

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

Práticas integrativas e complementares no contexto gerontológico:
a voz dos idosos

Diego Ferrari Frigotto

Passo Fundo

2013

Diego Ferrari Frigotto

Práticas integrativas e complementares no contexto gerontológico:
a voz dos idosos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:
Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella

Passo Fundo

2013

CIP – Catalogação na Publicação

- F912p Frigotto, Diego Ferrari
Práticas integrativas e complementares no contexto gerontológico : a voz dos idosos / Diego Ferrari Frigotto. – 2013.
[205] f. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, 2013.
Orientador: Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella.
1. Envelhecimento. 2. Idosos - Saúde e higiene. 3. Gerontologia. 4. Promoção da saúde. I. Portella, Marilene Rodrigues, orientador. II. Título.

CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO ALUNO

DIEGO FERRARI FRIGOTTO

Aos dezenove dias do mês de abril do ano dois mil e treze às quatorze horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: “Práticas integrativas e complementares no contexto gerontológico: a voz dos idosos”, apresentada pelo mestrando Diego Ferrari Frigotto, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, o aluno preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Marilene Rodrigues Portella - orientadora e presidente da banca examinadora (UPF), Eliane Lucia Colussi, Marlene Teda Pelzer e Helenice de Moura Scortegagna. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou o candidato **APROVADO**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof^a. Dr^a. Marilene Rodrigues Portella, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 19 de abril de 2013.


Prof^a. Dr^a. Marilene Rodrigues Portella
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora


Prof^a. Dr^a. Eliane Lucia Colussi
Universidade de Passo Fundo – UPF


Prof^a. Dr^a. Helenice de Moura Scortegagna
Universidade de Passo Fundo – UPF


Prof^a. Dr^a. Marlene Teda Pelzer
Fundação Universidade do Rio Grande do Sul - FURG

DEDICATÓRIA

Dedicado este trabalho a todos os idosos mais especialmente a minha avó Carolina dos Santos Ferrari, por ser um exemplo de vida tão notável, por ser uma pessoa maravilhosa, com quem aprendi e partilho os valores que hoje são essenciais em minha vida, pelo seu amor e carinho.

A todos os idosos por mim atendidos que confiaram no meu trabalho e permitiram que eu fizesse parte de suas vidas por meio das interações e com o cuidado através das Práticas Integrativas e Complementares.

A todos os detentores de conhecimentos tradicionais, que doam o melhor de si em prol da saúde do outro e que permitem a continuidade dessas práticas terapêuticas às gerações futuras.

À naturologia e aos naturólogos.

E, por último, dedico este trabalho aqueles que, assim como eu, acreditam no potencial das Práticas Integrativas e Complementares, como provedoras e restauradoras da saúde.

AGRADECIMENTOS

Muitos contribuíram para minha conquista, porém, alguns de uma forma especial e, por isso quero aqui mencioná-los:

Agradeço primeiramente a DEUS, fonte inesgotável de sabedoria, que se traduz em força intrínseca mobilizando minha mente e tornando o meu caminhar mais claro, direcionando meus objetivos e fornecendo condições físicas, intelectuais e espirituais e porque tem me acompanhado e iluminado para concretizar uma jornada de trabalho e pesquisa tão importantes.

À minha família, sempre presente, meus pais e irmão pelo incentivo, compreensão, amor, carinho, dedicação, por todos os ensinamentos, pelo apoio incondicional que sempre demonstraram durante todo este tempo e por possibilitarem, em todos os aspectos, minha chegada até aqui.

À professora e orientadora Marilene Rodrigues Portella, que com sua experiência e competência me acompanhou na coleta dos dados, orientou e apresentou valiosas sugestões no decorrer do trabalho, por ter aceitado ser coorientadora na especialização em Gerontologia e orientadora desta dissertação, por todo o inestimável apoio, incentivo, ensinamentos, pela disponibilidade, suporte e dedicação que sempre prestou na sua elaboração e pela amizade formada nesta jornada.

À Universidade de Passo Fundo e a coordenação do programa de mestrado em Envelhecimento Humano, pela concessão da bolsa-auxílio, 50% da UPF, sem a qual seria impossível concluir este mestrado.

Aos idosos participantes dos grupos pesquisados, com os quais interagi, aprendi e que gentilmente doaram seus conhecimentos sobre práticas integrativas e complementares, tornando possível a realização deste estudo. Obrigado pela acolhida e pelo respeito.

Aos coordenadores dos grupos por terem dado abertura e apoio para que eu pudesse desenvolver esta pesquisa.

Às professoras e aos professores do mestrado em Envelhecimento Humano pelas discussões, construções e desconstruções de conhecimento.

As Casas amigas que me acolheram durante o período das aulas e atividades do mestrado: Renato Borges De Souza e Letícia Dezordi de Mello; Laudir dos Santos e Marilene Rodrigues Portella e suas famílias. Obrigado por terem me recebido de braços abertos.

À banca examinadora pelas valiosas considerações desde a qualificação do projeto e por aceitarem o convite para avaliar e colaborar com esta pesquisa.

Minha gratidão a Rita De Marco, secretária do Programa de mestrado em Envelhecimento Humano e, sobretudo, amiga que desde o começo me auxiliou, com todo empenho, interesse, simpatia, atenção, dedicação por ser extremamente receptiva e comprometida com o serviço exercendo seu papel dignamente e carinhosamente.

À amiga e naturóloga Lélia Luiza Barbieri Jahnel por ter me auxiliado durante a coleta de dados no grupo do contexto de Passo Fundo e pelos auxílios prestados neste período.

Aos queridos colegas (amigos e amigas) que conquistei nessa jornada, agradeço por todo companheirismo, convivência, troca de experiências, pela amizade sincera e terna e pelo elo que formei nesses dois anos. Vocês foram muito importantes para mim. Guardo-os no meu coração para sempre.

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

EPIGRAFE

O corpo envelhece sem a sua permissão...

A alma só envelhece se você permitir

Valquíria Vieira

RESUMO

FRIGOTTO, Diego Ferrari. Práticas integrativas e complementares no contexto gerontológico: a voz dos idosos. 2013. [205] f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

O envelhecimento populacional no Brasil e no mundo foi uma grande conquista do século XX devido aos avanços científicos, intervenções médicas e saneamento básico. O presente estudo teve como objetivo geral investigar o conhecimento, o uso e aceitação das terapias integrativas e complementares por idosos de diferentes contextos. Utilizou abordagem qualitativa, sendo de caráter exploratório e descritivo e usou o método do grupo focal (GF) para a coleta e análise dos dados, conforme postulados de Gatti. Com uma amostra constituída por 78 idosos, proveniente de três GFs ligados a Programas de Universidades abertas para a terceira idade, vinculados à Universidade Sem Limites, projeto da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Campus de Erechim e ao Centro Regional de Estudos e Atividades Para a Terceira Idade (CREATI), atrelado à Universidade de Passo Fundo e 4 GFs congregados a grupos de convivência para idosos no contexto de Paim Filho e de Maximiliano de Almeida. A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2012 com três encontros em cada GF, estes foram gravados e transcritos pelo pesquisador. Parte dos resultados foi compilada em duas produções científicas, ambas anexas ao presente texto. A primeira intitulada “O conhecimento e uso das práticas integrativas e complementares (PIC) por idosos de diferentes contextos” objetivou pesquisar que formas de PIC os idosos utilizam no cuidado em saúde. Desse modo, este trabalho se propôs a investigar o conhecimento e uso das PIC por idosos de diferentes contextos. Os dados dos resultados analisados compuserem um corpus detalhado e confiável para interpretação numa dimensão interacionista e a interpretação ancorada no referencial construído. Para interpretação e análise dos dados utilizaram-se os postulados de Gatti, o qual apontou que o uso e o conhecimento das PIC é vasto entre os idosos, sobretudo daquelas não referendadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, as mesmas são utilizadas como recurso preventivo e curativo e estão ligadas à cultura familiar. A produção científica dois com o título: “Mulheres da universidade aberta para a terceira idade e o cuidado em saúde: uso e conhecimento de plantas medicinais e fitoterapia” objetivou identificar o conhecimento e a prática, por mulheres idosas, das plantas medicinais e da fitoterapia. A análise dos dados foi semelhante ao artigo um. Constatou-se que estas mulheres idosas tem grande conhecimento no uso de plantas medicinais, o que está fundamentado na transmissão do conhecimento pelas gerações, mas este uso não é referido aos profissionais da saúde, diferentemente dos fitoterápicos, cujo uso é prescrito pelos médicos. A realização da pesquisa ocorreu sem dificuldades, entretanto, apresentam-se limitações por se tratar de contextos específicos que não podem ser generalizados. Os resultados remetem à necessidade de mais estudos nestes contextos para um melhor conhecimento das formas de cuidados à saúde utilizados pelos idosos.

Palavras-chave: 1. Terapias Complementares. 2. Saúde do Idoso. 3. Políticas Públicas. 4. Gerontologia. 5. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

FRIGOTTO, Diego Ferrari. Complementary and integrative practices in the context of gerontology: the voice of the elderly. 2013. [205] f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

Population aging in Brazil and the world was a great achievement of the twentieth century due to scientific advances, medical interventions, sanitation. The present study aimed to investigate the knowledge, use and acceptance of complementary and integrative therapies for the elderly in different contexts. The study used a qualitative approach, with character exploratory and descriptive and used the focus group method for collecting and analyzing data as postulates Gatti. With a sample of 78 elderly with three groups (GF) focal programs tied to universities open to seniors tied the University Without Limits Project of Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Campus Erechim, and the Center Regional Studies and Activities For Seniors (CREATI) on the Universidade de Passo Fundo and 4 GF linked to coexistence groups for the elderly in the context of Paim Filho and Maximiliano de Almeida. Data collection occurred in the second half of 2012 with three sessions in each GF, data were recorded and transcribed by the researcher. Part of the results was compiled in two scientific productions, both attached to this text. The first entitled "The knowledge and use of complementary and integrative practices by elders from different contexts" aimed to investigate what forms of complementary and integrative practices seniors in health care use. Thus, this study aims to investigate the knowledge and use of complementary and integrative practices by elders from different contexts. Outcome data analyzed a corpus compuserem detailed and reliable interpretation. In interactionist dimension and interpretation anchored in the frame built. To interpret and analyze the data we used the postulates of Gatti. This showed that the use and knowledge of complementary and integrative practices is vast among the elderly about all those not in countersignatures National Policy on Integrative and Complementary, the same feature are used as preventive and curative and are linked to family culture. The two scientific production entitled: "Women's open university for the elderly and health care: knowledge and use of medicinal plants and herbal therapy" aimed at identifying the knowledge and practice by older women, medicinal plants and herbal medicine. The analysis of data was similar to the one article. It was noted that elderly women have great knowledge in the use of medicinal plants, based on what this transmission knowledge through the generations, but this use and not referred to health professionals unlike herbal medicines whose use is prescribed by doctors. The research took place without difficulty, however, presents limitations because it is specific contexts can not be generalized. The results indicate the need for further studies in these contexts to a better knowledge of the forms of health care use by the elderly.

Key words: 1. Complementary Therapies. 2. Elderly Health. 3. Public Policy. 4. gerontology. 5. Health Promotion.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
GF	Grupo Focal
IES	Instituições de Ensino Superior
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MTA	Medicina Tradicional Ayurvédica
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OE	Óleos Essenciais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNCS	Práticas não Convencionais em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
SUS	Sistema Único de Saúde
UNATIS	Universidades Abertas à Terceira Idade
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PRODUÇÃO CIENTÍFICA I	20
0	CONHECIMENTO E USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES POR IDOSOS DE DIFERENTES CONTEXTOS	20
2.1	<i>Introdução</i>	22
2.2	<i>Metodologia</i>	24
2.3	<i>Resultados e discussão</i>	27
2.4	<i>Conclusões</i>	43
2.5	<i>Referências</i>	45
3	PRODUÇÃO CIENTÍFICA II	53
	MULHERES DA UNIVERSIDADE ABERTA PARA A TERCEIRA IDADE E O CUIDADO EM SAÚDE: USO E CONHECIMENTO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA	53
3.1	<i>Introdução</i>	54
3.2	<i>Metodologia</i>	57
3.3	<i>Resultados e discussão</i>	60
3.4	<i>Conclusões</i>	66
3.5	<i>Referências</i>	68
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	78
	ANEXOS	105
	<i>Anexo A.Parecer Comitê de Ética</i>	106
	<i>Anexo B.Comprovante de submissão produção I</i>	108
	<i>Anexo C.Comprovante de submissão produção II</i>	110
	APÊNDICES	112
	<i>Apêndice A.Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	113
	<i>Apêndice B.Projeto de pesquisa</i>	117

1 INTRODUÇÃO

As práticas integrativas e complementares (PIC) são reconhecidas, valorizadas, resguardadas e recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em âmbito internacional em seu documento Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005, no qual incentiva os países membros a utilizarem, pesquisarem e criarem políticas públicas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso (WHO, 2002). Do mesmo modo, têm recebido interesse pela sua alta incidência de uso pela população ocidental, afirmando-se como um meio de intervenção nas práticas de saúde, em especial, para o contingente idoso. Todavia, é um fenômeno social pouco percebido e carente de investigação.

O envelhecimento populacional é uma consequência importante da dinâmica demográfica atual, uma realidade que afeta tanto os países ditos desenvolvidos como também os em desenvolvimento; a expectativa de vida vem aumentando de forma acentuada nas últimas décadas (WEHMEYER, 2012).

Para Garcia (2008), o crescimento abrupto da população idosa, principalmente no contexto brasileiro, chama a atenção para a urgência em implantar cuidados especiais e adequados às suas necessidades. Por isso, é necessário atuar de forma multidimensional, atendendo aos vários aspectos que envolvem o envelhecimento, dentre estas facetas a saúde é uma que depende de diversos fatores, especialmente a atenção primária à saúde, no controle e prevenção das limitações e danos decorrentes da velhice se fazem necessários, assim como as questões políticas, econômicas e sociais.

Observam-se, na literatura, relatos e discussões sobre a adoção das PIC como recurso de acompanhamento terapêutico do envelhecer, bem como um aumento na sua busca e utilização nos ambientes clínicos pela população idosa, como mais um recurso com possíveis contribuições para a qualidade de vida, uma vez que a base destas

práticas reside no cuidado integral ao indivíduo (CHEUNG, WYMAN, HALCON; 2007; BUSATO et al., 2008).

A partir da segunda metade do século XX, surgiu o movimento denominado contracultura, que “exerceu forte pressão sobre o campo da saúde, projetando técnicas e racionalidades do paradigma não biomédico e promovendo uma revolução científica” (BARROS, 2008, p.24), com a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos e opostos ao modelo biomédico.

Tal movimento, de cunho social urbano, que ocorreu tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, fomentou a introdução e o ressurgimento de Medicinas Tradicionais e outras Práticas Complementares de atenção à saúde, contrapondo com a crise da saúde e da biomedicina instaladas no ocidente (LUZ, 2005; SOUZA; LUZ, 2009). Tesser (2009), ainda destaca como influências que apoiaram o resgate e valorização destas práticas, a crise da ciência e os riscos ambientais.

No Brasil, desde a década de 80, há referência de serviços de práticas integrativas no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco para a oferta das PIC no sistema de saúde do país, deliberou-se, em seu relatório final, pela introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático ao escolher sua terapêutica. Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, deliberou-se sobre diversos temas em saúde. Um destes, tratou de incorporar no SUS, bem como, em todo país, práticas de saúde como a fitoterapia, homeopatia e acupuntura, contemplando as terapias alternativas e práticas populares (ELDIN; DUNFORD, 2001; BRASIL, 2009).

No entanto, apenas em 2006 foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). A política regulamentou a inserção da Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia,

termalismo/crenoterapia, práticas corporais e medicina antroposófica no SUS (BRASIL, 2006).

Para alguns, as PIC parecem configurar-se enquanto bens de consumo. O modismo atual, presente na sociedade, tem levado ao “consumo de técnicas e tratamentos complementares dentro da lógica do mercado, da medicalização e da higiomania” (TESSER; BARROS, 2008, p. 919; RODRIGUES; HELLMANN; SANCHES, 2012; NEVES, 2012).

No contexto brasileiro, o sistema de saúde vem sofrendo modificações ao longo do tempo e, com o desenvolvimento do SUS, prima-se por um olhar integral sobre o indivíduo e o coletivo de maneira equânime (HELLMANN, 2009). O que corrobora com o uso das PIC, as quais podem contribuir no sentido de sensibilizar para uma forma mais humanizadora no processo de cuidar (WALDOW, 2001). A própria institucionalização das PIC no SUS, pela PNPIC ampliou o acesso a produtos e serviços antes restritos à área privada, além de suscitar o desafio de integrar saberes e práticas nas diversas áreas do conhecimento para desenvolvimento de projetos humanizados, integrais e transdisciplinares (BRASIL, 2009).

Em nosso país, há uma grande dificuldade para a efetivação da PNPIC, por existirem poucas instituições estabelecidas que formem profissionais que atuem com as PIC ou com tradições de cura em sintonia com os princípios do SUS e da Saúde coletiva, além do pouco conhecimento sobre as mesmas e a falta de pesquisas na área (TESSER, 2009; AZEVEDO, 2012).

Porém, houve crescimento no campo de atuação das PIC, inclusive com um aumento do número de profissionais de saúde interessados pela área (OTANI; BARROS, 2011), além, de estas práticas, terem maior interesse por parte dos usuários (BELLOTTO JÚNIOR; MARTINS; AKERMAN, 2005; LEMOS, 2006; FONTANELLA et al., 2007).

Segundo Souza e Luz (2009), o motivo da expansão contínua da opção por PIC, na sociedade atual, fundamenta-se em escolhas culturais e terapêuticas que apontam para modificações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura presentes no processo de transformação da cultura.

Muitas vezes, estas formas de intervenção terapêutica estão aliadas à medicina convencional, mas da parte dos usuários, seu uso nem sempre é comunicado aos profissionais da saúde, o que representa riscos a saúde dos mesmos.

De acordo com Badke (2008), percebe-se que algumas pessoas têm falta de confiança para expor suas crenças, seus conhecimentos populares, enfim, de compartilhar conhecimentos adquiridos informalmente com medo de serem repreendidas pelos profissionais da área da saúde. Esses representam o conhecimento científico, aceito pela maioria como a única verdade, desconsiderando por completo a realidade sociocultural em que os sujeitos estão inseridos, pois, muitas vezes, o recurso terapêutico complementar é o único que está ao alcance do usuário naquele momento.

