital/Maternidade	25	20	11	15
Instituto	07	6	05	7
Posto de Assist. Médica	13	10	12	16
Policlínica	02	2	01	2
Posto de Saúde	33	26	18	24
UACPS <sup>2</sup>	19	15	10	13
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

**Fonte:** SMS-RJ (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro). 1999. Guia de orientação das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro. Divisão de Documentação. SMS-RJ (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro). 2003. Mapa da distribuição do Programa de Medicina Alternativa **Notas:** (1) Centro de Atenção Psicossocial. (2) Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde.

A subgerência de acupuntura e terapias afins, é a que agrega o maior número de práticas: acupuntura, massagem, auriculoterapia e a ginástica. Nessa subgerência a *yoga*, o *pa-tuan-ching* e o *tai-chi-chuan* são apresentados através do termo ginástica. Para nós, ginástica está mais ligada a exercícios puramente físicos, e não a busca do equilíbrio do *Qi* como visa o *tai-chi-chuan* e o *pa-tuan-ching*, ou a meditação que é proposta através da *yoga*. Ou seja, os objetivos destas práticas estão além da busca por benefícios fisiológicos.

Assim, percebemos que o termo não define as três práticas que agrega, pois as mesmas possuem fundamentos e objetivos diferentes dos que são apresentados pela ginástica na nossa sociedade. No entanto, os dados disponíveis na SMS e nas unidades de saúde pesquisadas mencionam o termo ginástica. Desse modo, mesmo sabendo de suas limitações, continuamos a utilizar no decorrer do texto o termo ginástica nos referindo as práticas de medicina alternativa.

Poderá ser visto na tabela a seguir que a prática que aparece com maior frequência nas unidades de saúde que possuem o programa é a ginástica, 47 unidades (36%); seguida da massagem em 43 unidades (34%); homeopatia em 34 unidades (27%); auriculoterapia em 22 unidades (18%); fitoterapia em 17 unidades (14%) e a acupuntura em 10 unidades (8%). Os dados apresentados na tabela demonstram uma considerável diferença na oferta dessas práticas nos serviços de saúde, tendo maior oferta as práticas que dependem de profissionais com grau de instrução no nível médio.

**TABELA 1 - Distribuição percentual das práticas de Medicina Alternativa nas unidades que possuem o PMA, Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.**

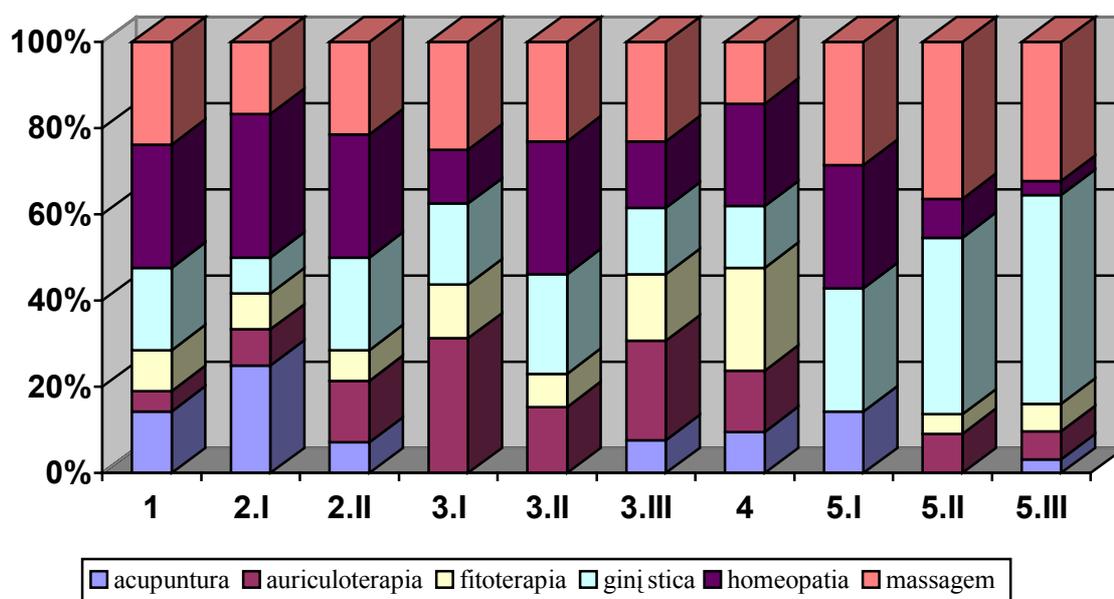
Unidades de Saúde	Nº de unidades <sup>1</sup>	%
Acupuntura	10	6
Auriculoterapia	22	13
Fitoterapia	17	10
Ginástica	45	26
Homeopatia	34	20
Massagem	43	25
<b>Total</b>	<b>171<sup>1</sup></b>	<b>100</b>

**Nota:** (1) Pode ser oferecida mais de uma prática nos serviços, por isso o total desta tabela é diferente do quadro anterior, pois corresponde a frequência das práticas.

As práticas da medicina alternativa podem ser encontradas em todas as áreas programáticas, apesar desse fato não indicar que a oferta seja suficiente e equitativa entre as mesmas. Por exemplo, não são oferecidas acupuntura na 5.II e auriculoterapia e fitoterapia na 5.I. Ainda visualiza-se no gráfico abaixo, que a ginástica e a massagem destacam-se nas AP 5.II e 5.III. Talvez, isto se deva ao fato do esforço que a gerente fez em iniciar a implantação dessas práticas por essas AP's e também por estas áreas apresentarem maior concentração de serviços de saúde na atenção primária.

Gráfico 1

**Distribuição das práticas de Medicina Alternativa por áreas programáticas, Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.**



#### 4.2 Implantação e desenvolvimento da massagem no Município do Rio de Janeiro

A massagem foi implantada no PMA desde 1995, a partir da Zona Oeste do Município (Áreas Programáticas-AP's 5.I, 5.II e 5.III). Essas áreas foram escolhidas por ofertarem um número pequeno de práticas alternativas e no intuito de alterar o processo tradicional de implementação de programas que eram iniciados sempre pelas áreas mais centrais.

Nessa época, existia uma grande demanda de usuários para o atendimento em acupuntura. Ao analisar o perfil dos usuários que a buscavam, descobriu-se que a grande maioria era de idosos com dores articulares, indivíduos portadores de

hipertensão e diabetes. Os gestores, tendo em vista essa grande demanda, buscaram na Medicina Tradicional Chinesa-MTC (base da acupuntura), outras modalidades terapêuticas que também pudessem ser utilizadas para otimizar o atendimento. Ao estudarem a MTC descobriram que a alimentação, as massagens, e os exercícios, eram tão importantes na MTC quanto a acupuntura. Nesse sentido, começaram a implantar nos serviços, a prática da massagem para atender a demanda reprimida. Além disso, estimularam o uso da reflexologia para os indivíduos diabéticos e o *tai-chi-chuan*, o *pa-tuan-ching* e a *yoga* para os hipertensos. Como não existiam profissionais exclusivos para o desenvolvimento dessas atividades, foram capacitados os servidores das unidades de saúde que demonstraram interesse. A capacitação foi realizada através de cursos básicos de reflexologia e exercícios orientais, segundo a gerente entrevistada:

*“Começamos a capacitar alguns servidores... havia uma seleção natural, abríamos cursos e muitas pessoas se inscreviam, mas no final na conclusão do curso apenas aqueles mais habilitados é que ficavam. Conseguimos formar uma equipe muito boa...conscientizados, vestiram a camisa e nós começamos a fazer a ginástica e a massagem. Como a grande maioria não tinha formação como massagista optamos pela massagem mais simples que é a reflexologia...”*

Mais uma vez, é requerida uma atitude voluntária dos servidores de saúde para o desenvolvimento da medicina alternativa. É importante esclarecer que estes servidores ao optarem por realizar a massagem ou a ginástica, na unidade que trabalhavam, adicionavam mais uma atividade, sem remuneração, pois não eram desvinculados das atividades que já realizavam no serviço. Neste mesmo período, a SMS começou a firmar convênios com instituições formadoras de profissionais em Medicina Tradicional Chinesa e outros tipos de massagens. A exemplo, o *shiatsu*. Essas instituições eram responsáveis pela prestação de atendimento em algumas unidades de saúde, e ainda hoje oferecem a massagem nesses serviços. Mesmo com a colaboração das instituições fez-se necessário a contratação de mais profissionais. Aqueles servidores apesar de *“vestirem a camisa”* não puderam responder por duas funções, uma vez que enquanto realizavam a massagem as suas atividades anteriores ficavam acumuladas.

*“Muitas das vezes a gente capacitava o servidor mais pela necessidade da unidade... ele não podia ser liberado para fazer uma massagem. A gente olhava para mesa dele, uma série de papéis para ele resolver, a diretora não podia liberar de maneira nenhuma, liberar esse servidor para fazer uma massagem no pé de um diabético... Sempre foi o maior entrave na implantação do recurso humano. Tanto é que isso acabou a partir do momento que nós recebemos os*

*massagistas. Agora está tudo as mil maravilhas, ele chega, faz o trabalho dele, acaba vai embora e pronto” (gerente)*

Em 2001 foi solicitado pela gerente 30 profissionais que foram distribuídos em várias unidades do município, após realização de concurso público para massoterapeuta. O concurso realizado não era específico para o PMA, se tratava de seleção de massoterapeutas para a área de fisioterapia. Todavia, esta foi a única maneira encontrada pela gerente para captar profissionais, pois no quadro de servidores não há vagas específicas para o PMA.

Após a admissão no programa, os profissionais eram capacitados. Os cursos foram realizados pela gerente do programa, durava em torno de uma semana com oito horas diárias. A gerente explica o processo reafirmando que para atuar no programa ele precisa ser capacitado para diferenciá-lo de outros massoterapeutas da rede.

*“Alguns chegaram como massoterapeutas comuns, com a massagem sueca, mas todos eles foram capacitados...a gente está tentando diferenciar esse massagista, do massagista executor do fisioterapeuta, com uma visão holística, com visão oriental”. (gerente)*

Em suma, para implantação da massagem nos serviços foram utilizados dois caminhos: primeiro, como não existiam profissionais específicos para a massagem dentro do programa, os indivíduos que tinham sido capacitados e se interessaram em desenvolver a prática nas unidades em que trabalhavam, entraram em contato com a gerente do programa, que se comunicava com a direção da unidade para analisar as possibilidades de implantação. Só depois de aceita pela direção da unidade, se contactava a coordenação da área programática correspondente, e se implantava a prática na unidade que o profissional havia solicitado. Desse modo, as AP's da Zona Oeste foram estimuladas e estiveram bastante receptivas para o programa em relação às demais áreas. O segundo caminho, quando já existiam profissionais disponíveis, após a realização de concurso público para massoterapeutas, a gerência entrava em contato com as coordenações das áreas programáticas, estas verificavam quais unidades de saúde se interessavam pela prática e iniciavam sua implantação.

Outro aspecto revelado pela gerente foi as dificuldades junto a alguns diretores das unidades de saúde. Contudo, nas unidades estudadas não foi possível avaliar qual o envolvimento dos gerentes locais com o PMA. A percepção dos massoterapeutas entrevistados foi de que os gerentes eram favoráveis, e que as maiores dificuldades vinham da estrutura dos serviços. A gerente, no entanto afirma:

*“O programa está aberto, está implantado , ampliando suas ações, mas ainda esbarra nos gestores e diretores. Assim, como alguns gestores não aceitam a alternativa, eu acho que cada um tem seu modo de pensar e o programa está indo bem graças a Deus” (gerente)*

Em 2002 a Secretaria Municipal de Saúde ofereceu massagem para os seus próprios servidores, os quais recebiam o atendimento no local de trabalho. Com a divulgação deste tipo de atendimento, a Secretaria de Administração através do Projeto de Valorização do Servidor, ofereceu junto com a Secretaria de Saúde, o atendimento em local reservado com dia e hora marcados. O atendimento em massagem continuou se expandindo para outras Secretarias da Prefeitura com grande procura, o que possibilitou a implantação de um espaço permanente com maior capacidade de atendimento, localizado no prédio central da Prefeitura do Município.

A conquista do espaço permanente foi o resultado do engajamento dos profissionais em divulgar a prática. A gerente acreditava que uma das maneiras de fortalecer o programa era apresentá-lo aos servidores da Prefeitura, tornando-os usuários, principalmente o setor administrativo central.

Provavelmente, esse é um dos grandes pilares do SUS, a capacidade de criar, buscar soluções e desenvolver novas atividades nos serviços de saúde, é uma característica que tem acompanhado muitos profissionais de saúde na luta por seu desenvolvimento. Para Merhy (1994) as tecnologias fundamentais que podemos usar estão centradas no nosso conhecimento de trabalhar a relação da cidadania entre o usuário e o serviço, o usuário e o trabalhador e as atividades de grupos de gestão. As tecnologias que dão bons resultados nos serviços, em sua grande maioria, são do tipo *leve* pois estão em nossas experiências, atitudes, compromissos e responsabilidades. Os equipamentos, os espaços físicos, entre outros, atuam de maneira secundária.

A massagem constitui atualmente a prática que mais vem crescendo no PMA desde sua implantação. Conta com 57 profissionais de nível médio e graduado, capacitados em massagem. É oferecida em 33% (42 unidades) dos serviços de saúde existentes no município. Pode ser encontrada desde postos de saúde a unidades hospitalares (nestas, através do atendimento ambulatorial). Sendo, 31%(13) em postos de saúde-PS; 24%(10), em postos de assistência médica-PAM; 19%(8), em centros municipais de saúde-CMS; 10%(4) e 7%(3) em unidades auxiliares de cuidados primários de saúde-UACPS e hospitais, respectivamente. Os demais serviços, onde se

encontramos a massagem são: um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, no núcleo do servidor, em um Instituto e uma Policlínica.

Nas 42 unidades que ofertam a massagem podem ser encontrados vários tipos de massagem com frequências diversas, sendo: 2,3%(1) com a *shantala*, 4,6% (2) com o *do-in*, 7,1% (3) oferecem o *tuiná*, 52% (22) a *sueca*, 64% (27) o *shiatsu* e 88% (37) a *reflexologia*. Na mesma unidade, pode ser encontrado dois ou três tipos de massagem. Entre essas, predomina a prática de reflexologia, seguida pela sueca e *shiatsu*. As massagens *shantala*, *do-in* e *tuiná*, estão presentes em apenas cinco unidades de três AP's (3.1,5.II e 5.III). A AP 3.1 é a quarta área a oferecer mais serviços de massagem. A concentração maior se dá na AP 5II e 5.III . O quadro a seguir demonstra a distribuição da massagem no Município do Rio de Janeiro, por AP's, tipos de serviço e massagens oferecidas.

**QUADRO 3 - Distribuição da prática de massagem por área programática, tipos de unidades de saúde e massagens, Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.**

Área Programática	Nº de unidades	Tipos de unidades	Tipos de massagem
1.0 <sup>1</sup>	05 <sup>2</sup>	CMS, PAM	sueca, reflexologia, <i>Shiatsu</i>
2.1	02	CMS, PAM	sueca, reflexologia, <i>shiatsu</i>
2.2	03 <sup>2</sup>	CMS, PAM, Instituto	sueca, reflexologia, <i>shiatsu</i> , <i>shantala</i>
<b>3.1</b>	<b>04</b>	CMS, PAM Hospital	sueca, reflexologia, <i>shiatsu</i>
3.2	03 <sup>2</sup>	CMS, PAM, Hospital, Policlínica	sueca, reflexologia, <i>shiatsu</i>
3.3	03	CMS, PAM, CAPS	sueca, reflexologia, <i>shiatsu</i>
4.0	03	PAM, UACPS Hospital	sueca, reflexologia, <i>shiatsu</i>
5.1	02	CMS, PAM	sueca, reflexologia, <i>shiatsu</i>
5.2	08	CMS, PAM, UACPS, PS	sueca, reflexologia, <i>shiatsu</i> , <i>tuiná</i>
5.3	09	CMS, PS	sueca, reflexologia, <i>shiatsu</i> , <i>do-in</i>

Notas: (1), Na AP 1 está localizado o centro de valorização do servidor. (2) Nestas AP's existem unidades onde a massagem é oferecida através de escolas conveniadas: KODOCAN, ABACO e ASBANTHO.

É importante ressaltar que apesar do esforço do programa em realizar práticas com “uma visão oriental” a presença da prática de massagem típica do paradigma

biomédico, a sueca, é bastante significativa. Não esperávamos que a massagem sueca fosse uma prática com frequência expressiva no PMA, já que seus fundamentos não se apóiam no paradigma vitalista.

É interessante observar também que a divulgação da massagem enfatiza o cuidado à doença. A massagem pode e deve tratar as doenças mas seu papel não se resume a este aspecto. Abaixo reescrevo a definição das massagem divulgada pela SMS-RJ na internet.

**Shiatsu e Tuiná-** *Massoterapias que visam à estimulação e à regularização das funções fisiológicas. Eficaz em diversas nosologias e tem indicações semelhantes às da acupuntura*

**Do-in** *-Massoterapia nos pontos de acupuntura; recurso que pode ser usado pelo massoterapeuta ou pelo próprio paciente, após aprendizado, e como autocuidado. Seu uso é indicado em diversos quadros simples. Indicada para doentes acamados visando atuar sobre problemas simples e específicos; fácil aprendizado por familiares dos* *pacientes.*

**Reflexologia-** *Massoterapia nos pés. Objetiva a regularização das funções fisiológicas gerais: melhora o retorno venoso, melhora dores, parestesias, formigamentos, e sintomas próprios do pé diabético. Tem excelente indicação como atividade preventiva e terapêutica do pé diabético, desde que a glicemia esteja controlada. Indicada para doentes acamados visando a regularização das funções fisiológicas, e pelo seu fácil aprendizado por familiares.*

**Shantala** *-Massagem em bebês realizada pela própria mãe, melhora e fortalece o vínculo mãe-filho e acalma o bebê. A prática no momento está em fase de implantação.*

**Tuiná** *-Massoterapia para crianças, visa regularizar funções fisiológicas. Indicada em diversas nosologias simples. Realizada na China, em crianças, como um equivalente à acupuntura, porque estas têm medo de agulha.*

Percebe-se que apesar da massagem sueca apresentar uma frequência significativa nos serviços que oferecem o PMA, quando o mesmo é divulgado ela não é mencionada. Ou seja, na teoria ela não aparece como atividade do programa, mas no mapa de distribuição das práticas nos serviços que revela o cotidiano ela apresenta-se de maneira expressiva.

O descompasso entre a prática cotidiana e os fundamentos teóricos acompanham todo o desenvolvimento da massagem na AP 3.1 é o que veremos adiante.

#### **4.2.1. Implantação e desenvolvimento da massagem na AP 3.1**

As quatro unidades de saúde que oferecem massagem na AP 3.1 desempenham diferentes papéis na rede de serviços de saúde. O Hospital Paulino Werneck desempenha o papel de hospital de emergência na Ilha do Governador, possuindo ainda atendimento ambulatorial e o Programa de Atendimento Domiciliar-PAD. A existência deste programa, segundo a coordenação da área, foi o motivo pelo qual o atendimento em massoterapia foi implantado no hospital. O programa tem como objetivo aumentar a rotatividade dos leitos hospitalares atendendo nos domicílios os usuários portadores de doenças crônicas. O PAD era composto por uma equipe multidisciplinar (psicóloga, médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e massoterapeuta). A Policlínica Jorge Paranhos Fontenelle possui pronto-atendimento 24 horas de segunda a sexta-feira. É pólo de atendimento em otorrinolaringologia, audiologia, patologia mamária e oftalmologia. O PAM Cristina Paugarthen, também possui pronto-atendimento 24 horas inclusive sábados e domingos, sendo pólo de atendimento em reabilitação da voz. O PAM Newton Alves Cardoso não possui pronto-atendimento, funciona como pólo para atendimento de pacientes diabéticos em uso de insulina, oftalmologia, ergometria e otorrinolaringologia.

A administração dessas unidades de saúde fica submetida à coordenação da AP localizada no bairro da Penha. Nesse setor administrativo podem ser encontrados os coordenadores dos vários programas de atenção primária que são oferecidos nas unidades: programa de hipertensão, tuberculose, saúde da mulher, saúde da criança, hanseníase etc. É também nesta coordenação que são avaliados os indicadores de cada um desses programas. A seguir apresentamos um quadro com o resumo da assistência ambulatorial e hospitalar oferecida através das diversas especialidades e atividades de apoio diagnóstico e terapêutico.

**QUADRO4 - atendimentos, especialidades e atividades de apoio diagnóstico e terapêutico encontrados nas unidades de saúde da AP 3.1 que oferecem a prática de massagem, Rio de Janeiro, dezembro, 2003.**

Unidade	Atendimentos/especialidades	Apoio diagnóstico e terapêutico
Hospital Paulino Werneck	clínica geral, pediatria, cardiologia, cirurgia geral, enfermagem, nutrição, ginecologia, obstetrícia, odontologia, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia, psicologia, psiquiatria e serviço social.	análises clínicas, radiologia, eletrocardiografia, ecocardiografia, fisioterapia, hemoterapia e ultrassonografia.
Policlínica Jorge Paranhos Fontenelle <sup>1</sup>	clínica geral, pediatria, cirurgia geral, cardiologia, endocrinologia, dermatologia, enfermagem, fonoaudiologia, ginecologia, infectologia, medicina geral comunitária, nutrição, odontologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, pneumologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional	análises clínicas, audiometria, radiologia e eletrocardiografia.
PAM Cristina Paugarthen	clínica geral, pediatria, cardiologia, dermatologia, enfermagem, fonoaudiologia, ginecologia/obstetrícia, nutrição, odontologia, otorrinolaringologia, psicologia, psiquiatria, serviço social e terapia ocupacional	análises clínicas, radiologia, fisioterapia e eletrocardiografia
PAM Newton Alves Cardoso	clínica geral, pediatria, cirurgia geral, dermatologia, cardiologia/angiologia, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, gastroenterologia, homeopatia, neurologia, oftalmologia, ortopedia/traumatologia, ginecologia/obstetrícia, nutrição, odontologia, otorrinolaringologia, reumatologia, psicologia, psiquiatria, serviço social, terapia ocupacional e urologia.	análises clínicas, anatomia patológica/citologia, endoscopia digestiva, teste ergométrico, radiologia, fisioterapia e eletrocardiografia

**Fonte:** SMS-RJ (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro). 1999. Guia de orientação das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro. Divisão de Documentação. **Nota:** (1) A este foram agregados os serviços do PAM Penha, segundo a coordenação da Área Programática.

Como podemos notar, são muitas as atividades desenvolvidas nessas unidades. Todas já têm uma estrutura específica, um papel a desempenhar, uma cultura institucional que não podem ser desconsideradas quando se visa implantar um programa, como o de medicina alternativa, que busca prestar uma assistência diferente.

É neste cenário, em 2002, que foi implantada a prática de massagem na AP 3.1, através dos profissionais que haviam prestado concurso para massoterapeuta. De maneira geral, as primeiras experiências na área aconteceram ao mesmo tempo.