Conforme Tesser e Barros (2008) existe grande número de PIC, embora poucas sejam estudadas cientificamente com metodologias aceitas, com características teóricas e técnicas e com eficácia comprovada, o que levou à introdução destas na prática biomédica, como por exemplo, a musicoterapia e a acupuntura.

Por outro lado, estas formas de tratamento e de cuidado à saúde têm diferentes classificações, que variam conforme o país e de acordo com o entendimento de seu funcionamento, o que dificulta o estabelecimento de um consenso acerca das terminologias.

No Brasil, o resgate e a sistematização de conceitos sobre outros sistemas médicos que diferem da racionalidade biológica hegemônica tiveram ênfase com os estudos de Madel Luz e seus colaboradores sobre racionalidades médicas. Tais estudos se debruçaram sobre as medicinas e práticas médicas tradicionais e complementares,

considerando-as como sistemas particulares e complexos, estruturados a partir de uma base teórica e simbólica que considera outras dimensões relacionadas a valores, crenças e representações (LUZ, 2008).

O único entendimento comum a todos é a convicção de que se trata de práticas que visam à assistência a saúde do indivíduo na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como ser total, nas dimensões do corpo, mente e espírito. Essa compreensão se dá devido às PIC serem pautadas por uma visão ampliada da saúde, que busca a promoção do cuidado humano de forma global (NEVES, 2012).

Para a OMS, as PIC estão inseridas no campo da Medicina Tradicional (MT) e da Medicina Alternativa e Complementar (MAC). O termo MT é a designação para um sistema médico complexo, coerente entre si e advindo de uma tradição/cultura de um determinado povo. Já a MAC são diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da medicina convencional (WHO, 2002).

Este estudo é fruto do entusiasmo de quem investiga um tema de interesse pessoal, social e profissional, motivado por um intenso desejo de adentrar na pesquisa numa área tão significativa, tanto no âmbito da saúde do ser humano quanto no campo do envelhecimento humano e por considerar que a visão de saúde do homem é parte integrante do meio ambiente, que é uma das diretrizes balizadoras dos objetivos da PNPIC. Ainda, por ser naturólogo e pela Naturologia se configurar enquanto campo do conhecimento para defesa dos saberes populares e tradicionais em saúde, bem como na divulgação e aplicação de formas de cuidado humanizado e desmedicalizante.

A Naturologia Aplicada é um curso de graduação, modalidade de bacharelado, inaugurado pela Universidade do Sul de Santa Catarina, instituição pioneira no Brasil que há quatorze anos oferece no campus de Palhoça/SC (RODRIGUES et al., 2012). O qual se insere no panorama das graduações brasileiras como novo modelo cultural de

atenção à saúde numa perspectiva multidimensional e integral (HELLMANN; VERDI, 2012).

Na terapêutica, resgata as cosmologias diferenciadas das racionalidades das Medicinas Tradicionais para o cuidado com a vida do interagente, da sociedade e do planeta ao mesmo tempo em que emprega os conhecimentos científicos, tradicionais e populares das PIC na busca pelo desenvolvimento dos potenciais humanos e na melhoria da saúde e da qualidade de vida (RODRIGUES; HELLMANN; SANCHES, 2012).

Na Naturologia, prima-se pelo aspecto relacional entre interagente e naturólogo, o processo é participativo e mútuo de caráter ativo (HELLMANN; VERDI, 2012). Pois, a atuação naturológica se dá pela interagência que é uma relação transversal que procura suscitar a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos no processo terapêutico, implicando reconhecimento e valorização da subjetividade (BARROS; LEITE-MOR, 2012).

Os profissionais, norteados pela noção de interagência, operam simultaneamente com a perspectiva da educação em saúde, promoção da saúde individual e coletiva, integração social e cuidado. O trabalho educativo do naturólogo ocorre a partir da atitude humana do cuidado, princípio e diretriz da interagência, um processo transformador. Na promoção da saúde este profissional age “com ações de desenvolvimento de potencialidades pessoais e de estímulo à participação ativa nos processos individuais e grupais” (BARROS; LEITE-MOR, 2012, p.29).

Na perspectiva gerontológica, a Naturologia segue alinhada ao pensamento de Garcia (2008) ao expressar que a terapêutica tem como enfoque central estimulação e compreensão das potencialidades frente às limitações advindas no curso da vida, em especial, na velhice, ainda, incentiva às mudanças e a otimização das atividades promotoras da satisfação e inclusão social dos mais velhos.

O método focal foi escolhido para a coleta de dados por apresentar característica que facilita a interação e a participação grupal (GATTI, 2005). O que está de acordo com minha formação como naturólogo, por acreditar que toda intervenção deve vir da interação entre as pessoas. Além de os dados, obtidos com o uso do Grupo Focal (GF), serem ricos, pois possibilita capturar expressões e formas de linguagem não apreensíveis por outras técnicas, o que facilitou a discussão do contexto das PIC pelo vasto conhecimento dos idosos sobre esta temática.

Por isso, a pretensão foi de buscar respostas para algumas interrogações inerentes às PIC com relação ao contingente idoso, quais sejam: Que formas de PIC os idosos utilizam no seu sistema de cuidado? O que determina a escolha e busca por tais práticas? Que influências os idosos reconhecem nesta prática sobre as suas condições de saúde?

Neste sentido, esta dissertação está organizada na forma de duas produções científicas. No primeiro artigo, procuramos atender ao objetivo de investigar o conhecimento e uso das PIC por idosos de diferentes contextos, manuscrito este que foi elaborado com vistas à submissão no periódico, Cadernos de Saúde Pública. Desse modo, a estrutura da sua organização segue as recomendações ditadas pela revista.

Já, o segundo artigo, aborda o contexto do uso das plantas medicinais e fitoterapia, na questão do gênero feminino. Optou-se em produzir um artigo focado nos resultados obtidos nos GFs desenvolvidos juntos às idosas participantes dos projetos de Universidades Abertas à Terceira Idade, vinculadas a instituições de ensino superior. Este manuscrito foi elaborado com vistas à submissão no periódico, Revista de Estudos Feministas. Desse modo, a construção do mesmo seguiu as normas ditadas pela revista.

2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

O CONHECIMENTO E USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES POR IDOSOS DE DIFERENTES CONTEXTOS

Diego Ferrari Frigotto¹, Marilene Rodrigues Portella²

¹ Naturólogo. Bacharel em Naturologia Aplicada pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo (UPF). Especialista em Gerontologia pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Erechim.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora titular do Instituto de Ciências Biológicas e do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer UPF/CNPq. Membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Resumo

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa, que utilizou o método do Grupo Focal (GF) para coleta de dados com o objetivo de investigar o conhecimento e o uso das práticas integrativas e complementares por idosos de diferentes contextos. Participaram 78 idosos com idades entre 60 a 95 anos com maior predomínio de mulheres. Foram realizados 21 encontros, organizados em sete GFs, no contexto de grupos de convivência e de projetos de Universidades Abertas para à Terceira Idade com três sessões em cada um. A análise e interpretação seguiram os postulados dos GFs. Observou-se que os idosos deste estudo têm grande conhecimento

das diversas práticas integrativas e complementares e fazem uso para a prevenção e tratamento de doenças, sobretudo das não referendadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Estes saberes são fruto das memórias e reminiscências das experiências do cuidado familiar realizado pelos idosos.

Palavras-chave: Terapias Complementares. Idoso. Assistência à Saúde. Saúde do Idoso

Abstract

This is an exploratory and descriptive qualitative approach that used the focus group method (GF) to collect data in order to investigate the knowledge and use of complementary and integrative practices by elders from different contexts. 78 elderly participants aged 60 to 95 years with predominance of women. 21 meetings were held, organized in seven GFs, in the context of social groups, and projects of the Open Universities of the Third Age with three sessions in each. The analysis and interpretation followed the tenets of the GFs. The study showed that elderly people have a great knowledge of the various complementary and integrative practices and make use for the prevention and treatment of diseases, especially not you recommend for the National Policy on Integrative and Complementary Practices. These knowledges are the fruit of memories and reminiscences of experiences of family care held by the elderly.

Keywords: Complementary Therapies. Aged. Delivery of Health Care. Health of the Elderly

Resumen

Se trata de una encuesta exploratoria y descriptiva de abordaje cualitativo, que ha utilizado la técnica del grupo focal (GF) para recopilar datos con el fin de investigar el conocimiento y el uso de medicina complementaria e integrativa por los ancianos de distintos contextos. Han participado setenta y ocho (78) ancianos con edad entre sesenta (60) y noventa y cinco (95) años, con predominio del sexo femenino. Se realizaron veintiuna (21) reuniones, organizadas en siete GFs, en el contexto de los grupos sociales y en proyectos de las Universidades Abiertas de la Tercera Edad, con tres sesiones en

cada uno. El análisis y la interpretación siguen los principios de la GFs. El estudio mostró que las personas mayores tienen un gran conocimiento de las diversas prácticas complementarias e integradoras y que de ellas hacen uso para la prevención y tratamiento de enfermedades, incluso de las no recomendadas por la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias. Estos conocimientos son fruto de memorias y recuerdos de las experiencias de atención a la familia cuando en manos de los ancianos.

Palabras clave: Terapias Complementarias. Anciano. Prestación de Atención de Salud. Salud del Anciano

2.1 Introdução

O envelhecimento da população é uma questão emergente, uma realidade nova cujas repercussões alçam demandas de ordem econômica, de recursos sociais, em especial as relacionadas à assistência e ao cuidado da saúde, isto porque as necessidades dos idosos evoluem com o avanço da idade. Neste contexto, encontram-se inseridas práticas de cuidado em saúde-doença, mais comumente conhecidas como medicina alternativa e complementar ou práticas integrativas e complementares (PIC).

O campo das PIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina o campo das Práticas Integrativas e Complementares como Medicina Tradicional e Complementar Alternativa (WHO, 2002).

No Brasil, as PIC são política de Estado, desde 2006, com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Esta firma a disponibilidade, à população, de condutas terapêuticas, principalmente na atenção básica, com a garantia de livre acesso. Entretanto, a institucionalização das PIC, no plano formal, ainda não assegura na prática sua consolidação no sistema (SILVA; AGUIAR, 2010). Isso se deve, em parte, ao pouco preparo ou até mesmo despreparo

total dos profissionais integrantes da rede para lidar com essa nova perspectiva de atuação na saúde (DE SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008).

As PIC são práticas legitimadas, de valor social reconhecido, disseminadas no mundo todo, incluindo países pobres e ricos, por diferentes motivos: no contexto da pobreza, a procura se dá pela congruência cultural, baixo custo e acessibilidade. Nos países abastados, há duas razões distintas, por um lado, em função da insatisfação com o modelo biomédico que se atenta exclusivamente aos diagnósticos sintomatológicos; por outro, é creditado ao próprio mérito das práticas cuja abordagem favorece uma relação de maior solidariedade e proximidade entre curador-doente, além do respeito aos valores e crenças dos usuários com as mesmas (WHO, 2002; TESSER; BARROS, 2008; TESSER, 2009).

A facilidade de adesão e procura do segmento idoso pelas PIC pode ser atribuída às experiências vividas, seja por tradição ou por difusão do conhecimento popular, ou como parte do cabedal de sabedoria dos mais velhos, por se tratar de costumes familiares, em que se empregavam alternativas variadas para resolver a maior parte dos problemas de saúde no dia a dia (WILLISON; ANDREWS, 2004; VICINI, 2006; DOMÍNGUEZ, 2010).

A população, de um modo geral, procura as PIC não apenas por acreditar na sua eficiência, mas também por suas características específicas quanto à atenção e à escuta individualizada, que colocam o doente como elemento central da atividade terapêutica (LUZ, 2005; SILVA, 2008). No que se refere ao segmento idoso, a busca e utilização pode ser atribuída à compreensão de que as mesmas se configuram como um genuíno processo de cuidado, por serem dotadas de uma diversidade de sentidos, com diferentes representações e valores, concernindo estima não apenas à saúde, mas também à própria vida em sociedade (LUZ, 2008).

São práticas que incentivam o uso de mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, da escuta

sensível e acolhedora, elementos promotores do vínculo terapêutico e da integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006; SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012).

As escolhas dos idosos por práticas terapêuticas que incluem as PIC fundamentam-se em diferentes fatores, como a disponibilidade e acesso à assistência médica, fracasso de tratamentos com alternativas informais ou populares, maneira como o paciente entende o problema, o modo como outras pessoas do ambiente do paciente compreendem e encaminham a situação e ainda há aqueles que se lançam à procura das práticas considerando a situação financeira, geralmente são pessoas que não têm convênio (SOUZA; LOPES, 2007).

A opção por pesquisar o uso das PIC no contexto gerontológico está relacionada ao pressuposto de que a população idosa procura e faz uso destas, independentemente se o sistema de saúde de sua área de abrangência oferece ou não. A busca acontece tanto na oferta formal quanto na informal.

A pretensão é de buscar respostas para algumas interrogações inerentes às PIC, os hábitos e costumes dos mais velhos, também por serem apreensões enquanto naturólogo; além do mais, por ser esta uma profissão cuja identidade se constrói no diálogo entre os saberes e na pluralidade de perspectivas teóricas.

Esse panorama leva a indagar que formas de práticas integrativas e complementares os idosos utilizam no cuidado em saúde. Desse modo, este trabalho se propôs a investigar o conhecimento e uso das práticas integrativas e complementares por idosos de diferentes contextos.

2.2 *Metodologia*

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa que utilizou o método focal, cuja característica é a criação de condições para que um grupo se situe acerca de um determinado tema (GATTI, 2005).

O estudo foi realizado com 78 idosos, perfazendo um total de sete GFs, distribuídos em dois contextos, todos no sul do Brasil, assim distribuídos:

Contexto A: três GFs (A1, A2 e A3) com a característica comum de participantes de projetos de Universidade Aberta para a Terceira Idade, vinculados a instituições de ensino superior (IES). Por ocasião da exposição da proposta de pesquisa, grande parte do grupo gostou dela, em virtude disto foram organizados três GFs, com o intuito único de atender aos requisitos do desenvolvimento de um GF, que recomenda uma média de 6 a 12 participantes. As mulheres tinham idade entre 60 e 87 anos, a grande maioria viúvas; no GF A1, o destaque ficou para a escolaridade de nível superior e renda superior a três salários mínimos, nos demais predominou o ensino médio completo e indicando uma renda média entre dois e três salários mínimos.

Contexto B: quatro GFs (B1, B2, B3 e B4) cujos participantes tinham a característica peculiar de serem idosos residentes em municípios de pequeno porte, que preservam as características e os costumes rurais, além de serem membros ativos de grupos de convivência. Os GFs B1 e B2 ocorreram em um município cuja distância é de 10 km do município vizinho, onde ocorreram os GFs B3 e B4. A escolha deste contexto se deu, num primeiro momento, por se tratar de idosos participantes de grupos de convivência, cujas ações desenvolvidas se diferem daquelas relacionadas ao contexto A. Outro motivo foi a facilidade de inserção do pesquisador neste ambiente em função dos vínculos estabelecidos. A constituição de quatro grupos neste contexto se deve à divulgação do projeto de pesquisa feito pelos próprios coordenadores dos grupos. Tal fato produziu grande entusiasmo e gerou expectativas, pois se tratava de algo novo. Mediante tamanha repercussão, o pesquisador decidiu acolher a todos, reorganizando a distribuição nos GFs. A composição dos GFs, neste contexto, procurou atender aos

pressupostos do método focal, mesmo assim os GFs B1 e B2 mantiveram 14 e 15 participantes, respectivamente, dentre eles, apenas um do sexo masculino; já as idades variaram entre 60 e 95 anos, majoritariamente viúvas, uma escolaridade equivalente ao ensino fundamental incompleto, referindo uma renda média de até dois salários mínimos. Os GFs B3 e B4, com 10 e 13 participantes, respectivamente, sustentaram características semelhantes quanto ao estado civil, escolaridade e renda e a idade variou entre 61 e 88 anos, havendo a participação de dois homens apenas.

A duração de cada uma das sessões foi de aproximadamente duas horas. Optou-se por preservar as salas específicas, indicadas pelas respectivas coordenações, locais próprios onde os grupos realizam seus encontros. Antes de iniciar a discussão em cada grupo, foi realizada uma abertura pelo moderador, com a finalidade de criar condições favoráveis para o desenvolvimento do processo, seguindo-se uma breve explanação inicial sobre os objetivos da pesquisa e o funcionamento da dinâmica.

Para a condução dos GFs foi estruturado um roteiro: sessão um: projeção de imagens com recurso de multimídia, sobre as diversas práticas integrativas e complementares, como elemento desencadeador dos debates e facilitador da dinâmica grupal; no segundo momento foi solicitado ao grupo que se manifestasse sobre as imagens, acusando reconhecimento das mesmas. A sessão dois iniciava com a apresentação da síntese do encontro anterior para permitir um aprofundamento progressivo da discussão e fornecer insumos significativos para a análise dos fatores que levam à utilização destas práticas, validando assim os achados. Na sessão três, ocorreu a apresentação da análise prévia dos encontros anteriores para confirmação dos dados e acréscimos caso necessários e o segundo momento foi dedicado a uma contribuição do pesquisador para o grupo, na forma de agradecimento.

A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2012, em horários e dias agendados em comum acordo com os coordenadores de grupo, totalizando 21

encontros, que foram registrados por meio da gravação de voz e complementados pelas anotações do observador.

Para a interpretação dos dados foi considerada a metodologia de análise dos GFs, cuja codificação do material coletado em função dos objetivos da pesquisa auxilia na determinação de unidades de análise. A frequência das menções nessas unidades orienta o roteiro para a interpretação dos dados (GATTI, 2005).

O material coletado com a gravação de áudio foi transcrito, organizado e somado aos registros do observador, após cada sessão, no sentido de aferir os temas centrais das discussões de cada grupo. Tomando como base os tópicos do roteiro que nortearam a discussão, construía-se a síntese prévia para submissão ao grupo. Este processo foi repetido de grupo a grupo, abstraindo-se uma composição de corpus detalhado e confiável para interpretação. Já a análise aconteceu numa dimensão interacionista e a interpretação foi ancorada no referencial construído.