Todavia, o desenvolvimento da prática nos serviços deu-se de maneira distinta, influenciado por vários fatores, entre eles os inerentes ao profissional e ao perfil dos serviços. As falas abaixo resumem a história dos profissionais na implantação da massagem nos serviços de saúde pesquisados:

*“É não tinha espaço, não tinha nada, é implantação então você é que tem de correr atrás do teu espaço, né. Foi meio difícil no início, foi bem difícil por sinal, por mais falta de espaço, que por falta de vontade dos colegas, esse aí teve uma receptividade muito boa, mas o posto em sua estrutura não tem espaço. Então eu comecei o médico está de folga aqui, eu fico aqui, de folga na outra sala, eu ia...Hoje em dia já tem uma sala minha”.* (profissional 2)

*“Eu cheguei assim com toda informação para introduzir, fiz contatos com os profissionais...a gente divulgou através de cartazes, procuramos fazer o que se chama de sala de espera, tal dia vai ter uma triagem, pra vê os pacientes que estão procurando, agente foi selecionando...aí foi implantando o serviço”.* (profissional 1)

*“A princípio foi um pouco confuso porque eu não sabia quem ia ser meu chefe aqui, então, eu tinha muito chefe...acho que agora estou conseguindo me situar melhor no trabalho, assim, no início não me procuravam muito, não entendiam muito bem o que era mas, aí eu comecei a fazer os trabalhos com os pacientes daqui também e o pessoal viu o resultado e começou a encaminhar”.* (profissional 5)

As diferentes percepções demonstram um processo individualizado de implantação. O profissional ao chegar no serviço teve que conquistar o seu espaço físico e institucional. As unidades dessa AP fazem parte do segundo caminho de implantação como referido anteriormente. Era um profissional novo, que chegava para implantar uma prática também “nova” no serviço. A partir desta premissa, levantamos a hipótese que as dificuldades da integração da massagem nos serviços não seja apenas pelo fato da mesma esta fundamentada em outro paradigma, mas também por comumente os indivíduos estarem arraigados em uma cultura institucional que dificulta a entrada de quaisquer práticas “novas”.

Durante nossas visitas observamos de perto esse processo de implementação, alguns ainda estão em construção, principalmente em relação à infraestrutura, pois a demanda já é relevante e o espaço é insuficiente e inadequado. Cada um está em um momento diferente. Dois profissionais conquistaram seu espaço, possuem salas específicas para o atendimento (um deles mudou de sala durante a pesquisa melhorando o acesso, que era feito por escada). Com outros dois, o serviço entrou em reforma e na planta consta salas para atendimento em massagem. Entretanto, em um dos serviços o

profissional estava bastante preocupado pois não sabia onde iria realizar os atendimentos, já que todos os espaços sempre estavam ocupados e isto vinha gerando insatisfação entre os usuários.

Portanto, as características das unidades influenciam o desenvolvimento do PMA, principalmente no que se refere à estrutura. Mesmo os locais já conquistados para o atendimento em massagem apresentavam-se inadequados: espaço pequeno ou mal localizado, poluição sonora, macas impróprias etc.

Os gerentes das unidades de saúde, segundo os massoterapeutas, não se opunham a implantação da massagem, porém também não foram mencionados como colaboradores. Consideramos que a participação dos gerentes seria um ponto nodal para que as dificuldades com a estrutura fossem superadas ou minimizadas. Vale salientar, que os serviços possuem muitas atividades entre as quais algumas são consideradas essenciais e por isso são priorizadas. A nosso vê dentro do paradigma biomédico no qual os serviços de saúde estão estruturados a massagem não seria uma prática a ser priorizada.

## CAPÍTULO V

*As diversas maneiras de caminhar,  
Faz a mesma prática de um lugar a outro se modificar.*

*Não se pode repetir em outro lugar,  
A maneira que em um lugar começou a prática a se dar  
Mas, conhecendo a maneira que o outro se pôs a andar  
Podemos melhorar a nossa maneira de caminhar.*

## CONHECENDO A PRÁTICA DA MASSAGEM NA A. P. 3.1

### 5.1. Da teoria à *Práxis*

São muitos os fatores que contribuem para o descompasso entre os fundamentos teóricos à concretização das ações. No que se refere à massagem, mesmo sendo implantada através do Programa de Medicina Alternativa, fundamentado em um paradigma vitalista, ao interagir com a dinâmica dos serviços qual ação era materializada? E do mesmo modo, de que maneira as capacitações, para os profissionais, poderiam influenciar no modo de se entender a doença?

As categorias de análise teóricas e empíricas elencadas revelaram vários momentos de conflito entre teoria e *práxis*. Os resultados a seguir são decorrentes da observação participante, das entrevistas e dados das fichas cadastrais do PMA, nas quatro unidades que observamos e dos cinco profissionais que foram entrevistados,

O pesquisador por mais sutil que seja interfere no seu objeto, confirmamos isto ao percebermos que nossas visitas interferiram na rotina dos profissionais de maneira significativa. Após nossa primeira visita, um dos profissionais referiu que a gerente solicitou que descrevesse melhor o perfil dos usuários. Os questionamentos feitos à massoterapeuta eram os mesmos que havíamos feito anteriormente a gerente do programa. Outro profissional começou a usar a ficha do PMA quando antes anotava tudo em um livro. Falou que tinha sido bom, pois ao passar as informações para as fichas, organizou mais o seu trabalho, facilitando o acompanhamento dos usuários. A esta profissional, havíamos perguntado onde anotava as informações dos usuários e se seria possível usá-las.

#### **Organização dos serviços e atendimento**

Em cada unidade, as atividades ligadas à massagem assumiam características diferentes. Parecia que essas diferenças estavam predominantemente associadas aos profissionais que as realizavam. Vimos que a dinâmica do serviço tendia a ser mais forte que a prática de medicina alternativa, ao mesmo tempo, percebemos que existiam profissionais que superavam esta dicotomia e realizavam suas atividades fazendo com que o ambiente desfavorável se transformasse em favorável. Tinham liberdade de escolher de que maneira realizariam seu trabalho, sendo a estrutura do setor favorável ou não. Eles realizavam outras atividades além da massagem como a ginástica, a auriculoterapia, caminhada, palestras e oficinas de relaxamento.

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

Em um dos serviços, numa mesma sala o profissional atendia várias pessoas ao mesmo tempo: enquanto realizava um procedimento em uma pessoa, deixava outro usuário realizando massagem nos pés ou recebendo luz infravermelha. Ao terminar com um usuário, ele avaliava e definia quem seria o próximo. Os usuários pareciam não se incomodar. Durante o atendimento ficavam conversando entre si sobre o tratamento, havendo bastante interação entre os mesmos. Contavam brincadeiras e experiências com o tratamento. O profissional realizava a reflexologia em uma usuária, depois massagem sueca em outra, sendo possível observar duas práticas de racionalidades distintas no mesmo espaço.

Esse modo de realizar a massagem pode ser positivo à medida em que favorece a interação entre os usuários. Contudo, esse tipo de assistência pode impedir que pessoas mais tímidas possam aderir ao tratamento, bem como, dificultar uma assistência individualizada.

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

### **Realização da massagem**

Um fato interessante que pôde ser observado foi a grande adesão dos massoterapeutas a *auriculoterapia*, sendo a prática de atendimento mais utilizada, seguida da ginástica, *reflexologia*, massagem sueca e *shiatsu*. A *shantala* era desenvolvida uma vez por mês para um grupo de gestante em uma das unidades.

Percebemos também que, para alguns profissionais, o termo massagem não incorpora o *shiatsu*. Há pouca uniformidade sobre o conceito de massagem e sua aplicação é o que sugerem as falas a seguir.

### ***Adaptando ou acomodando a prática de massagem?***

Quando perguntamos que tipo de massagem você faz eles responderam:

*“A gente não usa nenhuma dessas chinesas e indianas, a gente usa a massagem sueca e terapêutica dentro do programa... a reflexologia também”*  
(profissional 1).

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

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

A prática do *shiatsu* foi denominada pelos entrevistados também como: *catakuri*, e *shiatsu expresso*, entre outros, como se fosse a mesma atividade. Para Maki (2003) as variações e nomes dados ao *shiatsu* não atendem ao seu objetivo, não é o *shiatsu* como deve ser, fundamentado nos meridianos e na circulação de *QÍ*. Essa prática requer aprofundamento no problema e bastante atenção do terapeuta tanto no diagnóstico quanto na sua utilização. Para isto precisa-se dispor de tempo e conhecimento das técnicas específicas para que possa ter resultados satisfatórios. Para o autor, não é possível realizar uma massagem adequada em 15 ou 30 minutos. A reflexologia parece estar sendo empregada principalmente para problemas circulatórios e o "pé diabético". No entanto, a reflexologia, como já visto, poderia ser utilizada também como um relevante método de diagnóstico e de prevenção.

As adaptações das práticas de massagens orientais é uma realidade observada nos serviços de saúde. Tais adaptações são inerentes a práticas trazidas de outras culturas. Porém, neste caso, parece estar mais ligada a uma submissão ao modelo hegemônico, uma vez que, na prática da massagem, são os parâmetros do modelo biomédico que têm sido utilizados. Não se trata de negar uma possível adaptação, mas

avaliar de que maneira as adaptações ocidentais desvirtuam-se do real objetivo da massagem descaracterizando-a e distanciando-a de seus fundamentos, o que poderá implicar em resultados menos favoráveis. Essa questão nos leva a indagar até que ponto estamos realmente abertos a aprender com outras culturas, a permitir outros olhares e outros modos de perceber e entender a dor, o doente, proporcionando outras maneiras de cura, de cuidado.

Sabemos que mesmo a MTC passa por uma crise, o que se faz na China não é a mesma medicina praticada há mais de dois milênios, e o que se apresenta nos países ocidentais, não é o reflexo da MTC praticada na China (Barsted, 2000). Contudo, promover espaços favoráveis ao uso das práticas alternativas nos serviços de saúde é favorecer a oferta de outras tecnologias de tratamento, bem como, a revalorização do campo simbólico esquecido pela medicina.

*A tentativa de acomodar as práticas complementares de atenção à saúde dentro do paradigma biomédico revela, a nosso ver, uma dificuldade epistemológica deste em se confrontar com outras formas de conhecimento, integrantes de uma lógica estranha ao saber dominante. Trata-se também de uma estratégia que visa, entre outras coisas, a evitar a concorrência entre sistemas médicos distintos e a preservar a autoridade cultural da medicina convencional e o monopólio médico, submetendo e controlando aquelas práticas que alcançam significativa aceitação social (Nascimento, 1998:51).*

Não foi visto nos serviços o acompanhamento diagnóstico através da medicina tradicional chinesa (utilizando a língua ou pulso, etc), avaliando o excesso ou deficiência de *Qí* durante os atendimentos, ou nas primeiras consultas observadas. As indagações sobre comportamento e emoções eram restritas. Apenas em dois serviços havia informações nas fichas dos usuários sobre esses aspectos. A *leitura*<sup>19</sup> através das tecnologias da medicina oriental era pouca ou não realizada, predominando o diagnóstico do modelo biomédico. Segundo Luz (1999), na racionalidade da medicina chinesa o adoecimento inicia-se antes das manifestações orgânicas, ou seja, as anomalias do comportamento individual, as emoções, sonhos, entre outros são indicadores de doença.

Na ficha específica do programa referente aos dados clínicos (Anexo 7), não consta mecanismos de diagnóstico da MTC, como por exemplo, a deficiência ou excesso de *Qí* ou outra racionalidade que não a biomédica. A maior abordagem é dada

---

<sup>19</sup> termo utilizado por Merhy (1994) quando faz alusão ao diagnóstico, a leitura que se faz do indivíduo nos serviços de saúde.

aos sinais e sintomas da biomedicina, com destaque na anamnese, pelo que constava nas fichas, para o "exame dos pés". Sugerimos que esta adaptação foi estimulada pela própria história do programa, atender a demanda de usuários com doenças crônicas. No entanto, esta adequação para o modelo biomédico se contrapõe ao paradigma vitalista na medida que apenas enfoca as doenças.