Levaram-se em conta os referenciais da bioética, atendendo às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002) sobre a participação das pessoas em pesquisa e o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, protocolo n. 109/2012. Todos os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.3 Resultados e discussão

As taxonomias para categorização das diferentes práticas não ocorrem de forma homogênea e consensual entre os autores. As mudanças das terminologias que definem as abordagens de tratamento sofrem ajustes e alterações conforme o país, em função do aparecimento de novas terapias e ou ainda, como consequência do surgimento de novos modelos classificativos. Contudo, são apontadas críticas aos modelos classificatórios,

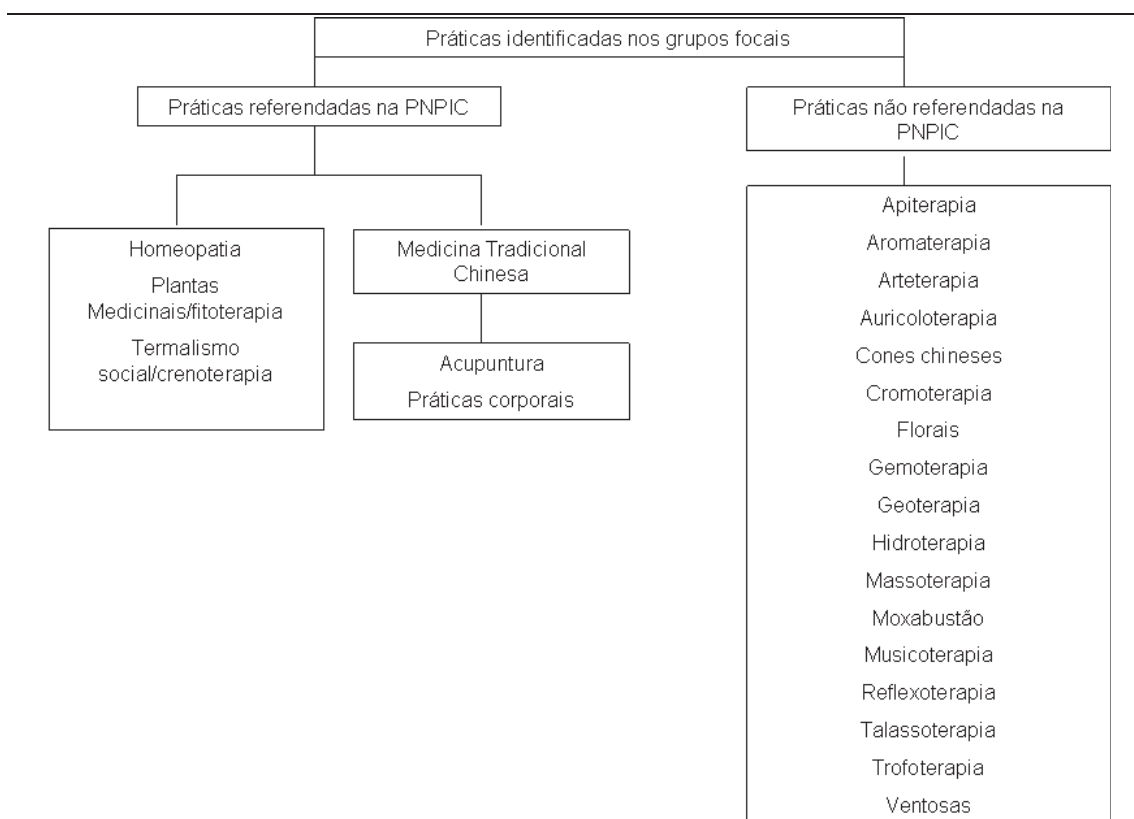
alegando a incompletude dos mesmos e a complexidade da questão (SILVA, 2008; PORCINO; MACDOUGALL, 2009).

No Brasil, as terapêuticas incorporadas na PNPIC têm origem nas experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, cuja implementação abarca justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural (BRASIL, 2006). Destaca-se que a medicina antroposófica, no contexto brasileiro, aparece com pouca expressividade (DE SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008) e neste estudo não houve referência.

Encontram-se experiências exitosas na rede pública, com a utilização das PIC na atenção à pessoa idosa, a exemplo dos trabalhos desenvolvidos pelo município de Santa Isabel do Rio Negro, no Projeto Atenção Integral ao Idoso Indígena, com PIC na Atenção Domiciliar (LOREDO, 2013) e pelo estado de São Paulo, nas ações da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, que oferece uma série de práticas integrativas, cuja maioria dos usuários são idosos (SOUZA et al., 2010).

No material obtido a partir das discussões dos GFs, em ambos os contextos, foi possível a identificação de diversas práticas apresentadas na figura 1. Neste estudo, para classificação das práticas, optou-se por referência a PNPIC vigente no território brasileiro. Desse modo, a organização seguiu duas categorias: práticas referendadas e não referendadas nesta política.

Figura 1 – Diagrama da classificação das práticas identificadas nos grupos focais



O campo das PIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela OMS de medicina tradicional e medicina complementar alternativa (WHO, 2002; BRASIL, 2009).

Esta classificação carrega representações culturais, pois no Ocidente, tende-se a chamar de Medicina Integrativa e Complementar justamente por, como indica o nome, integrar e complementar um sistema de saúde vigente, que se baseia, sobretudo, na alopatia. No Oriente, onde a alopatia é tida como complementar, especialmente na China, chama-se de Medicina Tradicional, denotando o próprio sistema vigente (SILVA, 2008; TESSER; BARROS, 2008).

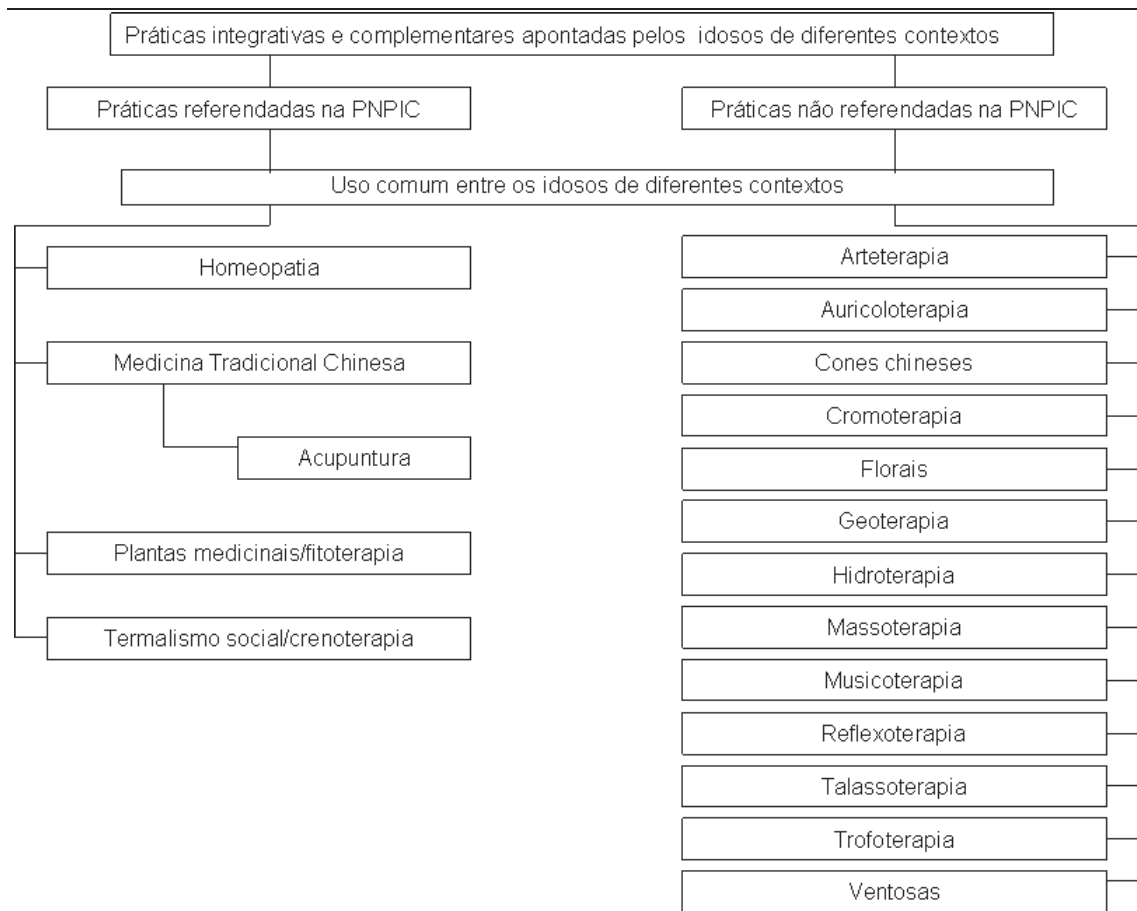
As denominações das práticas variam de acordo com o contexto; no Brasil se nomeiam PIC, a exemplo do título da própria política, a PNPIC; no México, medicina complementar e integrativa e, em Cuba, medicina natural e tradicional. Na Bolívia não

há denominação específica, no entanto tais práticas estão inseridas no modelo chamado de saúde familiar comunitário intercultural (BRASIL, 2009).

Em Cuba é bastante extenso o repertório de práticas; além das mais convencionais como homeopatia, acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa, contempladas também na PNPIC, encontram-se outras práticas como apiterapia e hidroterapia. No México são referidas pelo menos 125 tipos diferentes de práticas, porém as contempladas pelo sistema nacional de saúde mexicano são a homeopatia, a acupuntura e a fitoterapia ou herbolaria (GONZÁLEZ-GONZÁLEZ et al., 2008; BRASIL, 2009).

Observa-se que um número expressivo de práticas citadas nos GFs, apresentadas na figura 2, não são contempladas pela PNPIC, todavia são do conhecimento e uso dos idosos, nos contextos estudados.

Figura 2 – Diagrama da relação das práticas integrativas e complementares de uso comum entre idosos de diferentes contextos



A diversidade das PIC utilizadas pelos idosos ilustra a dimensão da questão em termos de alternativas terapêuticas disseminadas nos rituais do cuidado e cura que se perpetuam na população, mesmo que algumas se mantenham à margem do sistema oficial. A aplicação destas se origina na convicção de que as concepções são verídicas e de que as diretivas são corretas (TESSER; BARROS, 2008).

Utilização de práticas referendadas na política vigente

No que confere à utilização de práticas referendadas na PNPIC, são de uso comum entre os idosos dos diferentes contextos a homeopatia, a acupuntura, as plantas medicinais, a fitoterapia, a crenoterapia e o termalismo.

O uso da homeopatia, entre os idosos, tem por referência a memória acerca dos cuidados vivenciados junto aos pais. Os relatos conferem o uso destes medicamentos ainda na infância longínqua, uma prática impregnada nos costumes que acompanham também os rituais de cuidado na vida adulta.

Quando eu era criança, meu pai usava muito quando ficava doente, o remédio era de homeopatia (GF B3)

Eu lembro que quando eu era criança meu pai não ficava sem, sempre ia alguém buscar os remédios de homeopatia (GF B2)

Meu pai tinha uma caixinha quadrada, era cheia de remedinho (GF B4)

Homeopatia! Faz muito tempo, eu usei também pros meus filhos (GF B1)

Eu criei os filhos com homeopatia quando eram pequenos, com gripe tinha a Belladonna, quando ficavam resfriado, Allium sativum (GF A2)

Eu, diversas vezes usei esses globulosinhos para o intestino e o doutor que eu ia ele observava a atitude da pessoa, era um observador e conversava para só depois prescrever o medicamento (GF A1)

Conclui-se então que, nos tempos de outrora, como recordam os idosos, era comum a presença das chamadas boticas homeopáticas, também havia pessoas que tinham o conhecimento e orientavam o uso da homeopatia, mais pela conjuntura do momento, determinada pela dificuldade de acesso aos profissionais de saúde e pelo fato dos recursos, ficarem alocados nos centros urbanos.

O uso da acupuntura foi explicitado nos GFs B1 e B2, como uma prática utilizada por familiares; nos demais GFs, a manifestação foi sobre a própria vivência desta terapêutica. Os principais problemas que determinaram o uso desta estão relacionados às dores, problemas emocionais e endócrinos, entre outros. Já a aplicação da técnica ficava sob a responsabilidade de um terapeuta tradicional, de médicos ou fisioterapeutas.

Muita gente vai fazer para acalmar a dor. Eu fiz para ansiedade, fiz mais de um ano com a Dra X, fiz para a coluna [...]. Para dor, para sinusite e rinite com o Dr. Z, que é fisioterapeuta e com a Dr. X que é médica (GF A1)

Eu já fiz para problema da tireoide, melhorei da tireoide, fiquei boa (GF A3)

Um primo fez porque tinha Mal de Parkinson, com um japonês, melhorou um pouco porque estava já em estado avançado e uma prima que tinha dor nos joelhos fazia com um médico, uma sessão por semana, relatou que as agulhas tiravam a dor (GF B1)

Tem bastante gente que fizeram para dor na coluna (GF B4)

Os dados são corroborados por outros estudos no que confere às razões que levam os idosos a recorrer a acupuntura (ASTIN et al., 2000; BUONO et al., 2001), entre as quais prevalece o desejo de melhorar o estado geral de saúde, o controle da dor em situações de cronicidade (MENG et al., 2003; KATSUMI; HIROTA; KITAKOJI, 2006; GÓIS, 2007), a insatisfação com a medicina convencional e o medo dos efeitos secundários dos medicamentos. Também se evidenciam os benefícios emocionais alcançados com a acupuntura (LEITE, 2010).

O uso da acupuntura em idosos também revela melhoria das condições corporais, como a redução da fadiga, disposição para as atividades da vida diária, sensação de relaxamento, melhora da marcha, do apetite, do sono e movimentos intestinais (MATSUMOTO; TERASAWA, 2001; ITOH et al., 2004). Trata-se ainda de uma terapêutica cuja eficácia foi atestada no tratamento de síndromes geriátricas, especificamente nos problemas relacionados com a deglutição e quedas (IWASAKI et al., 2005).

Neste estudo, a utilização dos chás e de outros preparados de plantas medicinais, assim como dos fitoterápicos, são alternativas terapêuticas difundidas entre os idosos, uma prática confirmada por outras pesquisas (SOUZA, 2005; GAMA; SILVA, 2006; PEREIRA, 2008). Nas discussões geradas nos GFs, os idosos se reportavam às espécies

mais empregadas correlacionadas com os problemas afins, o modo de preparo e as formas de uso. Os chás despontam como uma unanimidade, seguida dos xaropes, pomadas, emplastos, compressas, inalações, banhos e na forma de tintura, alcoolatura ou sucos.

Eu fiz compressas de chá de camomila para os olhos (GF A1)

A minha mãe fazia chá pro coração (GF B3)

Eu assisti aquele programa, vida e saúde, na TV, daí eu fiz e me senti bem com o alecrim, ele é um chazinho pra te levantar o astral, você pode estar bem triste, você toma o chá de alecrim, não tem chazinho melhor. Ele é relaxante, uma coisa assim, se sente tão aliviada, sabe (GF B4)

Eu fiz inalação com folhas de Eucalipto (GF A2)

Eu faço banho de assento com Erva de bicho para hemorróidas (GF A2)

São remédios baratos e muito bons (GF B3)

O uso do chá é uma prática de cuidado que possui fortes marcas culturais que retrata, muitas vezes, a história familiar do idoso, além de outros fatores que podem contribuir para a utilização das plantas medicinais, tais como: baixo custo, dificuldade de adquirir os medicamentos nos serviços de saúde, poucos efeitos adversos quando comparados a medicamentos alopáticos, preferência pelo natural e a tradição cultural (GAMA; SILVA, 2006).

Observou-se nos GFs o uso frequente das plantas medicinais e fitoterápicos associados a medicamentos alopáticos, em especial, nos casos de hipertensão e diabetes. Os participantes faziam referência a essa prática, independentemente do contexto, são dados corroborados por outros estudos (OLIVEIRA; ARAUJO, 2007; GONZÁLEZ-GONZÁLEZ et al., 2008; OLIVEIRA; MOREIRA, 2010).

A diferença encontrada se refere ao uso com e sem conhecimento dos profissionais de saúde, enquanto no contexto A se fazia uso considerando as recomendações médicas; no contexto B a prática era comum e as orientações estavam pautadas nas informações adquiridas na rede de relações, o que pode ser explicado pela conjuntura dos participantes, aqueles que frequentam os programas da universidade aberta para a terceira idade, fazem parte de um grupo privilegiado, cujos projetos trabalham com questões de saúde e, também pelas condições financeiras, contam com melhor acesso ao sistema de saúde. Por outro lado, aqueles que vivem em comunidades que preservam os costumes rurais têm esta prática como a primeira escolha, pois se trata de um valor cultural (VEIGA JUNIOR, 2008).

O uso das águas termais, pelos idosos deste estudo, se reporta ao termalismo na sua vertente turística e lúdica, semelhante aos resultados encontrados em pesquisa feita com idosos em Portugal (CALÇADA, 2009). Se por um lado a prática terapêutica colabora na promoção, manutenção e recuperação da saúde, pela sua ludicidade promove o bem-estar.

As águas termais trazem saúde, são boas para tudo, servem até para esquecer os problemas (GF B4)

Pra quem se entrega a esta forma de tratamento ela é tudo de bom, sai até o estresse, traz conforto para a gente, parece até que rejuvenesce (GF A2)

Eu percebo que saio da água muito bem, feliz da vida, com menos dor (GF A1)

Além disso, nas termas encontro conhecidos e faço amigos (GF B1)

Os benefícios das águas termais, no campo estético, foram reportados pelos idosos em todos os GFs.

A gente descansa, se sente leve e a pele fica boa (GF A1)

Com o banho de água termal a gente nota que a pele fica lisa, lisa. Então a gente observa que tem algum componente diferente. Ela faz assepsia, saem as impurezas, as células mortas (GF A3)

A água é quentinha, tem o enxofre, o benefício é para a pele, ela fica lizinha. (GF B1)

As águas trazem saúde, é bom para tudo (GF B3)

A água é boa para a pele, a gente fica com a pele lisa (GF B4)

A procura pelas águas termais se deve às propriedades especiais, concebidas como um medicamento natural, que pode curar as dores, mas que também transmitem energia e se ajustam como possibilidades de lazer e diversão.

Relaxa e resulta em melhora das dores musculares (GF A3)

É muito boa as águas, conforme o jato que a gente pega é bom para problemas de coluna, você fica lá embaixo daquele jato, até dá um alívio na dor, é muito bom, relaxante (GF A2)

Aquela água que cai do chuveirinho, nas costas, faz uma massagem tão boa (GF B3)

Todo mundo gosta de ir nas termas porque lá a gente se diverte e dança, tem até baile nas termas (GFs B3, B4)

Com o uso das águas se dorme a noite inteira e de manhã dá para levantar e sair caminhar (GF B1)

Estudos realizados no contexto das águas termais, envolvendo adultos e idosos, referem que a estadia termal é uma experiência de vida, pois além dos banhos há os bailes, a música e os prazeres das especialidades gastronômicas locais (QUINTELA, 2008; CALÇADA, 2009; ALPOIM, 2010).

Já no que confere à prática da crenoterapia, não havia nos GFs um entendimento de que a ingestão de água mineral fosse utilizada como tratamento, seu uso foi indicado

como forma de hidratação; somente no GF A1 houve manifestação de uma idosa reportando-se ao conhecimento desta terapêutica, mas não enquanto uso próprio.

Utilização das práticas não referendadas na PNPIC

Houve manifestação, em comum de diversas práticas não referendadas pela PNPIC, dentre elas a arteterapia. No contexto do GF A1 é prática familiar, pois é oferecida sistematicamente, na forma de oficina, conduzida por uma arteterapeuta. Nos demais contextos, ocorreu a associação desta prática às atividades manuais e lúdicas, algo pertinente, haja vista a utilização destes elementos como recursos expressivos na arteterapia, inclusive com recursos de informática, a exemplo do computador (MARTÍNEZ, 2011).

O processo arteterapêutico com idosos proporciona efeitos positivos no que se refere ao desenvolvimento de comportamentos, habilidades correlatas com o conceito de criatividade, principalmente no que diz respeito à atenção, coragem de arriscar, satisfação pessoal, autoconhecimento, comunicação e o relacionamento interpessoal (SCHAMBECK, 2004; BARRETO; CUNHA, 2009).

A sensação de prazer, de felicidade, de bem estar e alegria melhora a autoafirmação dos sujeitos tornando-os mais seguros e autoconfiantes (AGUIAR; MACRI, 2010; LEMOS; COELHO; FERREIRA, 2011). A arteterapia com uso da ludicidade contribui para a socialização e promoção do bem estar físico e mental. Ainda, no encontro com as atividades expressivas, os idosos descobrem formas de comunicar seus anseios, sentimentos e emoções (PORTELLA; ORMEZZANO, 2010).

Quanto ao uso da auriculoterapia, no contexto B, os idosos participantes dos GFs manifestaram conhecimento geral sobre esta terapia, alguns ouviram falar, outros sabiam o que era, pois associavam ao uso das “sementinhas na orelha”, no entanto, nenhum fez uso, diferentemente da realidade manifestada no contexto A, em que todos os participantes dos GFs relataram suas vivências.

Tais achados são corroborados por estudo realizado com idosos utilizando a terapêutica da acupuntura auricular e da auriculoterapia (OLIVEIRA et al., 2011), os resultados são semelhantes. Considerando a informação das mudanças ocorridas em decorrência desta, entre as manifestações, houve registro de alívio da dor, melhora na locomoção, na qualidade do sono e na autoestima.

A menção com relação à prática integrativa com uso de cones chineses apareceu em todos os GFs, no contexto B, os participantes, em especial as mulheres idosas, sabiam preparar os cones e aplicar a técnica. Muitos optaram por esta prática frente ao receio da “lavagem do ouvido”. Em seus relatos, mencionavam detalhes sobre a técnica e cuidados específicos, tais como, obedecer a um intervalo de tempo, cuidado no preparo e uso, entre outros.

Nos GFs A2 e A3 havia referência de que algumas idosas foram tratadas com esta prática, outras sabiam a forma de preparo, manifestando entendimento sobre os princípios terapêuticos, todavia a aplicação cabia aos práticos. Já no grupo A1, as idosas relataram que esta forma de tratamento pode apresentar riscos e muitas são receosas acerca da sua utilização.

Quanto ao uso da cromoterapia, os participantes dos GFs A2 e A3 reconhecem os poderes terapêuticos das cores; nos GFs B1 e B2 alguns já utilizaram esta prática na forma de água solarizada e, no contexto do A1, houve manifestação de uso com a aplicação de luz colorida em alguns pontos do corpo, para relaxar. Tais achados são corroborados por estudos realizados com indivíduos adultos e idosos que apresentavam dor na região lombar (MUÑOZ; MEDINA, 2002).

O emprego das cores, de forma diversificada, apareceu no GF A1. A sua utilização com aplicação no ambiente, na alimentação, na vestimenta e no uso tópico é referendado por estudos que salientam os benefícios dela advindos (PÉREZ; GÓMEZ, 2001; SYLVA, 2011).

Quanto ao uso dos Florais, nos GFs houve a indicação para vários problemas emocionais e para distúrbios do sistema nervoso, como depressão e irritação. Os seus benefícios nos idosos mostram como resultados a melhora da autoestima, a mobilização de sentimento de competência, autonomia, dignidade e felicidade, que garantem o bem-estar, mesmo frente às limitações inerentes à velhice (VASCONCELOS, 2000; COZIN, 2009).

Já o uso da geoterapia esteve presente nos GFs, com indicação para os casos de gastrite, litíase renal, dor de cabeça, edemas, hepatite, esteatose hepática, febre e consolidação de fraturas. Todavia, os tratamentos com argila são particularmente recomendados em afecções osteoarticulares e musculares (GOMES, 2002; REIS, 2005; MEDEIROS, 2007).

O emprego desta prática reportada nos GFs do contexto B, como tratamento de certas doenças da pele, através de aplicações externas, são confirmados pela literatura (REIS, 2005; MEDEIROS, 2007). O uso da argila, no plano da estética, também foi manifestado nos GFs do contexto A, B1 e B2. Poucos estudos versam sobre esta prática, há indicações de utilização como cataplasma, aplicados em úlceras vasculogênicas, em idosos, como alternativa de tratamento, sobretudo na insuficiência de recursos (SANTOS et al., 2009).

Sobre a hidroterapia, as diversas modalidades de uso externo e interno foram referidas nos GFs, na forma de banho de banheira, banho de rio, esfoliação, de assento, inalação, compressas, crioterapia, hidroginástica, hidromassagem e ingestão de água imantada.

Tais práticas fazem parte da memória e do cotidiano dos idosos. Há referências nos GFs acerca da inalação para os problemas respiratórios, enquanto que as compressas com gelo e as intercaladas com água quente e fria, foram indicadas para cialgias; as compressas com água morna, para dor nas varizes e com água fria, para febre; a hidroginástica, para a recuperação após cirurgias do ombro ou do braço, para

melhorar o movimento das articulações e ativar a musculatura, assim como para as situações dolorosas da coluna e músculos.

Exclusivamente, nos GFs B3 e B4 apareceu o banho de banheira como relaxante. A ingestão de água, em jejum, foi referenciada nos GFs do contexto B como terapia própria para desintoxicação. Somente os GFs B1 e B2 sinalizaram o uso do banho de rio com objetivo de lazer e socialização, pois a maioria vai acompanhada da família ao encontro de amigos e conhecidos.

Estes achados confirmam que a hidroterapia tem sido utilizada por idosos, em especial a modalidade da hidroginástica (CAROMANO; CANDELORO, 2001; BRUNI; GRANADO; PRADO, 2008; RESENDE; RASSI; VIANA, 2008), uma prática que produz sensação de bem estar, melhora o equilíbrio postural, a marcha e a funcionalidade, reduzindo o risco de quedas. Também há referência das vantagens de uso nos casos de osteoartrite (QUEIROZ et al., 2006).

A massoterapia apareceu em todos os GFs, eis que os benefícios relatados pelos idosos referem-se ao alívio das dores musculares e da coluna, nos processos inflamatórios como bursite e artrite, no relaxamento, na ativação da circulação e na eliminação do estresse. Acrescente-se ainda que, na memória dos idosos, paira a lembrança dos ritos de cuidados valendo-se da massagem utilizada em seus filhos, ainda crianças. Quanto à frequência, muitos a usam de forma sistemática, outros ocasionalmente. Nos GFs B1 e B2, foi referida a utilização da técnica da automassagem individual e, nos GFs B3 e B4, o uso com fins estéticos.

Observou-se que alguns idosos adotam práticas de cuidado que empregam o toque, incluindo massoterapia, técnicas de relaxamento, entre outras, com o propósito de relaxamento, redução da ansiedade e promoção do conforto (LOPES et al., 2009).

Estudos com adultos e idosos que investigaram os motivos pelos quais se busca a massoterapia, indicam-na para as dores músculo esqueléticas, processos inflamatórios,

doenças crônico-degenerativas, estresse, ansiedade, nervosismo, medo e depressão, entre outras (SOUSA, 2004; LIMA et al., 2012).

Nas questões que envolvem a música, apareceram referências acerca da influência da musicalidade como estratégia de promoção de saúde, diminuição da ansiedade, nervosismo, alívio da dor, superação de perdas e contato com o transcendente. Por outro lado, o conhecimento dos benefícios da música faz parte da memória e do aprendizado dos idosos, é uma manifestação permeada pelas questões da religiosidade.

Os benefícios da música são referendados na literatura, em especial nas condutas não farmacológicas, nas intervenções em saúde mental, como promotores da redução da ansiedade, da inquietude, da hostilidade, da agitação e na indução do sono (OSORES, 2009; MARQUES, 2011).

Destaca-se também a reflexoterapia, que é uma prática reconhecida e utilizada pelos participantes do estudo, cujo conhecimento singular sobre a sua dinâmica pautou as discussões nos GFs. A utilização da reflexoterapia como prática terapêutica em patologias musculoesqueléticas com manifestação ativa de dor, por indivíduos de diversas faixas etárias, inclusive idosos, foi objeto de estudo que mostrou resultados positivos na diminuição da dor (PUERTO, 2009).

Por outro lado, observou-se que alguns idosos confundem a reflexoterapia com as tecnologias disponibilizadas no mercado para fins de relaxamento e estimulação de pontos reflexos, tais como as palmilhas, chinelos e o massageador carretel para os pés.

Quanto à talassoterapia, era conhecida pelos idosos dos GFs do contexto A. Tinham informações desta técnica obtidas na internet e na televisão. Nos outros GFs as imagens do uso da água do mar e dos elementos marinhos provocaram-lhes recordações acerca desta prática. O uso foi relatado nas diversas formas, entre as quais a salmoura com sal grosso para dor, para gargarejo na dor de garganta, para eliminar a coriza e

desobstruir as vias respiratórias; o escalda pés para descansar os pés, além da aplicação do sal marinho aquecido nos casos de artrite, dores nos ombros e no pescoço. Nos GFs do contexto A, o uso das algas marinhas teve referência na forma de alimento, de medicamento e para fins de estética. As vivências pessoais, incluindo lembranças e o conhecimento adquirido nas viagens de turismo, acerca do uso da água do mar, também se fizeram presentes.

Estes achados comprovam os estudos realizados sobre a talassoterapia no Rio Grande do Sul, cujos resultados apontam as finalidades terapêuticas preventivas e curativas, bem como os benefícios da prática de lazer e entretenimento junto ao mar (SCHOSSLER, 2010). O ar, a água marinha e o sol representam mais que uma tríade benfazeja em termos de saúde, o que importa é o prazer que estes elementos provocam nas pessoas, independentemente da idade.

Quando se falou de trofoterapia nos GFs, a primeira reação foi de mutismo total, porém ao vislumbrar as imagens dos elementos pertinentes a tal prática, todos manifestaram algum relato. O uso de certos alimentos com indicações terapêuticas para determinados problemas de saúde são práticas comuns encontradas em estudos com idosos (CARREIRA; RODRIGUES, 2006; DAMASCENO et al., 2012).

A aplicação de ventosas evocou reminiscências na memória dos idosos. Em todos os GFs houve referência desta prática na lembrança de uso, pelos antepassados. A opção de escolha era atribuída à escassez de recursos e sua indicação era para dor na coluna, nas pernas, nos traumas e na pneumonia. A técnica foi descrita na sua forma rudimentar e no contexto B, alguns idosos revelaram que o conhecimento desta era transmitido em família e pelas religiosas, além do que era tradição das parteiras adotarem-na.

Estudo desenvolvido em Portugal, sobre o uso de práticas complementares no cuidado em saúde, atesta que idosos de diferentes contextos ainda recorrem a esta prática (DOMÍNGUEZ, 2010), diferentemente da realidade apontada neste estudo.

Vale destacar que as práticas corporais, tais como Tai Chi Chuan e o Liang Gong, assim como a aromaterapia, a gemoterapia e a moxabustão foram referenciadas apenas nos GFs do contexto A, na forma de conhecimento geral.

2.4 Conclusões

Este estudo mostrou que os idosos participantes do GFs apresentam um vasto conhecimento sobre PIC sobretudo daquelas não referidas na PNPIC, por estas serem fruto de memórias e reminiscências de experiências do cuidado familiar e, muitas destas, ainda são utilizadas como formas de cuidado a saúde, tanto no tratamento ou na prevenção de patologias.

Este dado me impressionou enquanto pesquisador e estudioso das PIC pela riqueza advinda nas discussões nos GFs, a exemplo dos relatos de experiências e de troca expressiva de saberes proporcionado pelos idosos.

Nestes grupos apresentaram-se algumas modificações no conhecimento das PIC de acordo com os contextos: as participantes do contexto universitário conheciam mais práticas porque em seus projetos recebem e trocam informações com relação a diversas formas de tratamento e com os profissionais de saúde, diferentemente do contexto dos Grupos de Convivência, onde as atividades não contemplam tais questões, mas as participantes têm reconhecimento e respeito pelas mesmas, uma vez que envolvem elementos da prática de cuidado popular, cuja tradição é perpetuar o conhecimento entre gerações.

Muito embora as PIC, historicamente, enquanto modo de cuidado esteja impregnado no cotidiano das pessoas, o mesmo não se atribui a grande maioria dos profissionais da saúde. Não basta a instituição de uma portaria ou um programa estabelecido pelo governo, se os profissionais da saúde desrespeitam a cultura popular,

agem no descaso ou ignoram o potencial das PIC prevalecendo a lógica do modelo biomédico.

Para que haja a efetivação das PIC nos serviços de saúde pública é necessário, também, estabelecer fóruns de discussão permanente além da educação continuada para os profissionais das áreas afins, haja vista a pouca expressividade das graduações cuja matriz curricular contempla a temática das PIC.

Inovar nas temáticas é possível e necessário quando se refere à formação de recursos humanos em saúde. A utilização das PIC aliadas às práticas tradicionais promove a qualidade de vida, tanto quanto preza pelo uso racional de medicamentos, desta forma, contribui na otimização de recursos públicos.

Aponta-se a necessidade da valorização do saber popular em programas específicos para os públicos idosos, como também na esfera intergeracional com ações de educação continuada no contexto da atenção à saúde do idoso numa perspectiva interdisciplinar.

Pela grande quantidade de dados obtidos sobre determinadas práticas nos GFs, futuras publicações poderão surgir, enfocando estes achados, uma vez que se reconhece a necessidade de respeitar e preservar estes conhecimentos populares.

Como sugestão:

Os resultados podem ser apresentados aos gestores municipais de saúde dos municípios pesquisados para fomentar a discussão para uma futura inserção de alguma destas práticas no serviço público municipal nos contextos estudados, haja vista a grande aceitação e incorporação destas formas de cuidado e de tratamento pelos idosos participantes dos GFs.

Entende-se que este estudo remete a uma necessidade da demanda de investimento em novas pesquisas para ampliação do conhecimento suscitado. Este dado, por si só, revela a mudança no modo de ver estas formas de tratamento, consolidando a aceitação das PIC.

Referências

AGUIAR, A. P.; MACRI, R. Promovendo a qualidade de vida dos idosos através da arteterapia. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 2, n. Supl., p. 710-713, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1102/pdf_264>. Acesso em 2 dez. 2012.

ALPOIM, M. F. M. *Análise à procura termal*. 2010. 168 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento em Turismo) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2010.

ASTIN, J. A.; et al. Complementary and Alternative Medicine Use Among Elderly Persons: one-year analysis of a blue shield medicare supplement. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, Washington, v. 55, n. 1, p. M4-M9, jan. 2000.

BARRETO, E.; CUNHA, M. F. G. Criatividade não tem idade, arteterapia reinventando o envelhecimento no NATIEX. *Revista IGT na Rede*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 10, p. 21-28, 2009. Disponível em:<<http://www.igt.psc.br/ojs/> ISSN 1807-2526>. Acesso em: 2 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. *Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa*. Brasília: Série CNS Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133, p. 83-91, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde- PNPIC- SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> >. Acesso em: 05 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório do I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PNPIC*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 196 p.

BRUNI, B. M.; GRANADO, F. B.; PRADO, R. A. Avaliação do equilíbrio postural em idosos praticantes de hidroterapia em grupo. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 56-63, jan./mar. 2008.

BUONO, M.; et al. Alternative medicine in a sample of 655 community-dwelling elderly. *Journal of Psychosomatic Research*, Manchester, v. 50, n. 3, p. 147-157, mar. 2001.

CALÇADA, J. C. Turismo Sênior: (Re) Contextualização das clientelas turísticas seniores. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Porto, v. 3, n. 1, p. 49-66, abr./out. 2009.

CAROMANO, F. A.; CANDELORO, J. M. Fundamentos da hidroterapia para idosos. *Arquivo Ciência Saúde Unipar*, Umuarama, v. 5, n. 2, p. 187-195, mai./ago. 2001.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 5, Supl., p. 119-126, 2006.

COZIN, S. K. *Idosos e florais de Bach: em busca do restabelecimento da autoestima*. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em saúde do adulto) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DAMASCENO, C. M. D.; et al. Profile and dietary habits of users in the corner trofoterapia Mother Pauline, Petrolina. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 2659-2667, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1583/pdf_476>. Acesso em: 2 dez. 2012.

DE SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília: Ministério da Saúde, ano IX, edição especial, p. 70-76, mai. 2008.

DOMÍNGUEZ, M. F. Recurso à medicina popular. *ETNICEX. Revista de Estudios Etnográficos*, Cáceres, v. 1, n. 1, p. 61-78, 2010.

GAMA, M. A. X.; SILVA, M. J. P. A utilização da fitoterapia por idosos de um Centro de Saúde em área central da cidade de São Paulo. *Revista Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 79-84, 2006.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Liber Livro Editora Ltda, 2005.

GÓIS, A. L. B. Acupuntura, especialidade multidisciplinar: uma opção nos serviços públicos aplicada aos idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 87-99, 2007.

GOMES, C. S. F. *Argilas, Aplicações na indústria*. Aveiro: O Liberal Empresa de Artes Gráficas Ltda, 2002.

GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, B. A.; et al. Adultos mayores, calidad de vida y uso de medicina científica con prácticas alternas, México 2007. *Revista CONAMED*, México, v. 13, n. 2, p. 23-29, abr./jun. 2008.

ITOH, K.; et al. Trigger point acupuncture for treatment of knee osteoarthritis-a preliminary RCT for a pragmatic trial. *Acupuncture in Medicine*, London, v. 26, n. 1, p. 17-26, mar. 2004.

IWASAKI, K.; et al. Combinational Western and oriental medicine therapies for geriatric syndrome. *Geriatrics & Gerontology International*, Japan, v. 5, n. 4, p. 216-223, dec. 2005.

KATSUMI, Y.; HIROTA, S.; KITAKOJI, H. Randomised trial of trigger point acupuncture compared with other acupuncture for treatment of chronic neck pain. *Complementary Therapies in Medicine*, Surrey, v. 15, n. 3, p. 172-179, sep. 2006.

LEITE, M. B. R. *O recurso à acupuntura pela população adulta – idosa*. 2010. 45 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade de Aveiro, Portugal, 2010.

LEMONS, C. E. S.; COELHO, A. M. C. F.; FERREIRA, F. S. Oficina de arte-terapia como estímulo ao sentimento de autoeficácia de mulheres idosas. *Em Extensão*, Uberlândia, v. 10, n. 2, p. 140-148, jul./dez. 2011.

LIMA, I. C.; et al. Terapias complementares: um projeto de extensão. *Conexão UEPG*, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 76-85, 2012.

LOPES, R. F.; et al. Toque: ferramenta terapêutica no tratamento geriátrico e gerontológico. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 402-412, set./dez. 2009.

LOREDO, R. S. As práticas integrativas e complementares na atenção integral de idosos indígenas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12., 2013, Belém. *Anais eletrônicos...* Belém: Hangar Centro de Convenções e Feiras da Amazônia, Mai. 2013. p.1. Disponível em: <<http://cmfc.org.br/index.php/brasileiro/article/view/450>>. Acesso em: 2 jul. 2013.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 145-176, 2005.

_____. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília: Ministério da Saúde, Ano IX, Edição especial, p. 38-43, mai. 2008.

MARQUES, D. P. A importância da musicoterapia para o envelhecimento ativo. *Revista Portal de Divulgação*, São Paulo, v. 2, n. 15, p. 18-24, out. 2011.

MARTÍNEZ, M. D. L. Técnicas, materiales y recursos utilizados en lós procesos arteterapêuticos. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, Madrid, v. 6, p. 183-191, 2011.

MATSUMOTO, T.; TERASAWA, S. Influence of acupuncture and moxibustion on QOL of the elderly living in nursing home and care house. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi Japanese Journal of Geriatrics*, Japan, v. 38, n. 2, p. 205-211, mar. 2001.

MEDEIROS, G. M. S. *Geoterapia teorias e mecanismos de ação: um manual teórico-prático*. 1. ed. Tubarão: Editora Unisul, 2007.

MENG, C. F.; et al. Acupuncture for chronic low back pain in older patients: a randomized, controlled trial. *Rheumatology*, Oxford, v. 42, n. 12, p. 1508-1517, dec. 2003.

MUÑOZ, I. R. M.; MEDINA, A. O. Cuidado de enfermería y terapia del color como medio de liberación de energías en dolor de espalda. *Avances en enfermería*, Colômbia, v. 20, n. 2, p. 58-67, 2002.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 93-105, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a07.htm>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

_____.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2010.

OLIVEIRA, M. M.; et al. Controlando a dor: benefícios da acupuntura auricular e auriculoterapia em idosos. *Revista tema*, Campina Grande, v. 11, n. 16, p. 40-50, jan./jun. 2011.

OSORES, P. Aproximación no farmacológica para el tratamiento de síntomas conductuales y psicológicos de demencia. *Sinopsis*, Argentina, v. 22, n. 42, p. 11-16, ago. 2009.

PEREIRA, I. G. R. *Prevalência do uso de fitoterapia em pacientes do programa de geriatria do Hospital Universitário de Brasília - HUB*. 2008. 130 f. Dissertação (mestrado em ciências da saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

PÉREZ, A. R.; GÓMEZ, J. Á. Á. Uso terapéutico del color como método tradicional. *Revista Cubana de Enfermería*, La Habana, v. 17, n. 3, p. 163-167, sep./dic. 2001.

PORCINO, A.; MACDOUGALL, C. The Integrated Taxonomy of Health Care: Classifying Both Complementary and Biomedical Practices Using a Uniform Classification Protocol. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, Evanston, v. 2, n. 3, p. 18-30, sep. 2009.

PORTELLA, M. R.; ORMEZZANO, G. Arte-terapia no cuidado gerontológico: reflexões sobre vivências criativas na velhice e na educação. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Porto, v. 3, n. 2, p. 61- 80, fev./jul. 2010.

PUERTO, Á. M. Eficacia de la reflexoterapia podal en la disminución del dolor asociado a patologías musculoesqueléticas. *Umbral Científico*, Bogotá, v. 1, n. 14, p. 48-54, jun. 2009.

QUEIROZ, L. F.; et al. Efeitos da Hidroterapia em Pacientes Idosos com Osteoartrose de Joelhos. *Revista Terapia Manual*, Londrina, v. 04, n. 16, p. 93-96, abr./jun. 2006.

QUINTELA, M. M. C. L. *Águas que curam, águas que energizam: Etnografia da prática terapêutica termal na Sulfúrea (Portugal) e nas Caldas da Imperatriz (Brasil)*. 2008. 397 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.

REIS, M. T. M. C. A. *Argilas/lamas portuguesas utilizadas em peloterapia: propriedades físicas e químicas relevantes*. 2005. 140 f. Dissertação (Mestrado em Minerais e Rochas Industriais) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2005.

RESENDE, S. M.; RASSI, C. M.; VIANA, F. P. Efeitos da hidroterapia na recuperação do equilíbrio e prevenção de quedas em idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 12, n. 1, p. 57-63, jan./fev. 2008.

SANTOS, A. M.; et al. Emprego de argilas caulínicas no tratamento de úlcera vasculogênicas em idosos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. *Anais eletrônicos...* Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00169.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2013.

SCHAMBECK, L. D. *Arte-terapia na terceira idade: busca da felicidade, prazer, integração e promoção da saúde*. 2004. 80 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública e Ação Comunitária) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2004.

SCHOSSLER, J. C. *“As nossas praias”*: os primórdios da vilegiatura marítima no Rio Grande do Sul (1900 - 1950). 2010. 220 f. Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SCHVEITZER, M. C.; ESPER, M. V.; SILVA, M. J. P. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 442-451, jul./set. 2012.

SILVA, B. A. G. *Optar pelo uso de terapias alternativas e complementares: Representações Sociais da Medicina Alternativa e/ou Complementar e da Medicina Oficial/Convencional*. 2008. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade do Porto, Portugal, 2008.

SILVA, F. C. B.; AGUIAR, A. C. V. V. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: refletindo acerca da necessidade da formação de profissionais para oferecer estes serviços à população. *FIEP BULLETIN on-line*, Foz do Iguaçu, v. 80, Special Edition, p. 262-266, 2010. Disponível em: <<http://fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/1637>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

SOUSA, I. M. C. *Medicina alternativa nos serviços públicos de saúde: a prática da massagem na área programática 3.1 no município do Rio de Janeiro*. 2004. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, A. C. *Como manda o figurino: práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre*. 2005. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 52-56, 2007.

SOUZA, J. O. R. L.; et al. Lian Gong: prática corporal chinesa e sua relação com a qualidade de vida em idosos. *Saúde Coletiva*, Barueri, v. 07, n. 43, p. 213-215, 2010.

SYLVA, M. P. As cores e suas funções específicas para a saúde. In: ENCONTRO PARANAENSE, 16 e CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 11., 2011, Curitiba. *Anais eletrônicos...* Curitiba: Centro Reichiano, 2011. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais%202011/SYLVA,%20Mary%C3%A1%20da%20Penha.%20As%20cores%20e%20suas.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2013.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008.

_____.; Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago. 2009.

VASCONCELOS, E. M. R. *Uso dos florais de Bach em idosos deprimidos*. 1. ed. João Pessoa: IDÉIA, 2000.

VEIGA JUNIOR, V. F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 308-313, abr./jun. 2008.

VICINI, G. *Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos*. 2. ed. São Paulo: Editora Senac, 2006.

WILLISON, K. D.; ANDREWS, G. J. Complementary medicine and older people: past research and future directions. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, Edinburgh, v. 10, n. 2, p. 80-91, may. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: World Health Organization, 2002. 65 p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2299s/10.2.html>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA II

MULHERES DA UNIVERSIDADE ABERTA PARA A TERCEIRA IDADE E O CUIDADO EM SAÚDE: USO E CONHECIMENTO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

Diego Ferrari Frigotto¹, Marilene Rodrigues Portella²

¹ Naturólogo. Bacharel em Naturologia Aplicada pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo (UPF). Especialista em Gerontologia pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Erechim.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora titular do Instituto de Ciências Biológicas e do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer UPF/CNPq. Membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Resumo

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa na qual se utilizou o método do grupo focal para a coleta dos dados, conforme postulados de Gatti. Participaram idosas vinculadas a programas de Universidades Abertas com idade entre 60 e 87, a fim de que se pudesse identificar o conhecimento e a prática, por mulheres idosas, das plantas medicinais e da fitoterapia. Contatou-se que as participantes faziam uso de fitoterápicos por prescrição médica e de plantas medicinais por automedicação. O conhecimento era transmitido para suas descendentes e no círculo de convivência.

Conclui-se que o saber popular das idosas fica restrito ao espaço doméstico. É necessário trazer estes conhecimentos nas discussões dos programas das Universidades Abertas, tornando este saber o temário dos próprios projetos.

Palavras-chave: Terapias complementares. Saúde do idoso. Medicamentos Fitoterápicos. Mulheres. Plantas Medicinais.

Abstract

It is exploratory and descriptive qualitative approach was the use of focus group method for data collection as postulates Gatti. Attended by older programs linked to Open Universities aged between 60 and 87 which aimed to identify the knowledge and practice by older women, medicinal plants and herbal medicine. It was noted that the participants made use of herbal medicines by prescription and herbal self-medication. The knowledge was transmitted to their descendants and the circle of coexistence. We conclude that the popular knowledge of the elderly is restricted to the domestic sphere, it is necessary to bring this knowledge in discussions of the programs of Open Universities making this know the agenda of the projects themselves.

Keywords: Complementary Therapies. Health of the Elderly. Phytotherapeutic Drugs. Women. Plants Medicinal.

3.1 Introdução

O envelhecimento ocorre de forma multidimensional. Pode-se considerar um processo longo, contínuo e interativo, determinado por um conjunto de fatores biológicos, sociais, psicológicos e ecológicos, através do qual se produzem combinações mútuas entre o organismo biológico, a pessoa e o contexto ambiental (MOSQUERA; STOBÄUS, 2012).

Na atualidade, o envelhecimento populacional é um fenômeno global que traz importantes repercussões nos campos: político, educacional, social, da saúde,

econômico e também nas relações humanas, especialmente em países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, cuja população cresce a passos largos.

Arelado a este crescimento, está o aumento que se constata na expectativa de vida e cujas perspectivas mostram uma tendência em expansão, consequência dos inúmeros avanços científicos, tecnológicos e sociais que trouxeram enormes benefícios para a saúde e para a vida das pessoas. Na conferência dos dados da atual transição demográfica brasileira, sob a ótica de gênero, verifica-se um processo de feminização da velhice (WHO, 2005), ou seja, quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna. Hoje, as mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2011).

Por muito tempo, em nossa sociedade, grande parte das mulheres que envelheciam vivia um processo de isolamento em função da diminuição das obrigações familiares; à medida que os filhos conquistavam sua independência, lhes restava o papel de cuidadora dos netos ou dos familiares doentes ou dependentes. Estudos envolvendo o binômio velhice e gênero, revelam que o sexo feminino apresenta uma melhor adaptação às perdas físicas, emocionais e sociais ocorridas na velhice, o que possibilita à mulher idosa ser mais resistente e solidária. Em decorrência dos ajustamentos nesta fase da vida, incorpora com facilidade atitudes mais saudáveis que lhes permitem o envelhecimento com mais qualidade de vida e felicidade (FIGUEREDO et al., 2007).

Por outro lado, o aumento da longevidade, sob o ponto de vista social, oportunizou também à mulher idosa a participação em programas e serviços capazes de responder às suas necessidades, alternativas reconhecidas pelo seu valor de ressocialização, melhoria da qualidade de vida e redefinição de seu lugar na sociedade (DAL RIO, 2009).

Um dos programas de maior expressão, as Universidades Abertas à Terceira Idade (Unatis), surgiram no Brasil entre as décadas de 80 e 90, seguindo a proposição das precursoras francesas, iniciadas na década de 70. Os programas das Unatis iniciam-

se com a premissa de reinserir de forma efetiva a pessoa idosa na sociedade e seus projetos incluem-se no conceito de educação permanente proposto pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), de modo constante, interativo e cumulativo (DAL RIO, 2009).

Com propostas de ampliação e construção do conhecimento sobre a pessoa idosa, discussão das políticas públicas, além da realização de atividades nas diversas áreas envolvidas como das Ciências Sociais e da Saúde, as Unatis permitem a edificação de bases para as práticas sociais pautadas nos múltiplos aspectos do processo de envelhecimento populacional (ALENCAR; CARVALHO, 2009). Ainda, promovem a saúde, o bem-estar psicológico e social e a cidadania dos idosos (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008; DAL RIO, 2009).

No que confere a ocupação do tempo livre, permitem aos mais velhos desfrutarem momentos saudáveis, na participação de atividades desportivas, culturais e de lazer, favorecendo-lhes, então, que continuem sempre criando e, sobretudo, contribuindo com suas experiências (OLÍMPIO et al., 2007).

Destaca-se nas Unatis a participação expressiva das mulheres, seja pelo maior contingente populacional feminino, como também pela perspectiva de que adentrar o espaço universitário significa para a mulher idosa desatrelar-se das amarras domésticas e introduzir-se em espaço público e social valorizado, com isso expande significativamente seu papel de protagonista (ROZENDO; JUSTO; CORREA, 2010).

Neste espaço, no âmago das questões gerontológicas, as ações educativas conduzem o debate contemporâneo sobre a promoção da saúde e o envelhecimento ativo (ASSIS et al., 2007). Desse modo, alguns programas desenvolvem atividades educativas cuja temática versa sobre plantas medicinais e fitoterapia, mais especificamente abordam a utilização das plantas medicinais no cuidado popular dos diversos problemas de saúde (TAVARES JÚNIOR; BORDIM; ODORIZZI, 2008; MARQUES et al., 2010; ARAÚJO et al., 2011).

Os levantamentos que geram dados que possam contribuir para pesquisas na área de plantas medicinais e fitoterápicos, buscando a garantia e o uso seguro destes produtos pela população, estão em sintonia com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006a), que indica vários tipos de terapias, dentre as quais a fitoterapia e o uso de plantas medicinais no cuidado à saúde, bem como a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada pelo Decreto Federal nº. 5813/2006 (BRASIL, 2006b).

Portanto, estudos científicos que avaliam o conhecimento existente sobre as plantas e sobre o uso das mesmas e de medicamentos fitoterápicos por idosos são cada vez mais necessários, pois este público, em especial as mulheres, no papel tradicional de cuidadoras, sempre utilizaram seus conhecimentos e práticas para cuidar dos seus (CARREIRA; RODRIGUES, 2006; COSTA; MITJA, 2010). É comum também, na prática de cuidado, associarem o tratamento alopático ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Considerando esse fato, o presente estudo teve como objetivo identificar o conhecimento e a prática, por mulheres idosas, das plantas medicinais e da fitoterapia.

3.2 *Metodologia*

Este estudo faz parte de uma dissertação de Mestrado em Envelhecimento Humano, cuja pesquisa é de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa que utilizou o método focal. Tem como característica criar condições para que um grupo se situe acerca de um determinado tema. Para Gatti (2005), o grupo focal (GF) permite a ênfase na interação do grupo e nas trocas em função de um objetivo estabelecido e no interesse sobre como os participantes pensam e porque pensam o que pensam.

Foi realizado com 26 idosas perfazendo um total de três GFs (A1, A2 e A3), cuja característica comum era serem participantes de projetos de universidades abertas para a terceira idade, vinculados a instituições de ensino superior (IES), todos no sul do Brasil.

O GF A1, composto por sete participantes, com idade entre 60 e 82 anos, dentre elas quatro viúvas, duas casadas e uma separada, com a escolaridade predominante do ensino superior completo, declarando uma renda média de três a quatro salários mínimos mensais; eram integrantes de um projeto que está lotado em uma IES, cujas atividades atendem idosos de ambos os sexos e existe há 23 anos. Os GFs A2 e A3, estão lotados em uma IES cujo projeto para a terceira idade data de 20 anos, formado exclusivamente por mulheres. Por ocasião da exposição da proposta de pesquisa no cenário do GF A1 houve manifestação de interesse por parte de 13 mulheres, porém somente sete compareceram aos encontros de forma sistemática. Já no cenário dos GFs A2 e A3, grande parte do grupo gostou da proposta e 19 se inscreveram para participar, eis que, em virtude desta manifestação, foram organizados dois GFs com 9 e 10 participantes, com o intuito único de atender aos requisitos do desenvolvimento de um GF (GATTI, 2005) que recomenda uma média 6 a 12 participantes. Nestes GFs, as mulheres tinham idade entre 64 e 87 anos, a grande maioria viúvas, sendo a escolaridade predominante o ensino médio completo e a renda de dois e três salários mínimos.

A duração de cada uma das sessões, independentemente do grupo, foi de aproximadamente duas horas. Optou-se por preservar as salas específicas indicadas pelas respectivas coordenações, espaços próprios onde os grupos realizam seus encontros. Idosas e moderador sentaram-se num círculo para facilitar a discussão, havendo contato frente a frente entre cada um e o observador se incluiu nesta disposição. Antes de iniciar a discussão em cada grupo, foi realizada uma abertura pelo moderador, com a finalidade de criar condições favoráveis para o desenvolvimento do processo, uma breve explanação inicial sobre os objetivos da pesquisa e o funcionamento da dinâmica.