Apesar dos profissionais terem sido capacitados para uma abordagem integral dos indivíduos, como pode ser observado nos impressos do programa (Anexos 7 e 8), a atenção era dada a doença. Neste cenário, o que observamos foram ações conflituosas e distintas entre os profissionais diante das queixas dos usuários:

### ***Fragmentação X Abordagem integral***

*“Essa dor é com o clínico, meu problema com você é só seu punho e sua cervical que estou vendo que estar tudo bem” (profissional 3).*

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

Esse conflito está presente na própria estruturação do programa que busca fundamentar suas ações em uma racionalidade vitalista ao mesmo tempo em que foi implantado para tratar de doenças crônicas, ou melhor, sintomas dessas doenças.

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

Contudo, os fundamentos do paradigma vitalista se assentam em uma abordagem integral e são possíveis de serem operacionalizados. Assim, a inserção das práticas alternativas nos serviços públicos representa uma estratégia relevante nesta retomada da concepção integradora do ser humano e a necessária individualização de suas opções terapêuticas trazendo uma grande possibilidade de real mudança dos processos de trabalho em saúde. *Integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo (Mattos, 2001:61.)*

### **Interação entre os profissionais da massagem**

Existia muita colaboração entre os profissionais, eles normalmente sabiam quem e em que unidade se trabalhava com massagem. Havia reunião todos os meses com a gerente do programa, o que proporcionava a interação entre os profissionais que realizavam a massagem no município. Isso pôde ser visto nos dois eventos que aconteceram durante a coleta de dados. No evento realizado no Hospital Paulino Werneck, onde a massoterapeuta era uma das organizadoras, houve a participação dos massoterapeutas da mesma AP e de outras AP's do município. A atividade foi desenvolvida no centro de estudos desse hospital onde foram realizados atendimentos em *reflexologia* e *shiatsu expresso* com o objetivo de divulgar o PMA entre os profissionais do hospital e a comunidade. Entre as pessoas atendidas encontravam-se: enfermeiros, médicos, motoristas, auxiliares de enfermagem, vigilantes etc. No segundo evento, Primeiro Encontro de Medicina Alternativa da AP 3.1, realizado na Policlínica Jorge Paranhos Fontenelle e idealizado pelo massoterapeuta desse serviço, além de atendimentos em massagens, também com a participação de massoterapeutas de outros setores, foram realizadas duas mesas redondas para apresentar como o programa de medicina alternativa funcionava no município e na policlínica. Houve participação da gerente do programa, do diretor da policlínica e da coordenação da área.

### **Encaminhamentos, percurso nos serviços**

Após terminar o tratamento através de algum tipo de massagem ou auriculoterapia o usuário continuava no PMA através da ginástica, caminhada ou oficina de relaxamento (a oficina era oferecida em apenas uma das unidades). A caminhada e a ginástica deveriam atuar também, como "porta de entrada" para a massoterapia, como afirma a gerente:

*“ Nós estamos tentando fazer este tipo de integração, o paciente hipertenso é encaminhado para a ginástica...com isso a gente já tem um bom resultado...ter um grupo social...tudo isso faz com que ele volte a se integrar...Aí o profissional vai observar quem é que tem mais dificuldade e vai precisar de um trabalho mais individual”*(gerente)

O perfil da demanda era influenciado por quem encaminhava. Por exemplo, em um dos serviços quem mais encaminhava era a ortopedista, o que resultou numa maior frequência de encaminhamentos por motivos relacionados ao sistema músculo esquelético nesta unidade. Em todos os serviços o maior número de encaminhamento

vinha da própria unidade, tanto por parte dos programas de hipertensão, diabetes e idosos, quanto pelos profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais.

Receber encaminhamento de outros profissionais poderia significar algum avanço quanto à valorização da massagem pelos mesmos. No entanto, para avaliar a frequência com a qual os médicos encaminhavam, deve ser considerado que alguns massoterapeutas começaram a requerer dos usuários que solicitassem o encaminhamento dos médicos, pois segundo eles, isso dava uma certa segurança. Para os indivíduos com hipertensão ou problemas cardíacos realizarem algumas atividades, principalmente a caminhada e a ginástica, era preciso a autorização médica.

Em um dos serviços, o encaminhamento começou a ser obrigatório a partir de setembro de 2003. Isso nos leva a questionar se este fato não estaria aumentando a submissão do programa à corporação médica, já que esta agora selecionaria quem deveria ser encaminhado ou não ao programa. No que se refere ao tratamento, como o médico poderia identificar a necessidade de encaminhar o usuário já que supostamente ele trabalhava com uma racionalidade médica distinta da utilizada pelo programa?

Os massoterapeutas também encaminhavam para os médicos e discutia com o mesmo a terapêutica que estavam empregando, demonstrando responsabilidade quanto a identificação dos limites do tratamento que ofereciam.

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

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

*“Dependendo das condições do paciente, se eu ver que um paciente não está melhorando com o tratamento, eu encaminho ele novamente para o clínico que me encaminhou...essa relação deles está melhorando...ele volta ao médico pra ter esse acompanhamento em conjunto”* (profissional 2)

A interação entre os profissionais do PMA e os outros profissionais de saúde, é crucial e relevante. Porém, esta comunicação deve favorecer o intercâmbio de conhecimentos não o predomínio de um sobre o outro.

Todos os profissionais, predominantemente os que tinham formação biomédica, enfatizavam bastante a necessidade de consultas médicas para os usuários. Isto se deve talvez não somente ao tipo de formação que tinham, mas também a tensão que viviam no dia-a-dia. As falas que se seguem abordam a pressão que recebiam por parte de outros profissionais, principalmente médicos. Contextualizando estas falas poderemos observar que diferem das apresentadas anteriormente, trata-se de um diálogo durante um dos eventos já mencionados. Como afirma Minayo(1992), não podemos perder de vista o contexto em que a fala é produzida. Durante o evento eles se sentiam mais a vontade em expressar suas dificuldades com o colega, pois estavam fora do cotidiano e também não estavam sendo entrevistados.

### ***Relação com outros profissionais***

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

*“Temos muito cuidado, sempre pedimos para que eles passem no médico... de preferência médico, mas pode ser da psicologia, enfermagem, fisio...” (profissional 3).*

## **5.2. Os usuários: quem são e porque utilizam a massagem**

Nosso objetivo era apontar o perfil daqueles que buscavam a massagem através dos prontuários. Todavia, nas visitas às unidades durante os atendimentos, os usuários demonstravam ansiedade quanto à nossa presença e tentavam expressar a importância das atividades em suas vidas. Falavam aspectos positivos do tratamento e do profissional que os atendia, contavam seu percurso até encontrar o tratamento e de como o mesmo havia sido importante para sua saúde. Tentavam demonstrar que estavam satisfeitos com as atividades e como elas tinham influenciado suas vidas. Deste modo, optamos por elucidar falas que representam a maioria das expressões que observamos. Para aprofundarmos e analisarmos a percepção dos usuários sabíamos que deveríamos dispor de mais dados, porém a coleta desses não foi possível pelos limites necessários que conferimos a esse estudo.

Nesse sentido, as falas apresentadas são uma aproximação dos "*significados*" da massagem para os usuários:

### ***Significados para o usuário***

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

*“Ele curou minha mulher, é um Deus pra ela” (usuário 2).*

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

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

No paradigma vitalista, saúde necessariamente não se contrapõem a ausência de alguma doença. O equilíbrio do QÌ no indivíduo, a harmonia nas relações sociais e com o meio ambiente é que representam estar saudável. Nisso, um tratamento alternativo requer dos indivíduos uma mudança na concepção de saúde e doença, *uma alteração global no sentido da própria vida, envolvendo sua dimensão emocional e seus valores mais íntimos* (Queiroz, 2003:111).

Nesse sentido, a cura pressupõe valores culturais, políticos e sociais e seu sentido pode ser modificado dependendo de onde estar inserida. Percebemos que o significado de cura manifestado pelos usuários parecia estar mais próximo dos fundamentos do paradigma vitalista. A maioria dos usuários continuava doente para a racionalidade biomédica, eram hipertensos e diabéticos, porém estes afirmavam estar saudáveis e elucidavam que depois do tratamento no PMA sua relação com as pessoas tinha mudado.

### **Classe social e grau de instrução**

A maioria dos usuários vinha de áreas pobres e queixava-se bastante da violência. Era comum eles falarem das dificuldades que tinham onde moravam, da pressão que sofriam por causa do tráfico de drogas, do medo em que viviam, da perda dos filhos, entre outros. Como elucidada Valla (2001), nas grandes cidades as classes

populares tendem a sofrer um processo de estresse mais intenso. Mas havia um público com melhores condições econômicas que procurava o atendimento afirmando que os planos de saúde não ofereciam este tipo de terapia e que as mesmas eram caras para o seu orçamento. Ou seja, enquanto uns muitas vezes não tinham condições de utilizar transporte público para receber o tratamento, outras demonstravam melhores condições econômicas:

*“Quando vi ela chegou em um carro importado”. (profissional 5).*

*“No fim do mês é pior pois eles não têm dinheiro para pegar o ônibus”  
(profissional 13)*

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

Nas fichas não constava o grau de instrução, então, buscamos informações através dos dados de profissão, pois este constava nas fichas; verificamos que grande parte dos usuários era aposentada, e entre aqueles que trabalhavam a maioria desempenhava funções de nível médio. Mas mesmo assim, considerando o quadro de desemprego do país, não seria possível afirmar que estes não tivessem graduação. Diante deste empecilho, buscamos estes dados junto aos profissionais que afirmaram que poucos dos usuários tinham grau de instrução superior, entre estes se destacavam os profissionais que trabalhavam nas unidades e eram atendidos pelo programa. Isso sugere que provavelmente práticas, antes restritas a classes mais favorecidas como visto por Loyola (1987), estejam sendo disponibilizadas aos mais pobres, mudando o quadro confirmado pela autora naquele período. Os profissionais demonstravam satisfação em ver pessoas de classe social mais favorecida procurar os postos de saúde, eles achavam que ajudava a valorizar o PMA.

Poderá ser observado, nessa tabela e nos quadros adiante, uma distribuição assimétrica dos usuários entre os profissionais, isso se deve ao fato de alguns profissionais não terem disponíveis em seus arquivos fichas cadastrais do ano pesquisado. Porém, ao analisarmos o número de usuários por unidades, notaremos uma distribuição linear. Assim, foram analisadas 277 fichas. Das quais 75 pertenciam a Policlínica José Paranhos Fontenelle (PJPF); 122 fichas do Hospital Paulino Werneck (HPW); e 80 fichas correspondente aos dados dos dois profissionais pesquisados no Posto de Assistência Médica Cristina R. Paugartten (PCP).

### Gênero dos usuários

Cotidianamente, as mulheres buscam mais os serviços de saúde que os homens, seja por fatores biológicos, seja por fatores culturais ou pela organização dos serviços, onde a maioria dos programas é voltada para o sexo feminino. Na busca pelas práticas alternativas não foi diferente, a tabela 2 demonstra que em todas as unidades de saúde o sexo feminino predominava.