Para a condução dos GFs foi estruturado um roteiro: sessão um: depois dos trâmites iniciais de abertura e apresentação dos participantes foram projetadas imagens, com recurso de multimídia, sobre as diversas práticas integrativas e complementares

(PIC), como elemento desencadeador dos debates e facilitador da dinâmica grupal; no segundo momento, foi solicitado ao grupo que se manifestasse sobre as imagens, acusando reconhecimento das mesmas. Após elencadas aquelas que lhes pareciam familiares, iniciou-se uma nova rodada das imagens, desta vez seguida das três questões norteadoras: Quem usa? Quem conhece? Quem sabe alguma coisa sobre esta prática? A sessão dois iniciava com a apresentação da síntese do encontro anterior para permitir um aprofundamento progressivo da discussão e fornecer insumos significativos para a análise dos fatores que levam à utilização destas práticas, validando assim os achados. A sessão três obedeceu à seguinte ordem: primeiro a apresentação da análise prévia dos encontros anteriores para confirmação dos dados e acréscimos, caso necessários; o segundo momento dedicado, à estratégia de afastamento do campo, entrega de mensagem e agradecimento.

A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2012, em horários e dias agendados em comum acordo com os coordenadores dos grupos, totalizando nove encontros, os quais foram registrados por meio da gravação de voz e complementados pelas anotações do observador.

Para a interpretação dos dados foi considerada a metodologia de análise dos GFs cuja codificação do material coletado em função dos objetivos da pesquisa auxilia na determinação de unidades de análise. A frequência das menções nessas unidades orienta o roteiro para a interpretação dos dados (GATTI, 2005).

O material coletado com a gravação de áudio foi transcrito, organizado e somado aos registros do observador, após cada sessão, no sentido de aferir os temas centrais das discussões de cada grupo e, tomando como base os tópicos do roteiro que nortearam a discussão, construía-se a síntese prévia para submissão ao grupo. Este processo foi repetido de grupo a grupo, abstraindo-se uma composição de corpus detalhado e confiável para interpretação. A análise aconteceu numa dimensão interacionista e a interpretação foi ancorada no referencial construído.

Levaram-se em conta os referenciais da bioética, atendendo às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde CONEP/MS (BRASIL, 2002) sobre a participação de seres humanos em pesquisa; o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, protocolo n. 109/2012. O ingresso nos grupos para a coleta dos dados necessários ao andamento da pesquisa foi efetivado com autorização da coordenação dos mesmos, mediante encaminhamento de ofício, juntamente com o projeto de pesquisa. Todos os idosos participantes receberam informações detalhadas sobre o estudo, a fim de que pudessem ter clareza e tranquilidade para decidir se deviam ou não aceitar o convite. O desejo de participação foi formalizado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.3 Resultados e discussão

Em nosso estudo, ao serem apresentadas as plantas medicinais e os fitoterápicos como uma prática integrativa e complementar, houve a manifestação positiva sobre seu uso, por todas as participantes, reportando-se ao emprego desta prática no cuidado à saúde, com a finalidade preventiva e curativa, resultado semelhante ao estudo de Matos; Matos e Brito (2008), no qual a maioria das mulheres pesquisadas havia utilizado plantas medicinais para algum fim, seja para tratar alguma doença ou aliviar algum incômodo. Do mesmo modo, Zanette et al. (2011), em seu estudo com mulheres climatéricas e uso de fitoterápicos, informa que as pesquisadas, na sua maioria, relataram fazer uso de plantas medicinais e/ou de fitoterápicos.

No quadro 1 encontram-se as plantas medicinais e os fitoterápicos mais utilizados pelas mulheres idosas e as indicações relatadas por elas. No entanto, a coleta e posterior identificação botânica das espécies não se constituíram no objetivo deste estudo.

Quadro 1- Prática terapêutica utilizada pelas mulheres idosas e indicação dos problemas

Prática Terapêutica	Descrição	Agrupação dos problemas por conveniência	Enfermidades relatadas
Plantas medicinais	Eucalipto	Sistema respiratório	Bronquite/gripe/descongestionar as vias respiratórias
	Cidreira Gengibre Hortelã/Marcela Tansagem Cambará Guaco		Gripe Renite alérgica/dor de garganta Descongestionar as vias respiratórias Dor de garganta Coqueluche/tosse Gripe
	Mentruz Tuna Arnica/Louro	Sistema músculo esquelético	Reumatismo/hematomas/traumas/dor nas costas Dor nas pernas/traumas/hematomas Dor nas costas
	Malva/Tansagem	Sistema urinário	Infecção urinária
	Marcela	Sistema digestivo	Dor de estômago/má digestão
	Alecrim	Sistema nervoso	Depressão
	Erva de bicho	Sistema circulatório	Hemorroidas
	Cinamomo	Sistema dérmico	Queimaduras
	Picão preto + Guanxuma+ Amora preta	Metabolismo	Triglicerídeos
Fitoterapia	Camomila Capim cidreira Alho Arruda	Outros	Conjuntivite Febre/hipertensão arterial Gripe/hipertensão arterial/vermes Piolhos
	Óleo de copaíba	Sistema respiratório	Bronquite/renite alérgica
	Arnica Cânfora	Sistema músculo esquelético	Dores osteoarticulares e musculares/reumatismo
	Alcachofra	Sistema circulatório	Hipertensão arterial
	Valeriana Guaraná Maracujá+ mulungu+ crataegus	Sistema nervoso	Insônia Estimulante Ansiedade
	Arroz fermentado vermelho Alcachofra	Metabolismo	Colesterol Colesterol e diabetes

Todas as participantes revelaram acreditar no poder curativo das plantas medicinais e dos fitoterápicos. Dado semelhante foi encontrado no estudo de Ataíde et

al. (2007), o que confere a utilização de plantas para a prevenção e o tratamento de doenças, no Brasil, como uma atividade altamente difundida e popular.

O conhecimento tradicional sobre o uso dos recursos vegetais é uma manifestação autêntica do saber popular, construído através de relatos verbais e gestuais, que são transmitidos de geração a geração, ao longo do tempo, contribuindo para o emprego desta forma de tratamento, tanto no seio familiar quanto na socialização nas relações de vizinhança (ANDRADE et al., 2012; SOUZA et al., 2013). O uso de plantas medicinais no Brasil emerge como uma alternativa terapêutica, consideravelmente influenciada pela cultura indígena, pelas tradições africanas e pela cultura europeia trazida pelos colonizadores (LACERDA et al., 2013).

Além da sua afinidade com o saber popular, esta prática de cuidado à saúde tem relação com o gênero feminino. Estudos com mulheres informam que a continuidade desta sabedoria se dá pela transmissão dos conhecimentos sobre as plantas medicinais a qualquer interessado, mas principalmente para as filhas (CEOLIN et al., 2009), as quais observam com curiosidade as mães preparando os remédios com recursos naturais e acabam incorporando tal prática. Na região amazônica, são elas as responsáveis pela transmissão de conhecimentos relativos à manipulação de ervas e raízes, por meio de práticas sociais cotidianas ainda presentes em muitas comunidades tradicionais (CRUZ, 2010).

Os achados de Lima et al. (2011), confirmam que as mulheres seguem recomendações importantes transmitidas pelas mães, tais como: evitar o uso de plantas desconhecidas, nunca aumentar a dose de uma receita, nem usar internamente plantas recomendadas para uso externo e usar somente plantas saudáveis, a fim de evitar problemas de saúde.

Observa-se que existem conceitos que especificam as terminologias deste modo: as plantas medicinais são definidas como espécies vegetais utilizadas para fins terapêuticos que podem ser cultivadas ou não (WHO, 2003). Por fitoterapia se entende a

terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas (BRASIL, 2006a).

Neste estudo, se constatou que existe um entendimento destes conceitos entre as participantes dos diferentes GFs, haja vista as referências feitas ao se reportarem às práticas. De forma explícita, deixavam claro o que era fitoterápico, em alguns momentos e plantas medicinais, em outros.

As mulheres deste estudo informaram que a maioria dos fitoterápicos consumidos eram adquiridos em farmácia de manipulação, cuja forma mais utilizada foi a cápsula ou comprimido, contendo o extrato seco padronizado da planta. Salienta-se que grande parte dos fitoterápicos utilizados foram recomendados ou prescritos por médicos, com tempo de uso de mais de um ano, corroborado no estudo de Marlière et al., (2008).

Apesar do comentário expresso nos GFs sobre o apelo da mídia em favor dos fitoterápicos, a tendência entre as participantes parece ser do emprego sob recomendação médica. Por outro lado, pode sinalizar, ainda, um aumento do interesse e conhecimento referente aos fitoterápicos, por parte do profissional médico, do que resulta mais prescrições (MARLIÈRE et al., 2008), diferentemente do uso das plantas medicinais, nas quais impera a tradição da automedicação, com referência às indicações feitas na rede de relações, recomendadas por familiares, amigas ou vizinhas.

Realidade compartilhada por outros estudos (CASCAES; FALCHETTI; GALATO, 2008; ARAÚJO; GALATO, 2012) os quais informam que é prática comum neste grupo etário o uso das plantas medicinais e dos medicamentos de venda livre ocorrer sem a orientação de profissionais de saúde, em especial, no manejo dos problemas de saúde considerados simples, enquanto que a forma de uso, na maioria das vezes é do chá, tendo como parte vegetal mais utilizada na manipulação, as folhas, o que se confirma também em outras pesquisas (VIGANÓ; VIGANÓ; CRUZ-SILVA, 2007; LIMA et al., 2011; VASCONCELLOS et al., 2011).

Nas discussões geradas nos GFs, em especial do grupo A1, observou-se as manifestações das idosas acerca dos riscos à saúde decorrentes do uso indiscriminado, tanto das plantas medicinais quanto dos fitoterápicos. Em suas colocações, citavam exemplos de conversas com os médicos, cuja recomendação trazia o alerta sobre o potencial de risco oriundo de qualquer produto, mesmo os naturais.

Por vezes, há o entendimento de muitos indivíduos de que esta é uma prática alinhada à inocuidade, de forma que, “se não fazem bem, não farão mal”, demonstrando desconhecimento acerca dos riscos e das consequências advindas do uso inadequado de plantas medicinais (DESTRO et al., 2006; FONSECA, 2008; FRANÇA et al., 2008).

O uso de plantas medicinais ocorre, geralmente, sem o conhecimento dos profissionais de saúde; seu emprego está vinculado à falsa concepção de segurança e à falta de conhecimento sobre os efeitos colaterais e interferências na eficácia de outros medicamentos, resultado constatado em estudo realizado com mulheres britânicas (VICKERS; JOLLY; GREENFIELD, 2006) e com um grande número de idosos (SILVA; HAHN, 2011).

Tais práticas consideradas silenciosas, se justificam, por vezes, motivadas nas percepções negativas da equipe de saúde sobre as plantas medicinais, na formação acadêmica deficiente sobre fitoterapia e, por parte dos usuários, no medo de relatar o seu uso (VICKERS; JOLLY; GREENFIELD, 2006; ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011).

Na discussão sobre os resultados obtidos com o uso das plantas medicinais no tratamento dos problemas de saúde, as participantes dos GFs, independentemente do contexto, relataram melhora nos sintomas, como no caso da alcachofra para o colesterol e triglicérides, alho para hipertensão, uso da malva para infecção, marcela para problemas digestivos e folhas de guaco para problemas respiratórios, entre outros. Resultados semelhantes aos encontrados em outros estudos (GAMA; SILVA, 2006; MATOS; MATOS; BRITO, 2008; ZANETTE et al., 2011).

Notadamente predominam as práticas terapêuticas com uso de plantas entre os idosos; há relatos de preparado caseiro à base de plantas medicinais, fitoterápicos e fitomedicamento para auxílio no controle pressórico dos idosos, cujo uso ocorre por indicação de profissionais da saúde, conhecimento prévio da planta ou indicação de amigos e familiares (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010).

No estudo de Oliveira e Araujo (2007), também relacionado ao uso de plantas medicinais no tratamento da hipertensão sistêmica, alguns idosos demonstraram utilizar algumas plantas corretamente na prevenção, controle da elevação da pressão arterial ou na redução de valores já elevados. A maior parte utilizava-as por indicação de familiares ou de outros idosos.

Além do uso de plantas para hipertensão arterial sistêmica, no estudo de Silva e Hahn (2011); alguns idosos referiram fazer uso nos casos de diabetes mellitus, dislipidemias, em patologias do sistema digestivo, em casos de nervosismo e para distúrbios do trato urinário e da próstata, na forma de chá e com finalidade terapêutica.

A maioria das plantas citadas no estudo de Silva e Hahn (2011), apresentava indicação que estava em conformidade com a literatura para as situações que os entrevistados referiram utilizar, mostrando assim que o conhecimento popular vai ao encontro dos dados confirmados pelos estudos científicos sobre o uso de plantas medicinais, embora em alguns casos as autoras refiram que as plantas citadas não tenham estudos suficientes que comprovem sua eficácia e segurança.

Na pesquisa realizada com idosos usuários de um Centro de Saúde, na área central da cidade de São Paulo e com cadastrados na Estratégia Saúde da Família Santo Antônio do município de Pedras de Fogo, para verificar a utilização de fitoterapia, os participantes revelaram seu uso como calmantes e no alívio dos desconfortos estomacais. Os efeitos farmacológicos das plantas citadas têm coerência com o relato emitido pelos idosos e seu uso se deve à preferência pelo natural e à fonte do aprendizado sobre plantas medicinais acontece através dos conhecidos, amigos,

familiares e meios de comunicação (GAMA; SILVA, 2006; SILVA; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2008).

O uso de plantas medicinais e fitoterápicos, quando realizado com critérios, só tem a contribuir para a saúde. Essas medidas se referem ao diagnóstico da patologia, o conhecimento e seleção da planta a ser utilizada, qualidade da matéria prima, informação acerca dos efeitos adversos, adequada forma de preparação e uso, dosagem correta, frequência e o período de tratamento (DI STASI, 2007; CEOLIN et al., 2009). Isso tudo demanda conhecimento profundo, seja do saber popular acerca da diversidade das práticas utilizadas pela população, seja de cunho científico, balizado nos estudos sobre os diversos aspectos, entre eles, etnofarmacológico e etnobotânico.

Nesta perspectiva, as Unatis têm papel fundamental na atenção gerontológica, pois muitos projetos seguem a premissa de educação permanente, incluindo em seus programas ações de educação em saúde. Neste seguimento, é importante prevalecerem as condições culturais e o conhecimento das participantes sobre vários temas relacionados à saúde, inclusive no campo das plantas medicinais e fitoterapia. A construção de qualquer proposta balizada no envelhecimento saudável requer o diálogo, a troca de experiências, a parceria e a valorização das vivências das mulheres idosas.

3.4 Conclusões

As idosas participantes dos GFs são detentoras de um vasto saber sobre plantas medicinais, cuja utilização representa um recurso terapêutico complementar no tratamento de morbidades comuns. O uso dessas plantas é uma prática habitual entre a maioria das mulheres idosas cujo conhecimento advém, principalmente, através das gerações.

Embora as participantes façam parte de projetos vinculados às Universidades Abertas à Terceira Idade e frequentem o espaço da Universidade, observou-se que a

difusão do conhecimento de suas práticas se restringe à esfera doméstica e ao círculo de convivência. Mediante tal constatação, o questionamento que paira ao final deste estudo diz respeito aos programas de promoção da saúde não alicerçados no empoderamento do saber feminino. Por que não tornar a mulher idosa protagonista e atuante nas escolhas das propostas educativas que determinam seu estado de saúde e inserção na sua teia social? Se a promoção da saúde dos idosos deve ser pautada nas políticas e projetos relacionados ao processo de envelhecimento, por que não fazer do saber das mulheres idosas o temário dos próprios projetos? Com certeza tais perguntas suscitarão momentos fecundos de reflexão, propícios ao debate nas próprias Unatis e talvez as respostas possam ser encontradas na demanda de novos estudos.

Acredita-se que estes resultados possam fornecer informações úteis para a elaboração de novos estudos farmacológicos, fitoquímicos e agronômicos, contribuindo para com a economia de tempo e dinheiro, as quais fortaleceram o processo de incorporação das PIC no Sistema Único de Saúde.

Por outro lado, para que estas terapêuticas não produzam prejuízos à saúde da população, faz-se necessária a troca de informação entre profissional da saúde e os usuários, haja vista que algumas PIC podem apresentar interações com outros fármacos. Os profissionais necessitam romper algumas barreiras e questionar o idoso quanto ao uso destas formas de tratamento durante suas intervenções e o idoso, por sua vez, deverá ser estimulado a informar ao prescritor e demais profissionais da saúde o uso destes tratamentos.

Esta pesquisa teve como limitação a falta de questionamento sobre a utilização conjunta de medicamentos alopáticos com plantas medicinais e fitoterápicos, a qual não se configurava como objetivo do estudo, mas deve se intentar para novas pesquisas que levem esta abordagem em consideração, pois a construção de estratégias educativas de orientação para a prescrição e o uso racional das PIC entre idosos carece de tais investimentos.

Julga-se necessária uma manifestação de todos os setores da sociedade para que ocorra uma implantação efetiva da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, bem como considera-se imperiosa a formação dos profissionais, tanto na área da educação quanto na da saúde, com escopo nesta temática.

3.5 Referências

ALENCAR, M. S. S.; CARVALHO, C. M. R. G. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. *Interface Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 435-444, abr./jun. 2009.

ANDRADE, S. E. O.; et al. Estudo etnobotânico de plantas medicinais na comunidade Várzea Comprida dos Oliveiras, Pombal, Paraíba, Brasil. *Revista Verde*, Mossoró, v. 7, n. 3, p. 46-52, jul./set. 2012.

ARAÚJO, L. F.; et al. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 30, n. 1, p. 80-86, jul. 2011.

ARAÚJO, P. L.; GALATO, D. Risco de fragilização e uso de medicamentos em idosos residentes em uma localidade do sul de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 119-126, 2012.

ASSIS, M.; et al. Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 438-447, jul./set. 2007.

ATAÍDE, R. A.; et al. Uso de remédios caseiros por mulheres do programa saúde da família. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, v. 1, n. 2, p. 126-132, out./dez. 2007. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/372-8792-1-/pdf_176>. Acesso em: 3 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. *Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa*. Brasília:

Série CNS Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133, p. 83-91, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde- PNPIC- SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(a). 92p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(b). 60p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2013.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 5, Supl., p. 119-126, 2006.

CASCAES, E. A.; FALCHETTI, M. L.; GALATO, D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 37, n. 1, p. 63-64, 2008.

CEOLIN, T.; et al. Medicinal plants used as sedative by ecological farmers from southern Rio Grande do Sul State, Brazil. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, v. 3, n. 4, p. 1034-1041, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/116/pdf_971>. Acesso em: 2 fev. 2013.