**Tabela 2 - Distribuição percentual dos usuários por gênero, por profissionais e unidades que oferecem a prática de massagem na AP 3.1, Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.**

Profissionais/ Unidades de Saúde	Usuários masculinos		Usuários feminino	
	Nº	%	Nº	%
Profissional 1 PJPF	06	8	69	92
Profissional 3 HPW	19	15	103	85
Profissional 4 PCP	03	8	36	92
Profissional 5 PCP	07	17	34	83
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>13</b>	<b>242</b>	<b>87</b>

### Idade dos usuários

Encontramos um maior número de usuários a partir de 51 anos, isso pode ser explicado pelo objetivo inicial do PMA, como vimos no capítulo IV, ser voltado para doenças crônicas. A relação entre oferta e demanda não é estática, elas não são isoladas, sendo necessário avaliá-las considerando a interação que existe entre ambas (Pinheiro, 2001). O aumento na procura de práticas alternativas por pessoas de outras faixas etárias talvez esteja revelando que existe outra parcela da população que deseje ser atendida pelo programa. O percentual de indivíduos de 41 a 50 anos é equivalente aos de 71 a 80. Porém, a maneira que tem sido ofertado, pode ter provocado a supressão de outras faixas etárias. É importante que seja considerado essa relação tanto na análise da faixa etária quanto nos motivos de procura que veremos nos quadros 5 e 6 a seguir.

**QUADRO 5 - Distribuição percentual dos usuários por faixa etária por profissionais e unidades de saúde que oferecem a prática de massagem na AP 3.1, Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.**

Idade em anos	Profissional 1 PJPF		Profissional 3 HPW		Profissional 4 PCP		Profissional 5 PCP		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
11 a 20	0	0	01	1	02	5	0	0	3	1
21 a 30	01	1	02	2	0	0	02	5	5	2
31 a 40	02	2	11	7	04	10	07	17	24	9
41 a 50	09	12	24	20	04	10	08	20	45	16
51 a 60	21	29	36	29	12	31	07	17	76	27
61 a 70	30	40	22	19	09	23	09	22	70	25
71 a 80	09	12	21	18	06	16	07	17	43	16
81 e mais	03	4	05	4	02	5	01	2	11	4
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>277</b>	<b>100</b>

### Motivos/Indicações

Para visualizarmos os motivos/indicações que levaram estas pessoas a buscarem a massagem agregamos os motivos à medida que eles apareciam nas fichas cadastrais. Assim, foram estabelecidos quatro grupos, separados pela frequência e aproximação de sintomas: 1) relacionados a dores- onde incluímos as artralguas, artrite, artrose, dores músculo-esqueléticas; 2) relacionados a doenças crônico-degenerativas, especificamente hipertensão e diabetes; 3) relacionados ao sistema nervoso- estresse, ansiedade, nervosismo, medo, depressão; 4) outros motivos- apareceram com menor frequência sendo um ou dois casos nas unidades, como gastrite, obesidade, varizes. O mesmo usuário poderia apresentar mais de um motivo ou indicação. Entretanto é expressivo o aparecimento de motivos relacionados ao sistema nervoso, quando este não aparecia como motivo de encaminhamento se manifestava nos dados clínicos. Se considerarmos que o programa foi criado para minimizar a demanda da fila de espera da acupuntura composta por portadores de doenças crônicas e dores articulares, vê-se que a prática revelou outros motivos para a procura dos serviços.

O aumento nas indicações relacionado ao sistema nervoso e de dor, talvez revele os casos que não puderam ser resolvidos pelo modelo biomédico não restando outra opção, a não ser encaminhar o usuário para a massagem, conforme referem os massoterapeutas:

*“É ela não tinha o que fazer né, e estava buscando um recurso para melhorar a dor do paciente então, ela apostou muito no meu trabalho”* (profissional 3).

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

*“As indicações é pra diminuir o estresse muscular, é estresse mesmo do dia-a-dia, dá uma relaxada, pessoas de muita idade que tem dores na coluna, problema circulatório aí agente faz uma massagem pra dá um alívio”* (profissional 4).

**QUADRO 6 - Frequência dos motivos e indicações para massagem dos usuários com menos de 50 anos e mais de 50 anos, por profissionais e unidades que oferecem a prática de massagem na AP 3.1, Município do Rio de Janeiro, dezembro, 2003.**

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

Valla (1999) chama a atenção para o fato da população estar manifestando seu adoecimento através do “sofrimento difuso” expressado através da ansiedade, depressão, nervosismo. Entretanto, os serviços de saúde não estão preparados para dar conta deste

tipo de sofrimento, levando os indivíduos a buscarem outras maneiras de aliviar seu sofrimento através do “*apoio social*”.

Nas instituições de saúde a oferta e a demanda têm sido ao longo dos anos organizada por uma lógica biomédica onde a ênfase é dada à doença e muitas vezes o tratamento descaracteriza e despersonaliza o indivíduo. Por isso, é possível que as práticas alternativas venham a contribuir com resultados mais satisfatórios (Pinheiro e Luz, 2003).

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

### **5.3. Os profissionais: quem são e o que pensam sobre a massagem**

#### **Vínculo e formação do massoterapeuta**

Todos os profissionais pesquisados eram efetivos da Secretaria Municipal de Saúde, quatro deles eram concursados como massoterapeutas e um era auxiliar de enfermagem que atuava como auxiliar da fisioterapia e foi desviada desta função para se tornar massoterapeuta. Dos entrevistados, um era formado em fisioterapia, três estavam em formação na mesma área, e outro, era auxiliar de enfermagem. Três eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A média de tempo como massoterapeuta nas unidades de saúde era de 2 anos. Três deles realizavam massagem a mais de 5 anos. Apenas um revelou ter buscado a massagem como uma oportunidade de mudar de emprego, já que antes era secretária e estava cansada do trabalho.

Os cinco entrevistados haviam participado dos cursos de massagem oferecidos pela gerente do PMA. Quatro deles, tinham realizado curso técnico em massagem em institutos e escolas do RJ. Apenas um dos profissionais, o que não tinha curso técnico

em massagem, aplicava técnicas de medicina alternativa antes de entrar no programa. As falas que seguem sugerem que ainda há confusão do que seria massagem no paradigma vitalista e no paradigma biomédico.

### **Conhecimentos empregados**

Quanto aos conhecimentos utilizados, existia um *mix* entre modelo biomédico e conhecimentos de outras racionalidades. Aqueles profissionais que já tinham nível superior na área de saúde ou estavam se graduando, empregavam com maior frequência os aspectos biomédicos em detrimento dos aspectos da medicina chinesa. A maioria revelou usar a anatomia e a fisiologia. Apenas duas falaram sobre o *QÍ* ou *energia*.

#### ***Mix de teorias***

*“A gente vai conhecendo as técnicas novas, a gente acaba fazendo uma misturinha né... a gente está fazendo uma reflexologia a pessoa se queixa de câimbra a você e você vai lá no pontinho F3<sup>20</sup>, vai ajudar na circulação da perna, isso é automático não dá pra gente fazer separado, a gente tem que misturar”* (profissional 4).

*“É da medicina tradicional chinesa, é assim são dos cinco elementos, é yin, yang e dos canais energéticos”* (Profissional 3)

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

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

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

---

<sup>20</sup> Ponto do meridiano do fígado que está localizado em ambos os pés.

### **Dificuldades**

Os massoterapeutas relataram estar bastante satisfeitos com as atividades que realizavam, que tinham dificuldades principalmente em relação ao espaço mas, que os resultados obtidos eram gratificantes. Outro aspecto apontado como dificuldade foi dar alta aos usuários, pois na maioria das vezes, eles não queriam deixar o tratamento:

#### ***Interação com o usuário***

*“Dentro do tratamento a ginástica e a caminhada são livres mas, a reflexo, a massagem e a aurículo são 10 sessões. O difícil é dar alta ao paciente que quer sempre continuar” (Profissional 1)*

*“O toque da massagem faz com que a pessoa fique muito dependente, essa semana uma senhora falou assim: a senhora não vai fazer aquela massagem nos pés é tão boa?” (Profissional 3)*

A ginástica e a caminhada eram utilizadas como uma maneira do usuário satisfazer a necessidade de continuar sendo tratado. Parece que as práticas de medicina alternativa promovem uma satisfação nos usuários dificultando o distanciamento. Em estudo realizado por Luz (1998b), os profissionais que realizavam acupuntura também abordavam este aspecto.

Durante o atendimento, havia alguns usuários que o massoterapeuta escutava mais, estimulava para que eles falassem sobre seus problemas e buscasse soluções. Eles revelavam que sabiam que algumas pessoas só desejavam ser ouvidas. A disponibilidade dos profissionais, para tentar resolver os problemas dos usuários, revelam a possibilidade de melhorar a qualidade das ações desenvolvidas nos serviços de saúde. Mesmo que não pudessem realizar o tratamento eles sempre prestavam alguma assistência, fazendo auriculoterapia ou ouvindo as queixas dos usuários. Existia uma interação que se dava no encontro do profissional que se transformava a cada instante, dependendo da postura do profissional bem como, dos anseios do usuário.

Merhy (1994) discute a necessidade do desenvolvimento da tecnologia leve nos serviços de saúde e o fortalecimento do trabalho vivo em saúde. Aspectos que estão totalmente implicados nas ações desenvolvidas pelos trabalhadores em saúde. O autor defende a construção de um vínculo entre usuário e profissional que garanta o acesso aos usuários das ações de saúde e seja ofertada múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os diferentes problemas.

A relação entre o profissional de saúde e o usuário vem sendo apontada como um dos grandes pilares na eficácia do tratamento. O foco do tratamento deve ser dado ao doente e não a doença. Deve ser construída uma relação que possibilite a apreensão

das narrativas dos usuários, repletas de sentidos e significados. Ao se discutir os significados da doença e o sofrimento causado pela mesma, o indivíduo pode aos poucos, modificar sua vida (Lacerda e Valla, 2003).

*“A dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores, tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população” (Silva Jr et al., 2003:122).*

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

#### ***Buscando compreender as queixas dos usuários***

*“Vi o nível de stress dela com o sumiço do filho, com o esposo acamado então, resolvi fazer a aurículo também” (profissional 2).*

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

Essa demonstração de escuta por parte dos profissionais demonstra que o primeiro passo já foi dado. Apesar das dificuldades observadas em implementar a prática da massagem usando as teorias do paradigma vitalista os profissionais já começaram a construir um espaço para que essas teorias possam se desenvolver. A individualização do tratamento permite que o usuário possa ser atendido dentro de sua verdadeira necessidade. Estudo de caso realizado por Silva Jr. et al. (2003), demonstra como é possível através de um projeto terapêutico individualizado, construir novos arranjos no plano micropolítico no cotidiano dos serviços de saúde.

## *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

*Chegando é preciso recomeçar  
Vê novamente a caminhada  
Rever o que não foi visto e continuar  
a caminhar, a vida é movimento...*

A neutralidade do pesquisador é relativa, inicia-se a partir do interesse em estudar determinado objeto. Isso não invalida ou diminui os resultados obtidos, porém devem ser considerados. Entendemos que a nossa compreensão dos eventos que se deram durante a prática, foi favorecida pelo conhecimento prévio que buscamos sobre a massagem e pela nossa prática com a mesma. Esse fato favoreceu o diálogo com os profissionais entrevistados (mesmo eles não sabendo que também éramos massoterapeuta) pois pudemos aprofundar alguns aspectos da prática que se desenvolvia.

É oportuno ressaltar que a literatura predominante sobre massagem, vem sendo escrita e traduzida sobre a égide da racionalidade médica moderna. Portanto, devemos perceber que estes autores não são simples contadores de histórias, imparciais. Consciente ou não o que escrevemos e como escrevemos, são frutos do que aprendemos e vivemos.

Em relação ao conflito teoria X prática, não existiam técnicas puras? Vemos como impraticável desenvolver uma prática onde a cultura local não esteja impregnada, o que deve ser cuidado é que esta prática não perca toda a sua cosmologia, que um paradigma predomine sobre o outro impedindo o surgimento de novas *tecnologias* nos serviços de saúde. Trata-se da busca do equilíbrio entre estas duas categorias. Esse estudo revelou que não está surgindo um novo paradigma decorrente da confluência da racionalidade médica moderna e das praticas alternativas, mas a repetição do paradigma hegemônico.

No entanto, apesar do descompasso entre os fundamentos do PMA e a prática cotidiana. Os resultados apontaram que a demanda atendida pela massagem tem aumentado. Como também, a procura para o tratamento de outras "doenças" que não eram o foco inicial do programa. Além disso, os benefícios relatados pelos usuários são expressivos, isto significa que de alguma maneira a massagem estar sendo positiva para sua saúde. Contudo, devido aos limites de nossa pesquisa não foi possível aprofundar a percepção do usuário sobre a massagem, lacuna que esperamos que seja preenchida em estudos posteriores.

Queremos sinalizar o potencial que o PMA tem para a promoção de espaços favoráveis ao uso de outras racionalidades. Acreditamos que a implantação e expansão dessas práticas se constituem um processo, e o que encontramos faz parte dessa dinâmica, isto é, o primeiro passo foi dado, mais sabemos da complexidade de se implantar outra racionalidade. Por isso, constitui-se um processo a ser construído e

avaliado, revendo os objetivos para que realmente torne-se uma alternativa de atendimento e melhoria da assistência na construção do SUS.

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

Todavia, não basta os governos instituírem nos sistemas oficiais a medicina alternativa ou tradicional. A promulgação de Leis é insuficiente para garantir a oferta de práticas alternativas que contribuam para um sistema de saúde com qualidade. É o que constatamos no nosso estudo e que tem confirmação no estudo de Nigenda et al. (2001), os quais relatam sobre a prática e a regulação da medicina tradicional em nove países da América Latina e Caribe. A conjuntura atual é favorável quando temos em vista a crise na saúde. Contudo existem muitos desafios para que tenhamos uma oferta mais equitativa.

No entanto, não podemos ser simplistas a ponto de reduzir as dificuldades encontradas em implantar uma prática "nova" por ela estar fundamentada em teorias distintas do modelo predominante. Devemos considerar também, que normalmente os indivíduos apresentam resistência em relação ao "novo". Apesar das práticas alternativas não serem novas, a sua implantação em serviços de saúde ainda é recente.

Para Campos (1994), os serviços de saúde devem superar o modelo assistencial empregado, valorizando a relação entre trabalhador de saúde e usuário. Aumentar a capacidade de autonomia para que o indivíduo possa entender seu próprio corpo, a doença, suas relações com o meio social e, em consequência, a capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida, deveria ser algo essencial em qualquer processo terapêutico. Isso exigiria uma abordagem mais integral de cada caso superando o mecanicismo biologicista do cuidado em saúde.

Para se construir um sistema onde haja maior participação do usuário é importante compreender que é necessário estimular o indivíduo a participar e entender a sua doença, a gestão de si mesmo. Quando o indivíduo é tratado apenas como um "paciente" ele é desestimulado a atuar como agente ativo na busca pela sua saúde.

É preciso ampliar o processo de compreensão do indivíduo, da doença, da saúde, da vida. Analisar as práticas assistenciais na perspectiva de um outro olhar sobre o processo saúde-doença. E dessa maneira, desenvolver uma abordagem integral nas ações de saúde. De tal forma, que implementar um sistema de saúde que não seja medicalizador e mercantilizado, constitui-se uma barreira a ser ultrapassada.

Obstáculo a ser enfrentando no dia-a-dia das instituições de saúde, a ser perseguido por aqueles que dão vida ao sistema: os profissionais de saúde. É a partir destes que poderá se conformar outra maneira de cuidar. O desenvolvimento das práticas alternativas requer que nestes espaços favoráveis, estejam presentes as transformações no modo de agir dos profissionais por demandar uma grande modificação na concepção de saúde e doença e, conseqüentemente, na maneira de cuidar/curar o doente.

O processo de implantação do PMA e especificamente, da massagem demonstrou que existem muitos profissionais que buscam melhorar a assistência e empregam todo o seu esforço. Destacamos ainda, que a ansiedade em conhecer os resultados da nossa pesquisa e a maneira que colaboraram para efetivação da mesma reforça a idéia que eles estejam buscando aperfeiçoar sua prática.

Observamos que apesar de estarem empregando no fazer cotidiano uma prática distinta daquela que era apreendida pelo PMA, os massoterapeutas mostraram-se sensíveis às queixas dos usuários, de modo a tentar entendê-las. Nesse sentido, é possível que a dificuldade em lidar com os sintomas subjetivos, aspecto inerente ao modelo biomédico, possa ser superado por esses profissionais.

Não podemos negar que após toda uma caminhada em busca do conhecimento, nosso intuito é que de alguma maneira, o resultado do nosso estudo possa colaborar com o tema. E para isso, fazemos algumas sugestões:

- ✓ Seria importante que os massoterapeutas aprofundassem seus conhecimentos através de capacitações, que além de aperfeiçoar as técnicas possibilitassem a reflexão sobre sua prática cotidiana reconhecendo em que paradigma estão fundamentadas suas ações.
- ✓ As fichas cadastrais empregadas poderiam conter maior número de informações sobre os usuários, facilitando o conhecimento de seu perfil;
- ✓ Para conhecer os efeitos das práticas seria interessante que fosse elaborada uma ficha ou usar na mesma ficha cadastral, um espaço para avaliação e monitoramento;

- ✓ O encaminhamento para o programa poderia ser mais facilitado, para que outros usuários que não tenham encaminhamento médico, ou não estejam participando de outros programas, possam usufruir das atividades;
- ✓ Encontramos modelos de relatórios mensais diferentes em cada serviço e no setor de estatística central, os dados estavam agregados de maneira que dificultava uma análise mais aprofundada. Poderia ser criado um modelo de relatório a ser usado por todas as unidades. Não se tratando entretanto, de unificar as práticas mas, o modo de informar os dados para facilitar as tabulações.
- ✓ A restrição do sistema de informações da rede de saúde precisa ser avaliada, a informação da massagem como atividade de grupo cria empecilhos para sua avaliação. A criação de um código específico é possível de ser implantado.
- ✓ Como visto, o termo ginástica não é adequado para designar *a yoga, o pan-tuan-thin e o tai-chi-chuan*, seria importante rever o termo empregado e utilizar o nome específico de cada prática.

As instituições de saúde precisam ser mais sensíveis ao atendimento da população. A utilização de práticas alternativas nos serviços não iria dar garantia de resposta para todos os problemas, mas possibilitaria ampliar as opções de atendimento, sem aumentar os custos operacionais com equipamentos. A incorporação de medicinas alternativas, pode contribuir para multiplicidade de métodos, técnicas e teorias, evitando a reprodução do modelo biomédico e hospitalocêntrico. Deste modo, poderia vir a preencher as lacunas deixadas pelo modelo biomédico não sendo complementar a este mais ampliando o conhecimento.

Ao mesmo tempo em que existe a carência de estudos científicos que analisem as práticas alternativas, este fato é utilizado como justificativa para que as mesmas não sejam empregadas nos serviços de saúde. Contudo, ao se buscar a legitimação da medicina alternativa através das pesquisas, devemos considerar as especificidades do paradigma vitalista.

*"Quando o viajante disse, não há mais o que ver,  
sabia que não era assim...  
É preciso ver o que foi visto, ver outra vez o que se já se viu,  
Ver na primavera o que se vira no verão...  
Ver a seara verde, o fruto maduro, a pedra que mudou de lugar...  
É preciso recomeçar a viagem. Sempre"  
(José Saramago)*

*REFERÊNCIAS*  
*BIBLIOGRÁFICAS*

ASLANI, M. 1998. *Massagem Passo a Passo*. São Paulo: Editora Manole.

BARSTERD, D.W.V.L. 2000. *WU JI*, o vazio primordial. Primeiros contatos com as representações da cosmogonia Daoísta na Medicina Chinesa. In: *VIII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas-Medicina Tradicional Chinesa* (Madel T. Luz coord.) pp 3-26. Rio de Janeiro:UERJ,IMS,(Série estudos em saúde coletiva; n.200)

BONTEMPO, M. 1994. *Medicina Chinesa Guia Prático de Medicina Natural*. São Paulo: Nova Cultural.

\_\_\_\_\_. 1985. *Medicina Natural: saúde e equilíbrio com a natureza*. Porto Alegre: L&PM Editores Ltda.

BRÊTAS, J. R. S.; SILVA, M. G. B. 1998. Massagem em bebês: um projeto de extensão comunitária. *Acta Paulista de Enfermagem*. 11: 59-63.

BRÊTAS, J. R. S. 1999. A arte de massagear bebês: a qualidade no tocar. *Acta Paulista de Enfermagem*. 12:16-26.

BRÊTAS, J. R. S.; CASSULA, D. A; MAIDA, D. V. & REIS, L.L. 2000. A percepção das mães que participaram do grupo terapêutico de massagem em bebês acerca das experiências, benefícios e mudanças no comportamento do bebê. *Temas sobre desenvolvimento*. 9:41-8.

CAMPOS, G. W. S. 1994. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde In: *Inventando a mudança na saúde*. (Luiz Carlos de Oliveira org.) pp.29-87. São Paulo: HUCITEC.

CANÇADO, J. C. L. 1987. *Do-in: livro dos primeiros socorros*. São Paulo: Ground.

CAPRA, F., 1998. *O ponto de mutação*. Editora Cultrix.

CLINE, K., 2002. *Massagem chinesa para crianças*. Rio de Janeiro: Editora Nova Era.

COSTA et. al. 2001. Atenção básica no sistema único de saúde e indicadores para o município do Rio de Janeiro. *Revista Saúde em foco/Informe Epidemiológico em Saúde coletiva*, 21:35-59.

CRUZ NETO, O. 2001. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (Cecília de S. Minayo, org.) pp. 51-66. Petrópolis: Vozes.

DE LANGRE, J. 1981. *Do-in: técnica de automassagem da medicina chinesas*. Trad. Juracy C. L. Cançado. Rio de Janeiro: Ground.

FREIRE, M. 1989. *Tuiná para crianças: massagem chinesa*. Olinda: Independente.

\_\_\_\_\_. 1993. Conhece-te a ti mesmo: uma proposta de educação popular para a saúde. *Saúde em Debate*. 41: 4-9.

- \_\_\_\_\_ 1996. *Automassagem e Medicina Chinesa*. Brasília: Independente.
- GODOY, A. N. 1988. *O toque como parte da ação do processo de relacionamento enfermeiro-paciente*. Tese de Livre-Docência, Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem-Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- HAGUETE, T.M.F.1990. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis:Vozes.
- HUBER, L.; 2002. *Do poder sobre o corpo do corpo de poder: um estudo sobre a pratica da reflexoterapia entre mulheres do meio popular de Salvador - BA*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva-UFBA.
- JACQUES, L. M. 1999. *Massoterapia*. Rio de Janeiro: Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro.
- KUHN, T. S. 1971. *A estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- LACERDA, A.; VALLA, V.V. 2003. Homeopatia e Apoio Social: Repensando as práticas de integralidade na Atenção e no cuidado á saúde. In: *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. (Roseni Pinheiro e Ruben Araújo Mattos, Orgs.) pp.169-196. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- LEBOYER, F. 1995. *Shantala*. São Paulo:Ground.
- LOYOLA, M. A 1987. Uma medicina de classe média: idéias preliminares sobre a clientela da homeopatia. *Cadernos do IMS*. 1:45-72.
- \_\_\_\_\_ 1991. Medicina tradicional e medicinas alternativas.In: *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia* (Dominique Buchillet, org.) pp. 125-133. Belém: MPEG, CnPQ,SCT,CEJUP,UEP.
- LUZ, D.,1993. *Racionalidades Médicas: medicina tradicional chinesa* . Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social(Série Estudos em Saúde Coletiva, 72).
- LUZ, M.T.,1988. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- \_\_\_\_\_ 1996. *Estudo Comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social(Série Estudos em Saúde Coletiva, 140).
- \_\_\_\_\_ 1997. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 7: 13-43.
- \_\_\_\_\_ 1999. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*

\_\_\_\_\_. 2000. Medicina e Racionalidades Médicas: Estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico* ( Ana M. Canesqui, org.) pp. 181-200. São Paulo: Editora Hucitec-Fapesp.