COSTA, J. R.; MITJA, D. Uso dos recursos vegetais por agricultores familiares de Manacapuru (AM). *Revista Acta Amazonica*, Manaus, v. 40, n. 1, p. 49-58, mar. 2010.

CRUZ, T. A. Mulheres da floresta do vale do Guaporé e suas interações com o meio ambiente. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 913-925, set./dez. 2010.

DAL RIO, M. C. *Perspectiva social do envelhecimento*. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, São Paulo, v. 47, 2009.

DESTRO, M. W. B.; et al. Estudo da utilização no pré-operatório de medicamentos ou drogas fitoterápicas que alteram a coagulação sanguínea. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 107-111, mar./abr. 2006.

DI STASI, L. C. *Plantas medicinais verdades e mentiras: o que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber*. São Paulo: UNESP, 2007.

FIGUEIREDO, M. L. F.; et al. As diferenças de gênero na velhice. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 4, p. 422-427, jul./ago. 2007.

FONSECA, A. L. Medicamentos fitoterápicos. In: FONSECA, A. L. (Org.). *Interações medicamentosas*. 4. ed. São Paulo: EPUB, 2008, p. 531-534.

FRANÇA, I. S. X.; et al. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 201-208, mar./abr. 2008.

GAMA, M. A. X.; SILVA, M. J. P. A utilização da fitoterapia por idosos de um Centro de Saúde em área central da cidade de São Paulo. *Revista Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 79-84, 2006.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Liber Livro Editora Ltda, 2005.

IBGE. *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística - Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>>. Rio de Janeiro, 2011>. Acesso em: 12 fev. 2013, v. 8.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Participação de Idosas em uma Universidade da Terceira Idade: Motivos e Mudanças Ocorridas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 211-216, abr./jun. 2008.

LACERDA, J. R. C.; et al. Conhecimento popular sobre plantas medicinais e sua aplicabilidade em três segmentos da sociedade no município de Pombal-PB. *Agropecuária Científica no Semi-Árido*, Patos, v. 9, n. 1, p. 14-23, jan./mar. 2013.

LIMA, A. R. A.; et al. Medicinal plants used by octogenarians and nonagenarians from a small village in Rio Grande/RS, Brazil. *Journal of Nursing UFPE on line*, Recife, v. 5, n. 6, p. 1319-1326, ago. 2011. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1523/pdf_568>. Acesso em: 12 fev. 2013.

MARLIÉRE, L. D. P.; et al. Utilização de fitoterápicos por idosos: resultados de um inquérito domiciliar em Belo Horizonte (MG), Brasil. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, Curitiba, v. 18, Supl., p. 754-760, dez. 2008.

MARQUES, L. A. M.; et al. Assistência à saúde do idoso integrante da UNATI (Universidade Aberta à Terceira Idade) da UNIFAL-MG. *Udesc em Ação*, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 1-11, dez. 2010.

MATOS, A. B. T. M. B.; MATOS, L. T. M. B.; BRITO, N. M. B. Uso empírico de plantas medicinais por mulheres. *Revista paraense de medicina*, Belém, v. 22, n. 4, p. 49-52, out./dez. 2008.

MOSQUERA, J. J. M.; STOBÄUS, C. D. O envelhecimento saudável: educação, saúde e psicologia positiva. In: FERREIRA, A. J.; et al. (Org.). *Educação & envelhecimento*. Porto Alegre: EdUPUCRS, 2012. p. 14-22. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/educacaoenvelhecimento.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

OLÍMPIO, G. A.; et al. Inclusão da melhor idade no ensino superior. *Fragments de Cultura*, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 367-386, mar./abr. 2007.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 93-105, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a07.htm>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

_____.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2010.

ROSA, C.; CÂMARA, S. G.; BÉRIA, J. U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 311-318, jan. 2011.

ROZENDO, A. S.; JUSTO, J. S.; CORREA, M. R. Protagonismo político e social na velhice: cenários, potências e problemáticas. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 35-52, jun. 2010.

SILVA, B. Q.; HAHN, S. R. Uso de plantas medicinais por indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemias. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 36-40, set./dez. 2011.

SILVA, F. L. A.; OLIVEIRA, R. A. G.; ARAÚJO, E. C. Use of medicinal plants by the elders at a family's health strategy. *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 2, n. 1, p. 9-16, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/400/pdf_348>. Acesso em: 2 fev. 2013.

SOUZA, C. M. P.; et al. Utilização de Plantas Medicinais com Atividade Antimicrobiana por Usuários do Serviço Público de Saúde em Campina Grande – Paraíba. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, Campinas, v. 15, n. 2, p. 188-193, 2013.

TAVARES JÚNIOR, A. T.; BORDIM, V.; ODORIZZI, R. O programa Unati na Unioeste/campus de Toledo-PR: Construindo a inclusão digital da terceira idade. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 1 e SEMANA NACIONAL DA PEDAGOGIA, 22., 2008, Cascavel. *Anais eletrônicos...* Cascavel: Unioeste, 2008. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/cursos/cascavel/pedagogia/eventos/2008/2/Artigo%2024.Pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2013.

VASCONCELLOS, C.; et al. Plantas medicinales utilizadas en mujeres en Brasil. *Revista Horizonte de Enfermería*, Santiago, v. 22, n. 1, p. 23-33, 2011.

VICKERS, K. A.; JOLLY, K. B.; GREENFIELD, S. M. Herbal medicine: women's views, knowledge and interaction with doctors: a qualitative study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, London, v. 6, n. 40, p. 1-8, dec. 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6882-6-40.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

VIGANÓ, J.; VIGANÓ, J. A.; CRUZ-SILVA, C. T. A. Utilização de plantas medicinais pela população da região urbana de Três Barras do Paraná. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 29, n. 1, p. 51-58, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on Good Agricultural and Collection Practices (GACP) for Medicinal Plants. Geneva: World Health Organization, 2003. 80p. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546271.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2013, v. 1.

_____. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ZANETTE, V. C.; et al. Prevalência do uso da fitoterapia para alívio de sintomas apresentados em pacientes climatéricas. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 40, n. 1, p. 12-17, jan. 2011.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a presente dissertação de mestrado procuramos contribuir para o estudo das práticas integrativas e complementares (PIC), tema complexo e atual, considerando o fortalecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e de sua inserção na atenção primária a saúde.

O estudo empírico subordinou-se aos objetivos: aprofundar conhecimento sobre PIC, conhecer a percepção dos idosos em relação a estas formas de tratamento e cuidado à saúde, identificar os fatores que influenciam a escolha das mesmas.

Em relação às PIC, o contexto do estudo se mostrou favorável ao surgimento de novos olhares sobre o cuidado em saúde. Os resultados encontrados demonstram que as PIC são percebidas pelos idosos e se constituem como práticas inerentes aos cuidados de saúde, no cotidiano dos mesmos.

Muitas PIC ainda não foram referendadas na PNPIC, no entanto os idosos as utilizam de modo expressivo. Constatou-se que grande parte destas está à margem do sistema oficial de saúde, pois ainda existem resistências pela não comprovação no meio científico. Os saberes populares dos idosos, com relação a estas práticas, ainda não são validados, mas poderão servir de base para novos estudos, os quais contribuiriam para o fortalecimento da política nacional e para a inclusão de novas terapêuticas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Quanto às razões para a utilização destas terapias, observou-se o conhecimento destes tratamentos pelos idosos e a referência a resultados alcançados com seu uso, como diferentes estratégias para solucionar os seus problemas de saúde. Notou-se que estes gerontes recorrem a recursos terapêuticos existentes na comunidade, escolhas essas, por vezes, influenciadas por crenças e valores culturais.

Dentre as várias opções de PIC, uma delas é a utilização das plantas medicinais que tem raízes culturais, trazidas através dos tempos e absorvida pela população, o que evidencia o grande uso e conhecimento desta forma de tratamento pelos idosos.

No discurso dos participantes dos Grupos Focais (GF), evidenciou-se que a utilização das PIC não se opõe à medicina convencional. No que concerne às patologias que os levam a recorrer à utilização das PIC, os resultados demonstram que qualquer doença os leva à sua utilização, desde que tenham o conhecimento de sua tradição de uso.

O estudo mostrou uma aproximação do uso, das atitudes e perspectivas referentes às PIC por parte dos idosos, o que trouxe um grande número de conteúdos, os quais poderão ser um ponto de partida para futuras publicações com esta temática.

O conhecimento sobre estas práticas de cuidado e de prevenção à saúde é entendido, reconhecido e respeitado, por viabilizar a sustentabilidade socioambiental tão preconizada nos dias de hoje e por permitir que o idoso se veja ou se reconheça como um ser completo, integral, fazendo parte do todo. As PIC resgatam a capacidade do ser de recobrar a consciência de sua individualidade, fazendo entender que, mesmo sendo indivíduo, é parte integrante do meio ambiente.

Não queremos terminar esta dissertação sem efetuarmos uma avaliação global dos resultados, incluindo algumas limitações do estudo realizado e sem apresentarmos algumas sugestões e os ganhos pessoais na vivência deste processo.

No entanto, ponderamos que este estudo, na abordagem qualitativa, impossibilita a generalização dos dados; o método de coleta de dados escolhido facilitou a discussão desta temática e gerou um grande número de contribuições que colaboraram para a discussão desta indagação. É notório que tais resultados dificilmente refletem uma resposta definitiva ao fenômeno estudado. No entanto, acreditamos que este constitui um contributo para o desenvolvimento deste conhecimento no âmbito sociológico e nos

contexto da ciência do envelhecimento humano e da saúde pública. É também um incentivo à continuidade do mesmo. A implementação de um futuro projeto de investigação, com maior número de participantes, englobando diferentes áreas do Rio Grande do Sul e quem sabe de outros estados brasileiros, tendo em conta outros fatores, poderá permitir um conhecimento mais aprofundado desta temática.

No que concerne aos contributos teóricos dos resultados encontrados, relativamente com este estudo e em consonância com os objetivos definidos, pensamos que:

- debates e sessões de esclarecimento, à sociedade, no âmbito desta temática, contribuiriam para que os indivíduos adotassem e vivenciassem experiências mais responsáveis no uso das PIC no âmbito da saúde;

- os profissionais de saúde precisam estar atentos aos efeitos das várias intervenções originadas pelas PIC, desta maneira estarão preparados para informar os idosos apropriadamente acerca da segurança, eficácia, indicações e contra indicações para o seu uso;

- os programas das Universidades Abertas à Terceira Idade poderiam incluir o saber popular dos idosos sobre PIC como um dos temas de discussão de seus projetos já que estes, muitas vezes, têm em seus programas a proposta de educação em saúde;

- por outro lado, os grupos de convivência emergentes nas comunidades estão próximos às equipes de profissionais das estratégias de saúde da família, tanto quanto das instituições formadoras de recursos humanos em saúde. Desse modo, a interlocução é factível de engajamento, vislumbra-se então em um espaço de troca e construção de saberes sobre cuidado.

Consideramos pontos fortes deste estudo o método de coleta de dados, que facilitou os debates, trazendo um grande número de contribuições, com discussões e

trocas de informações entre os participantes dos GFs e a análise do conteúdo efetuada, pois permitiu-nos identificar e conhecer o fenômeno em estudo nos participantes que conosco colaboraram.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. P.; MACRI, R. Promovendo a qualidade de vida dos idosos através da arteterapia. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 2, n. Supl., p. 710-713, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1102/pdf_264>. Acesso em: 2 dez. 2012.

AKERELE, O. Medicinal plants and primary health care: an agenda for action. *Revista Fitoterapia*, Valencia, v. 59, n. 5, p. 355-363, 1988.

ALENCAR, M. S. S.; CARVALHO, C. M. R. G. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. *Interface Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 435-444, abr./jun. 2009.

ALPOIM, M. F. M. *Análise à procura termal*. 2010. 168 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento em Turismo) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2010.

ALVIM, N. A. T. *Práticas e saberes sobre o uso de plantas medicinais na vida das enfermeiras: Uma construção em espiral*. 1999. 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1999.

_____.; et al. Tecnologias na enfermagem: o resgate das práticas naturais no cuidado em casa, na escola e no trabalho. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). *Tecnologias e técnicas em saúde: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem*. São Paulo: Difusão Editora, 2004. p. 338-355.

ANDRADE, J. T. *Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2006.

ANDRADE, S. E. O.; et al. Estudo etnobotânico de plantas medicinais na comunidade Várzea Comprida dos Oliveiras, Pombal, Paraíba, Brasil. *Revista Verde*, Mossoró, v. 7, n. 3, p. 46-52, jul./set. 2012.

ARAÚJO, L. F.; et al. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 30, n. 1, p. 80-86, jul. 2011.

ARAÚJO, P. L.; GALATO, D. Risco de fragilização e uso de medicamentos em idosos residentes em uma localidade do sul de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 119-126, 2012.

ARRUDA, A. P. C. C. B. N.; TURRINI, R. N. T. Espiritualidade e religiosidade: interfaces com a saúde e com as práticas integrativas complementares. In: RODRIGUES, D. M. O.; et al. (Org.). *Naturopatia: diálogos e perspectivas*. Palhoça: Editora Unisul, 2012, p. 197-223.

ASSIS, M.; et al. Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 438-447, jul./set. 2007.

ASTIN, J. A.; et al. Complementary and Alternative Medicine Use Among Elderly Persons: one-year analysis of a blue shield medicare supplement. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, Washington, v. 55, n. 1, p. M4-M9, jan. 2000.

ATAÍDE, R. A.; et al. Uso de remédios caseiros por mulheres do programa saúde da família. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, v. 1, n. 2, p. 126-132, out./dez. 2007. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/372-8792-1/-pdf_176>. Acesso em: 3 fev. 2013.

AZEVEDO, E. *Alimentos orgânicos: ampliando os conceitos de saúde humana, ambiental e social*. 2. ed. Tubarão: Editora Unisul, 2006.

_____. Desafios da Naturopatia frente à saúde coletiva e a política nacional de Práticas Integrativas e Complementares. In: RODRIGUES, D. M. O.; et al. (Org.). *Naturopatia: diálogos e perspectivas*. Palhoça: Editora Unisul, 2012. p. 109-123.

BACH, E. *Os remédios florais do Dr. Bach*. 17. ed. São Paulo: Pensamento, 2003.

BADKE, M. R. *Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem*. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

BAGETTA, G.; et al. Neuropharmacology of the essential oil of bergamot. *Fitoterapia*, Valencia, v. 81, n. 6, p. 453-461, set. 2010.

BANDONI, A. L.; CZEPACK, M. P. *Os recursos vegetais aromáticos no Brasil*. Vitória: Edufes, 2008.

BARRETO, E.; CUNHA, M. F. G. Criatividade não tem idade, arteterapia reinventando o envelhecimento no NATIEX. *Revista IGT na Rede*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 10, p. 21-28, 2009. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs/> ISSN 1807-2526>. Acesso em: 2 de jan. 2013.

BARROS, N. F. *Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica*. São Paulo: Annablume Editora, 2000.

_____. *Da medicina biomédica à complementar: um estudo dos modelos da prática médica*. 2002. 340 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

_____. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

BARROS, N. F.; LEITE-MOR, A. C. M. B. Naturologia e a emergência de novas perspectivas na saúde. In: RODRIGUES, D. M. O.; et al. (Org.). *Naturologia: diálogos e perspectivas*. Palhoça: Editora Unisul, 2012. p. 19-33.

BARROS, N. F.; NUNES, E. D. Medicina alternativa e complementar no Brasil: um conceito e diferentes significados. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2023-2039, 2006.

BATELLO, C. F. *Efeito antioxidante in vitro dos medicamentos homeopáticos Arsenicum album, Cuprum metallicum, Manganum e Zincum metallicum*. 2002. 77

f. Dissertação (Mestrado em homeopatia) – Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo, Centro de Ensino Superior em Homeopatia – IBEHE, São Paulo, 2002.

BAUER, M. W.; GASKEL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BELLOTTO JÚNIOR, N.; MARTINS, L. C.; AKERMAN, M. Impacto dos resultados no tratamento por acupuntura: conhecimento, perfil do usuário e implicações para promoção da saúde. *Arquivo Médico do ABC*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 83-86, 2005.

BIASOLI, M. C.; MACHADO, C. M. C. Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 63, n. 5, p. 225-237, mai. 2006.

BIZ, M. C. P.; MAIA, J. A. Educação permanente na atenção à saúde de idosos. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 123-134, dez. 2007.

BOOTH, C. E. Water exercise and its effects on balance and gait to reduce the risk of falling in older adults. *Activities Adaptation Aging*, Estados Unidos da América, v. 28, n. 4, p. 45-57, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. In: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 381-389. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2012.

_____. Resolução CIPLAN nº 08, de 08 de março de 1988. Implanta a prática da fitoterapia nos serviços de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, mar. 1988.

_____. Ministério da Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996. *Relatório final da X Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98 p.

_____. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p. 18.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. *Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa*. Brasília: Série CNS Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133, p. 83-91, 2002.

_____. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Seminário Nacional de Plantas medicinais, Fitoterápicos e Assistência farmacêutica – preparatório à Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Brasília: SCTIE/MS, 2003.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n° 48, de 16 de março de 2004. Dispõe sobre registro de medicamentos fitoterápicos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 mar. 2004. Seção 1.

_____. *Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC): resumo executivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratComp1402052.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde - PNPIC - SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. *Portaria n° 648, 28 de março de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório do I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PNPIC*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 196 p.

BROWN, E. *Sementes do saber medicina alternativa: guia prático*. São Paulo: Callis, 1997.

BRUNI, B. M.; GRANADO, F. B.; PRADO, R. A. Avaliação do equilíbrio postural em idosos praticantes de hidroterapia em grupo. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 56-63, jan./mar. 2008.

BUONO, M.; et al. Alternative medicine in a sample of 655 community-dwelling elderly. *Journal of Psychosomatic Research*, Manchester, v. 50, n. 3, p. 147-157, mar. 2001.

BUSATO, S.; et al. Traditional and Integrative Medical Practices in Public Health Services in the Downtown-West Region of the City of São Paulo, Brazil, and Their Relation to Health Promotion. *The journal of alternative and complementary medicine*, New York, v. 14, n. 9, p. 1071-1072, 2008.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 163-177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CALÇADA, J. C. Turismo Sênior: (Re) Contextualização das clientelas turísticas seniores. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Porto, v. 3, n. 1, p. 49-66, abr./out. 2009.

CAMARGO JUNIOR, K. R. *Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea*. Rio de Janeiro: IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993.