MACKEY, B.T. 2001. Massage therapy and reflexology awareness. *Nursing Clinics of North America*. 39:159-169.

MALINOWSKI, B.K. 1978. Argonautas do pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia. São Paulo: Abril cultural.

MAKI, R.2003. A implantação de massagem-Entrevista(mimeo)

MATTOS, Ruben Araujo. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*(Roseni Pinheiro & Rubens Mattos. orgs.)pp. 39-64. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO.

MERHY, E.E.1994. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: *Inventando a mudança na saúde*. (Luis Carlos de O.Cecílio org.) pp. 117-160. São Paulo: Hucitec.

MINAYO, M. C. de S. 1992. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.

MINAYO, M. C. de S. & SANCHES, O . 1993 Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9:239-262.

MINAYO, M. C. de S. 2001. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (Cecília de S. Minayo, org.) pp. 51-66. Petrópolis: Vozes.

MONTAGU, A. 1988. *Tocar: O significado humano da pele*. São Paulo: Summus.

MOREIRA, L.F.B. 1999. Shiatsu. In: *Massoterapia* ( Lilian M. Jacques., org.) pp. 76-91. Rio de Janeiro: Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro.

MS (Ministério da Saúde), 1987. *8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final*. Brasília: Divisão de Documentação.

MS (Ministério da Saúde), 2002. *Política Nacional de Promoção da Saúde. Documento para discussão*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, MS.

NASCIMENTO, M. C. 1998a. A acupuntura no serviço de assistência à saúde no município do Rio de Janeiro. In: *VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas-Medicina Tradicional Chinesa* ( Madel T. Luz ,coord.)pp 43-52. Rio de Janeiro:UERJ,IMS,(Série estudos em saúde coletiva; n.160)

\_\_\_\_\_ 1998b. De panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa. *História, Ciências e Saúde*. 1:99-113.

NATALI, M. 1986. Do-in : Técnica Chinesa de massagem terapêutica. Rio de Janeiro: Ediouro.

NIGENDA, G.;MORA- FLORES, G. M.; ALDAMA-LÓPEZ, S.; OROZCO-NUÑEZ, E.;. 2001. La práctica de la medicina tradicional em América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública de México*. 43(1):41-51

OMS ( Organización Mundial de la Salud), 2002. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra, OMS.

OLIVEIRA, F. B. 1989. A cura pela massagem.Porto Alegre: Mercado Aberto.

PEREIRA, W. R. & BELLATO, R., 1997. A crise de paradigmas e a enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*. 6:113-130.

PINHEIRO, R. 2001. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*(Roseni Pinheiro & Rubens Mattos. orgs.)pp. 65-112. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas Eficazes x modelos Idéias: ação e pensamento na construção da integralidade. In: *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. (Roseni Pinheiro e Ruben Araújo Mattos, Orgs.) pp.07-34. Rio de Janeiro: ABRASCO.

PINTO, R.L.(trad).2002. Estudo de Caso. Tradução e síntese de Yin, R.K: Case Study Research: design and methods. USP. São Paulo. <<http://www.eac.fea.usp.br/metodologia/estudocaso.asp>> 07/10/2002.

QUEIROZ, M. S. 1986. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 20: 309-317.

\_\_\_\_\_ 2000. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 16: 363-375.

\_\_\_\_\_ 2003. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*.Bauru:EDUSC.

RIO DE JANEIRO (município), 1987. Lei nº 1162, de 22 de dezembro de 1987. Autoriza a criação na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde do Serviço de Medicina Alternativa. *Diário Oficial [do] município do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v.1, nº 197, p. 4, 29 de dez. pt 1.

RIO DE JANEIRO ( município), 1991. Decreto 10.074, de 25 de março de 1991. Cria a comissão especial para o fim que menciona e dá outras providências. *Diário Oficial [do] município do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v.5, nº 08, p. 2, 27 de mar. pt 1.

RIO DE JANEIRO ( município), 1999. Lei nº 2899, de 25 de outubro de 1999. Cria nas unidades assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde, o núcleo de Medicina Alternativa. *Diário Oficial [do] município do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v.13, nº 161, p. 2, 04 de nov. pt 1.

SABROZA, P. C. Concepções sobre saúde e doença In: BARBOSA, Pedro Ribeiro (Org). *Curso de Especialização Autogestão em Saúde*, v.1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p.35-58

SANTOS, B. S., 1997a. *Um discurso sobre as ciências*. Lisboa: Edições Afrontamento.

\_\_\_\_\_ 1997b. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Editora Graal.

\_\_\_\_\_ 2001. *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. São Paulo: Editora Cortez.

SILVA Jr, A. G.; MERHRY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: Homeopatia e Apoio Social: Repensando as práticas de integralidade na Atenção e no cuidado á saúde. In: *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. (Roseni Pinheiro e Ruben Araújo Mattos, Orgs.) pp.113-128. Rio de Janeiro: ABRASCO.

SILVA, M. J. P. da & BELASCO JÚNIOR, D. 1996. Ensinando o toque terapêutico: relato de uma experiência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 4: 91-100.

SILVEIRA, D. P.; 2003. *Da escuta do sujeito nos serviços de saúde: por novos olhares em torno do sofrimento psíquico na atenção básica de saúde*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Publica/ENSP/FIOCRUZ.

SMS-RJ( Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro ). 1999. *Guia de orientação das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro*. Divisão de Documentação.

SMS-RJ( Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro ). 2003. *Mapas de distribuição da medicina alternativa nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro*. Mimeo, Rio de Janeiro.

SMS-RJ( Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro ). 2003. *Ações em Saúde*. Rio de Janeiro. <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>> 10/02/2003.

SOUSA, I.M.C. 2002. A Influência da automassagem sobre a qualidade de vida dos idosos a luz do sistema de apoio e educação da teoria de Orem. Monografia de graduação, Recife: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco.

SVOBODA, R & LADE, A 2000. Tao e Dharma: Medicina Chinesa e Ayurveda. Tradução: Eduardo P. Ferreira. São Paulo: Editora Pensamento.

TESSER, C. D.; 1999. *A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização..* Mestrado em Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP

TESSER, C. D & LUZ, M.T. 2002. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7:363-372.

TESSER, C. D. 2002. *Epistemologia contemporânea e clínica: da luta pela verdade às práticas terapêuticas*. Projeto de tese de doutorado em Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP

TOBAR, F. & YALOUR, M. R. 2001. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

VALLA, V.V. 1999. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*. 15:7-14.

\_\_\_\_\_ 2001. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: *A saúde nas palavras e nos gestos*. (Eymar Mourão Vasconcelos org.) pp.39-62. São Paulo: HUCITEC.

VASCONCELOS, E.M. 1999. *Educação popular e atenção à saúde da família*. São Paulo: HUCITEC.

VICKERS, A. & ZOLLMAN, C., 1999. ABC of complementary medicine. Massage therapies. *BMJ*. 319: 1254-1257.

ZEN, M., 2002. *Práticas de Shiatsu*. São Paulo: Editora Madras.

# ANEXOS

## ANEXO 1

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PARA O GERENTE)**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa cujo título é “Serviços Municipais de Saúde Pública do Rio de Janeiro: A utilização da massagem na área programática 3.1” Você foi selecionado(a), pois representa um dos gestores do Programa de Medicina Alternativa, e sua **participação não é obrigatória**. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a sua instituição, ou ainda, com a Fiocruz / Escola Nacional de Saúde Pública.

O objetivo central desta dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz é **Analisar a utilização da prática de massagem nos Serviços Públicos Municipais de saúde na AP 3.1**, e os objetivos específicos: Detectar as modalidades de massagem; Identificar a fundamentação paradigmática da prática de massagem nos serviços; Caracterizar os profissionais que realizam a massagem, em relação à formação e vínculo institucional; Apontar o perfil dos usuários da massagem quanto ao sexo, idade e motivos para a utilização da massagem; Verificar o sistema de referência e contra-referência.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer através de entrevista com a pesquisadora, dados relativos ao processo de implementação do Programa de Medicina Alternativa e da prática de massagem; fundamentação da massagem; profissionais que realizam a massagem; referência e contra-referência.

Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre a prática de massagem em serviços públicos, além da contribuição acadêmica.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados serão manipulados somente pela pesquisadora e a orientadora. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com a resposta de outras pessoas entrevistadas. Sua participação não envolve risco pessoal ou profissional.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do Comitê de Ética, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Islândia Maria Carvalho de Sousa- Pesquisador Principal

**Comitê de Ética em Pesquisa-** End: Escola Nacional de Saúde Pública,  
Rua Leopoldo Bulhões 1480 Sala 321, Manguinhos. Cep 21041. Rio de Janeiro,  
Telefax : 22900085. 25903789 R 2054

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

.....

## ANEXO 2

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PARA OS PROFISSIONAIS)**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa cujo título é “Serviços Municipais de Saúde Pública do Rio de Janeiro: A utilização da massagem na área programática 3.1” Você foi selecionado(a), pois representa um dos profissionais que realiza massagem nos serviços de saúde da AP 3.1, e **sua participação não é obrigatória**. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a sua instituição, ou ainda, com a Fiocruz / Escola Nacional de Saúde Pública ou com a Secretaria Municipal de Saúde.

O objetivo central desta dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz é **Analisar a utilização da prática de massagem nos Serviços Públicos Municipais de saúde na AP 3.1**, e os objetivos específicos: Detectar as modalidades de massagem; Identificar a fundamentação paradigmática da prática de massagem nos serviços; Caracterizar os profissionais que realizam a massagem, em relação à formação e vínculo institucional; Apontar o perfil dos usuários da massagem quanto ao sexo, idade e motivos para a utilização da massagem. Verificar o sistema de referência e contra-referência.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer através de entrevista com a pesquisadora, dados relativos ao processo de implementação da prática de massagem no seu serviço; fundamentação da massagem; seu grau de instrução e formação; perfil nosológico do usuário; referência e contra-referência da massagem. Ainda, solicitamos a sua colaboração em permitir que possamos observar sua prática de massagem no atendimento ao usuário. Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre a prática de massagem em serviços públicos, além da contribuição acadêmica.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados serão manipulados somente pela pesquisadora e a orientadora. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com a resposta de outras pessoas entrevistadas. Sua participação não envolve risco pessoal ou profissional.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do Comitê de Ética, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Islândia Maria Carvalho de Sousa- Pesquisador Principal  
**Comitê de Ética em Pesquisa**- End: Escola Nacional de Saúde Pública,  
Rua Leopoldo Bulhões 1480 Sala 321, Manguinhos. Cep 21041. Rio de Janeiro,  
Telefax : 22900085. 25903789 R 2054

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

.....

## ANEXO 3

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PARA OS USUÁRIOS)**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa cujo título é “Serviços Municipais de Saúde Pública do Rio de Janeiro: A utilização da massagem na área programática 3.1” Você foi selecionado(a), pois representa um dos usuários da massagem neste serviço, e **sua participação não é obrigatória**. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a sua instituição, ou ainda, com a Fiocruz / Escola Nacional de Saúde Pública ou com o Serviço de Saúde Municipal do RJ.

O objetivo central desta dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz é **Analisar a utilização da prática de massagem nos Serviços Públicos Municipais de saúde na AP 3.1**, e os objetivos específicos: Detectar as modalidades de massagem; Identificar a fundamentação paradigmática da prática de massagem nos serviços; Caracterizar os profissionais que realizam a massagem, em relação à formação e vínculo institucional; Apontar o perfil dos usuários da massagem quanto ao sexo, idade e motivos para a utilização da massagem. Verificar o sistema de referência e contra-referência.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em permitir a presença da pesquisadora durante seu atendimento em massagem. Os dados a serem coletados durante a massagem serão a prática da massagem, ou seja, como o profissional realiza a massagem em você e como você é atendido. Não pretendemos interferir no seu atendimento.

Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre a prática de massagem em serviços públicos, além da contribuição acadêmica.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados serão manipulados somente pela pesquisadora e a orientadora. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com a resposta de outras pessoas entrevistadas. Sua participação não envolve risco pessoal ou profissional.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do Comitê de Ética, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Islândia Maria Carvalho de Sousa- Pesquisador Principal

**Comitê de Ética em Pesquisa**- End: Escola Nacional de Saúde Pública,  
Rua Leopoldo Bulhões 1480 Sala 321, Manguinhos. Cep 21041. Rio de Janeiro,  
Telefax : 22900085. 25903789 R 2054

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

**ANEXO 4**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA  
(PARA O GERENTE)**

1-Como se deu o processo de implantação do programa de medicina alternativa nos serviços de saúde do município do RJ?

2-Quais os serviços que têm a massagem?

3-Qual(is) os tipos de massagem(ns) são oferecidas?

4- Qual(is) profissionais realizam a massagem?

5- Que ou quais os conhecimentos utilizados pelos profissionais?

6-Como se faz o encaminhamento para a massagem nos serviços?

7-Como é realizado o financiamento desta prática nos serviços?

8-Quais os obstáculos e desafios para a implementação da prática nos serviços?

**ANEXO 5**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA  
(PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE)**

- 1- Qual sua formação profissional e qualificações na área?
- 2- Conte um pouco de sua história, como tomou conhecimento da massagem, como começou a fazer massagem nesta unidade?
- 3- Como a prática de massagem foi implantada neste serviço de saúde?
- 4- Quais os conhecimentos que utiliza para sua prática?
- 5- Como os usuários chegam até você ?
- 6- Quais os casos, queixas que você atende? Quais encaminha?

**ANEXO 6**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS**

1-Local de moradia \_\_\_\_\_ (Bairro)

2-Sexo: F( ) M( )

3-Idade:

( ) 0 a 10

( ) 11 a 20

( ) 21 a 30

( ) 31 a 40

( ) 41 a 50

( ) 51 a 60

( ) 61 a 70

( ) 71 a 80

( ) 80 e mais

4-Motivos ou Indicações para a massagem: \_\_\_\_\_

5-Encaminhamentos

De: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_

ANEXO 8

DATA	TERAPIA	TERAPÊUTA
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		
_/_/		

**OBs:**



Secretaria de Saúde  
Superintendência da Saúde Coletiva  
Coordenação de Programas Especiais  
Gerência do Programa de medicina Alternativa

**PROGRAMA DE  
MEDICINA ALTERNATIVA**

TERAPIAS ALTERNATIVAS

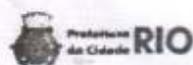
Doenças Crônicas

SMS

**UNIDADE:**

Prontuário nº \_\_\_\_\_ P.M.A. nº \_\_\_\_\_

<p><b>NOME:</b> _____</p> <p><b>Nasci:</b> _/_/_____ <b>Idade:</b> _____ <b>Sexo:</b> _____</p> <hr/> <p><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p>_____</p> <hr/> <p><b>INÍCIO DO TRATAMENTO</b></p> <p><b>DIA</b> _/_/_____ ( _____ feira)</p> <p>com _____ ( ) manhã ( ) tarde</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>TERAPIA A SER APLICADA</b></p> <p>( ) GRUPO DE CAMINHADA</p> <p>( ) GRUPO DE GINÁSTICA ORIENTAL (Pa-tuan-ching)</p> <p>( ) REFLEXOLOGIA NOS PÉS: GRUPO ( ) INDIVIDUAL( )</p> <p>( ) AURÍCULOTERAPIA: GRUPO ( ) INDIVIDUAL( )</p> <p>( ) MASSAGEM LOCALIZADA</p> <p>( )</p> <p><b>OBs:</b></p>	<p style="text-align: center;">Você está ingressando no <b>PROGRAMA DE MEDICINA ALTERNATIVA</b> para utilização de terapias que auxiliarão seu tratamento. Para que possamos atendê-lo de maneira adequada, pedimos que observe as seguintes normas.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>1 – VENHA COM UMA ROUPA LARGA (Camiseta e bermudão claros).</p> <p>2 – OBSERVE A HIGIENE CORPORAL (Banho antes das sessões).</p> <p>3 – VENHA COM OS PÉS BEM LIMPOS E COM AS UNHAS CORTADAS.</p> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">INFORMAMOS QUE DUAS FALTAS CONSECUTIVAS , IMPLICARÁ NA PERDA DA VAGA.</p>
---	---



Secretaria de Saúde  
Superintendência de Saúde Coletiva  
Coordenação de Programas Especiais  
PROGRAMA DE MEDICINA ALTERNATIVA

**PROGRAMA DE MEDICINA ALTERNATIVA**  
**FICHA DE SAÚDE ALTERNATIVA**  
(ATENDIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS)

Nº da Massoterapia: \_\_\_\_\_ / 2002

Nº do Prontuário da Unidade: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ E. CIVIL: \_\_\_\_\_  
PROFISSÃO ATUAL: \_\_\_\_\_ ANTERIOR: \_\_\_\_\_

**QUAL O MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO?**

ENCAMINHADO PELO PROGRAMA DE: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Idoso ( ) Méd. Alternativa  
( ) Médico ( ) Enfermagem ( ) Serviço Social ( ) Funcionário ( ) \_\_\_\_\_  
VEIO POR MEIOS PRÓPRIOS? ( ) Sim Encaminhado para: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS:** Hipertensão ( )N/( )S Diabetes ( )N/( )S Tabagista ( )N/( )S Etilista ( )N/( )S  
Usa medicamento? ( )N ( )S Para: Hipertensão ( )N ( )S P. de Diabetes? ( )N ( )S \_\_\_\_\_  
Está inscrito em algum programa da unidade? ( )N ( )S Qual? ( )P.H. ( )P.DM ( )P.Idoso ( ) \_\_\_\_\_  
Tem artralgias? ( )N ( )S Ombro / cotovelo / punho / mãos / quadril / joelho / tornozelo / per / coluna cervical / torácica / lombar  
Tem tonterais? ( )N ( )S Perde o equilíbrio? ( )N ( )S ( ) Está ansioso? ( ) Está nervoso?  
Tem alguma reação ao exercício físico? ( )N ( )S Alergia a algum medicamento? ( )N ( )S  
Está em uso de diurético? ( )N ( )S Tem câmbrias? ( )N ( )S

**EXAME DOS PÉS: Marcar na figura o local das alterações encontradas:**

**INSPEÇÃO:** ( ) Deformidades ( ) Micoses ( ) Úlcera ( ) Infecção ( ) Ressecamento ( )  
( ) Rachaduras ( ) Coloração da pele ( ) Temperatura ( ) Calosidade ( ) Varizes  
**PALPAÇÃO:** Pulsos: Pedioso D( ) E( ) Tibial posterior D( ) E( ) Edemas ( )  
**SENSIBILIDADE AO MONOFILAMENTO:** ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Ausente



**TERAPIA A SER APLICADA / ENCAMINHAMENTOS**

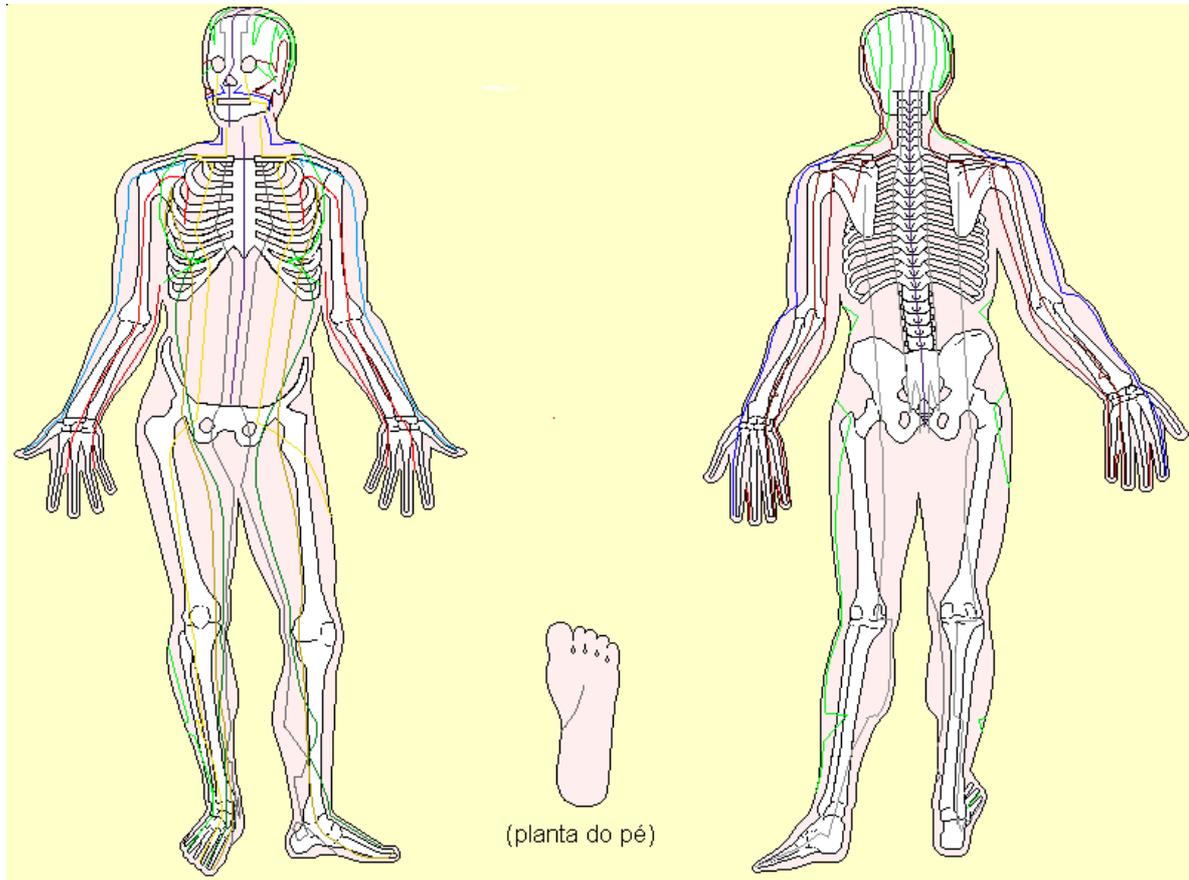
( ) ENCAMINHADO PARA \_\_\_\_\_  
( ) GRUPO DE CAMINHADA  
( ) GRUPO DE GINÁSTICA ORIENTAL: (Pa-tuan-ching)  
( ) REFLEXOLOGIA NOS PÉS: GRUPO ( ) INDIVIDUAL ( )  
( ) AURÍCULOTERAPIA GRUPO ( ) INDIVIDUAL ( )  
( ) MASSAGEM LOCALIZADA  
( )

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Massoterapeuta \_\_\_\_\_

**ANEXO 9**

**DISTRIBUIÇÃO DOS MERIDIANOS PELO CORPO HUMANO**



Fonte: WWW: do-in/lebes/gebess.gov, 2001