_____. *Ciências da AIDS e a AIDS da ciência: O discurso médico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1994.

_____. A Biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, Supl., p. 177-201, 2005.

CAMPOS, R. O. A promoção da saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2006, p. 462-741.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. 30. ed. São Paulo: Cultrix, 2011.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARMO, E. S.; LIMA, E. O.; SOUZA, E. L. The potential of *origanum vulgare* L. (lamiaceae) essential oil in inhibiting the growth of some food-related aspergillus species. *Brazilian Journal of Microbiology*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 362-367, Jun. 2008.

CAROMANO, F. A.; CANDELORO, J. M. Fundamentos da hidroterapia para idosos. *Arquivo Ciência Saúde Unipar*, Umuarama, v. 5, n. 2, p. 187-195, mai./ago. 2001.

CARREIRA, L. *O cuidar ribeirinho: os saberes e práticas de saúde das famílias da ilha Mutum-PR*. 2002. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro/ EEAN, Rio de Janeiro, 2002.

_____.; RODRIGUES, R. A. P. Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 5, Supl., p. 119-126, 2006.

CARVALHO, A. C. D. *Feiticeiros, burlões e mistificadores: criminalização e mudança das práticas populares de saúde em São Paulo de 1950 a 1980*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 2005.

CARVALHO FILHO, E. T.; ALENCAR, Y. M. G. Teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETO, M. (Org.). *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1-8.

CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

CASCAES, E. A.; FALCHETTI, M. L.; GALATO, D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 37, n. 1, p. 63-64, 2008.

CASSAR, M. P. *Manual de massagem terapêutica: Um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta*. São Paulo: Manole, 2001.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. D. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CAXITO, S. M. C.; NASCIMENTO, C. R. B.; FARIA, E. T. B. Práticas alternativas e complementares: conhecimento e prática de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Cadernos de Ciência e Saúde*, Montes Claros, v. 1, n. 1, p. 65-73, jan./jun. 2011.

CEOLIN, T.; et al. Medicinal plants used as sedative by ecological farmers from southern Rio Grande do Sul State, Brazil. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, v. 3, n. 4, p. 1034-1041, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/116/pdf_971>. Acesso em: 2 fev. 2013.

CHALHOUB, S.; MARQUES, V. R. B.; SAMPAIO, C. G. R. *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.

CHEUNG, C. K.; WYMAN, J. F.; HALCON, L. L. Use of complementary and alternative therapies in community-dwelling older adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, New Rochelle, v. 13, n. 9, p. 997-1006, nov. 2007.

CIDRAL FILHO, F. J. Naturologia Aplicada à qualidade de vida. In: HELLMANN, F.; WEDEKIN, L. M. (Org.). *O livro das interagências: estudos de casos em Naturologia*. Tubarão: Editora Unisul, 2008. p. 132-155.

COSTA, J. R.; MITJA, D. Uso dos recursos vegetais por agricultores familiares de Manacapuru (AM). *Revista Acta Amazonica*, Manaus, v. 40, n. 1, p. 49-58, mar. 2010.

COZIN, S. K. *Idosos e florais de Bach: em busca do restabelecimento da autoestima*. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em saúde do adulto) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CRUZ, T. A. Mulheres da floresta do vale do Guaporé e suas interações com o meio ambiente. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 913-925, set./dez. 2010.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, oct./dec. 1999.

_____. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DAL RIO, M. C. *Perspectiva social do envelhecimento*. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, São Paulo, v. 47, 2009.

DAMASCENO, C. M. D.; et al. Profile and dietary habits of users in the corner trofoterapia Mother Pauline, Petrolina. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 2659-2667, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1583/pdf_476>. Acesso em: 2 dez. 2012.

DAVIS-FLOYD, R.; ST. JOHN, G. *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida, 2004.

DE SIMONI, C. L. *Ginástica terapêutica chinesa Lian Gong: estudo de caso da inserção no SUS*. 2005. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva: Gestão Sistemas Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2005.

DE SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília: Ministério da Saúde, ano IX, edição especial, p. 70-76, mai. 2008.

DENARDIN, M. L. Cuidado e sendo cuidado um modelo cultural de saúde em comunidade rural. In: GONZALES, R. M.; BECK, C. L.; DENARDIN, M. L. (Org.). *Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem*. Santa Maria: Palloti, 1999. p.159-259.

DESTRO, M. W. B.; et al. Estudo da utilização no pré-operatório de medicamentos ou drogas fitoterápicas que alteram a coagulação sanguínea. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 107-111, mar./abr. 2006.

DI STASI, L. C. *Plantas medicinais verdades e mentiras: o que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber*. São Paulo: UNESP, 2007.

DIAS, J. S. *Homeopatia no SUS Divinópolis: tendências e viabilidade*. 2008. 70 f. Dissertação (Mestrado Educação, Cultura e Organizações Sociais) - Universidade do Estado de Minas Gerais, Fundação Educacional de Divinópolis, Divinópolis, 2008.

DOMÍNGUEZ, M. F. Recurso à medicina popular. *ETNICEX. Revista de Estudios Etnográficos*, Cáceres, v. 1, n. 1, p. 61-78, 2010.

EDRIS, A. E. Pharmaceutical and therapeutic potentials of essential oils and their individual volatile constituents: a review. *Phytotherapy Research*, Reino Unido, v. 21, n. 4, p. 308-323, abr. 2007.

ELDIN, S.; DUNFORD, A. *Fitoterapia na atenção primária à saúde*. São Paulo: Manole, 2001.

ERIKSON, E. H. *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

FEYERABEND, P. *Adeus à razão*. Lisboa: Edições 70, 1991.

FIGUEIREDO, M. L. F.; et al. As diferenças de gênero na velhice. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 4, p. 422-427, jul./ago. 2007.

FONSECA, A. L. Medicamentos fitoterápicos. In: FONSECA, A. L. (Org.). *Interações medicamentosas*. 4. ed. São Paulo: EPUB, 2008, p. 531-534.

FONTANELLA, F.; et al. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. *Arquivo Catarinense de Medicina*, Florianópolis, v. 36, n. 2, p. 69-74, 2007.

FRANÇA, I. S. X.; et al. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 201-208, mar./abr. 2008.

FRANZ, C. M. Essential oil research: past, present and future. *Flavour Fragrance Journal*, Reino Unido, v. 25, n. 3, p. 112-113, may./jun. 2010.

FREIRE Jr., M. B. Conhece-te a ti mesmo: uma proposta de educação popular para a saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, n. 41, p. 4-8, 1993.

FREITAS, E. V.; et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FRITZ, S. *Fundamentos da massagem terapêutica*. 2. ed. Barueri: Manole, 2002.

GAMA, M. A. X.; SILVA, M. J. P. A utilização da fitoterapia por idosos de um Centro de Saúde em área central da cidade de São Paulo. *Revista Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 79-84, 2006.

GARCIA, A. W. Saúde na terceira idade à luz da Naturologia Aplicada. In: HELLMANN, F.; WEDEKIN, L. M. (Org.). *O livro das interações: estudos de casos em Naturologia*. Tubarão: Editora Unisul, 2008. p. 98-114.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Liber Livro Editora Ltda, 2005.

GEIS, P. P. *Atividade física e saúde na 3ª Idade*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GEOVANINI, T. *Desmistificando condutas históricas de enfermagem e colocando a natureza a serviço do ser humano: relato de experiência*. Disponível em: <www.entreamigos.com.br/textos/reabili/desmistificando.html>. Acesso em: 8 jan. 2011.

GÓIS, A. L. B. Acupuntura, especialidade multidisciplinar: uma opção nos serviços públicos aplicada aos idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 87-99, 2007.

GOMES, C. S. F. *Argilas, Aplicações na indústria*. Aveiro: O Liberal Empresa de Artes Gráficas Ltda, 2002.

GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, B. A.; et al. Adultos mayores, calidad de vida y uso de medicina científica con prácticas alternas, México 2007. *Revista CONAMED*, México, v. 13, n. 2, p. 23-29, abr./jun. 2008.

HELLMANN, F. *Reflexões sobre os referenciais de análise em bioética no ensino da Naturologia no Brasil à luz da bioética social*. 2009. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

HELLMANN, F.; VERDI, M. I. M. Aproximações entre Naturologia e referenciais de análise em bioética. In: RODRIGUES, D. M. O.; et al. (Org.). *Naturologia: diálogos e perspectivas*. Palhoça: Editora Unisul, 2012. p. 85-108.

IBGE. *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística - Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>. Rio de Janeiro, 2011>. Acesso em: 12 fev. 2013, v. 8.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Participação de Idosas em uma Universidade da Terceira Idade: Motivos e Mudanças Ocorridas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 211-216, abr./jun. 2008.

ITOH, K.; et al. Trigger point acupuncture for treatment of knee osteoarthritis-a preliminary RCT for a pragmatic trial. *Acupuncture in Medicine*, London, v. 26, n. 1, p. 17-26, mar. 2004.

IWASAKI, K.; et al. Combinational Western and oriental medicine therapies for geriatric syndrome. *Geriatrics & Gerontology International*, Japan, v. 5, n. 4, p. 216-223, dec. 2005.

JIANPING, H. *Metodologia da medicina tradicional chinesa*. São Paulo: Editora Roca, 2001.

JIMBO, D.; et al. Effect of aromatherapy on patients with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, Osaka, v. 9, n. 4, p. 173-179, dec. 2009.

JONAS, W. B.; LEVIN, J. S. *Tratado de medicina complementar e alternativa*. São Paulo: Editora Manole, 2001.

KATSUMI, Y.; HIROTA, S.; KITAKOJI, H. Randomised trial of trigger point acupuncture compared with other acupuncture for treatment of chronic neck pain. *Complementary Therapies in Medicine*, Surrey, v. 15, n. 3, p. 172-179, sep. 2006.

LACERDA, J. R. C.; et al. Conhecimento popular sobre plantas medicinais e sua aplicabilidade em três segmentos da sociedade no município de Pombal-PB. *Agropecuária Científica no Semi-Árido*, Patos, v. 9, n. 1, p. 14-23, jan./mar. 2013.

LEININGER, M. *Transcultural nursing: concepts, theories, reseach e practices*. New York: Mc Graw-Hill, 1991.

LEITE, M. B. R. *O recurso à acupuntura pela população adulta – idosa*. 2010. 45 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade de Aveiro, Portugal, 2010.

LEMOS, C. E. S.; COELHO, A. M. C. F.; FERREIRA, F. S. Oficina de arte-terapia como estímulo ao sentimento de autoeficácia de mulheres idosas. *Em Extensão*, Uberlândia, v. 10, n. 2, p. 140-148, jul./dez. 2011.

LEMOS, S. F. *Significados de Acupuntura por usuários de um serviço de atendimento em saúde*. 2006. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

LIMA, A. R. A.; et al. Medicinal plants used by octogenarians and nonagenarians from a small village in Rio Grande/RS, Brazil. *Journal of Nursing UFPE on line*, Recife, v. 5, n. 6, p. 1319-1326, ago. 2011. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1523/pdf_568>. Acesso em: 12 fev. 2013.

LIMA, I. C.; et al. Terapias complementares: um projeto de extensão. *Conexão UEPG*, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 76-85, 2012.

LOPES, R. F.; et al. Toque: ferramenta terapêutica no tratamento geriátrico e gerontológico. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 402-412, set./dez. 2009.

LORDA, C. R.; SANCHEZ, C. D. *Recreação na 3ª Idade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2001.

LOREDO, R. S. As práticas integrativas e complementares na atenção integral de idosos indígenas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12., 2013, Belém. *Anais eletrônicos...* Belém: Hangar Centro de Convenções e Feiras da Amazônia, Mai. 2013. p.1. Disponível em: <<http://cmfc.org.br/index.php/brasileiro/article/view/450>>. Acesso em: 2 jul. 2013.

LUZ, D. *Racionalidades médicas: Medicina tradicional Chinesa*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina e Saúde, 1993.

LUZ, M. T. *Racionalidades médicas e a terapêutica alternativa*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina e Saúde, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 62).

_____. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 7, p. 109-128, 1995.

_____. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 1996 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62).

_____. *Relatório do V Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 1996 (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 136).

_____. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000. p. 181-200.

_____. *Novos saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudo Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. Cultura contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 145-176, 2005.

_____. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília: Ministério da Saúde, Ano IX, Edição especial, p. 38-43, mai. 2008.

MACIOCIA, G. *Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fisioterapeutas*. 2. ed. São Paulo: Roca, 2007.

MARLIÈRE, L. D. P.; et al. Utilização de fitoterápicos por idosos: resultados de um inquérito domiciliar em Belo Horizonte (MG), Brasil. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, Curitiba, v. 18, Supl., p. 754-760, dez. 2008.

MARQUES, D. P. A importância da musicoterapia para o envelhecimento ativo. *Revista Portal de Divulgação*, São Paulo, v. 2, n. 15, p. 18-24, out. 2011.

MARQUES, E. A. *Racionalidades médicas: medicina ayurvédica*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 75).

MARQUES, L. A. M.; et al. Assistência à saúde do idoso integrante da UNATI (Universidade Aberta à Terceira Idade) da UNIFAL-MG. *Udesc em Ação*, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 1-11, dez. 2010.

MARTÍNEZ, M. D. L. Técnicas, materiales y recursos utilizados en lós procesos arteterapéuticos. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, Madrid, v. 6, p. 183-191, 2011.

MATOS, A. B. T. M. B.; MATOS, L. T. M. B.; BRITO, N. M. B. Uso empírico de plantas medicinais por mulheres. *Revista paraense de medicina*, Belém, v. 22, n. 4, p. 49-52, out./dez. 2008.

MATSUMOTO, T.; TERASAWA, S. Influence of acupuncture and moxibustion on QOL of the elderly living in nursing home and care house. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi Japanese Journal of Geriatrics*, Japan, v. 38, n. 2, p. 205-211, mar. 2001.

MEDEIROS, G. M. S. *Geoterapia teorias e mecanismos de ação: um manual teórico-prático*. 1. ed. Tubarão: Editora Unisul, 2007.

MEDEIROS, S. L. *Práticas terapêuticas não-convencionais usadas por idosos: estudos realizados em uma instituição de saúde da cidade de São Paulo*. 1997. 197 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1997.

MENDES, S. S.; et al. Evaluation of the analgesic and anti-inflammatory effects of the essential oil of *Lippia gracilis* leaves. *Journal of Ethnopharmacology*, Dinamarca, v. 129, n. 3, p. 391-397, 2010.

MENG, C. F.; et al. Acupuncture for chronic low back pain in older patients: a randomized, controlled trial. *Rheumatology*, Oxford, v. 42, n. 12, p. 1508-1517, dec. 2003.

MONEZI, R.; BUENO, K. Q. O acompanhamento terapêutico do envelhecer pela medicina alternativa e complementar: mais um caminho para a qualidade de vida? In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOGERONTOLOGIA, 3., 2009, São Paulo. *Anais eletrônicos...* São Paulo: PUC-SP, Nov. 2009. s/p. Disponível em: <http://www.geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-176.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2012.

MONTEIRO, P. P. *Envelhecer: histórias, encontros, transformações*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

MORAES, W. A. *Medicina Antroposófica: Um paradigma para o século XXI*. 2. ed. São Paulo: Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, 2007.

MOSQUERA, J. J. M.; STOBÄUS, C. D. O envelhecimento saudável: educação, saúde e psicologia positiva. In: FERREIRA, A. J.; et al. (Org.). *Educação & envelhecimento*. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2012. p. 14-22. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/educacaoeenvelhecimento.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

MUÑOZ, I. R. M.; MEDINA, A. O. Cuidado de enfermería y terapia del color como medio de liberación de energías en dolor de espalda. *Avances en enfermería*, Colômbia, v. 20, n. 2, p. 58-67, 2002.

NERI, A. L. Qualidade de vida e idade madura: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. 4. ed. Campinas: Papirus, 2002. p. 9-56.

NESS, J.; et al. Use of Complementary Medicine in Older Americans: Results from the Health and Retirement Study. *Gerontologist*, Oxford, v. 45, n. 4, p. 516-524, aug. 2005.

NEVES, L. C. P. A integralidade como princípio norteador da Naturologia e das Práticas Integrativas e Complementares. In: RODRIGUES, D. M. O.; et al. (Org.). *Naturologia: diálogos e perspectivas*. Palhoça: Editora Unisul, 2012. p. 147-165.

NUNES, D. E. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OLÍMPIO, G. A.; et al. Inclusão da melhor idade no ensino superior. *Fragmentos de Cultura*, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 367-386, mar./abr. 2007.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 93-105, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a07.htm>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

_____.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2010.

OLIVEIRA, M. M.; et al. Controlando a dor: benefícios da acupuntura auricular e auriculoterapia em idosos. *Revista tema*, Campina Grande, v. 11, n. 16, p. 40-50, jan./jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Documentos básicos. 26. ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1978. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2012.

OSORES, P. Aproximación no farmacológica para el tratamiento de síntomas conductuales y psicológicos de demencia. *Sinopsis*, Argentina, v. 22, n. 42, p. 11-16, ago. 2009.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciências e Saúde Coletiva [online]*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300016>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

PAGLIARO, G.; LUZ, H. *Política Nacional de Práticas Complementares e Integrativas: o caso da Homeopatia*. Rio de Janeiro: ABMH, 2001. Disponível em: <<http://gemhca.org.br/divulga%C3%A7%C3%A3o.htm>>. Acesso em: 25 mai. 2011.

PEREIRA DOS SANTOS, M. A. *Estratégia de Saúde da Família e Fitoterapia: Avanços, desafios e perspectivas*. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2008.

PEREIRA, I. G. R. *Prevalência do uso de fitoterapia em pacientes do programa de geriatria do Hospital Universitário de Brasília- HUB*. 2008. 130 f. Dissertação (mestrado em ciências da saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

PÉREZ, A. R.; GÓMEZ, J. Á. Á. Uso terapéutico del color como método tradicional. *Revista Cubana de Enfermería*, La Habana, v. 17, n. 3, p. 163-167, sep./dic. 2001.

PORCINO, A.; MACDOUGALL, C. The Integrated Taxonomy of Health Care: Classifying Both Complementary and Biomedical Practices Using a Uniform Classification Protocol. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, Evanston, v. 2, n. 3, p. 18-30, sep. 2009.

PORTELLA, M. R.; ORMEZZANO, G. Arte-terapia no cuidado gerontológico: reflexões sobre vivências criativas na velhice e na educação. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Porto, v. 3, n. 2, p. 61-80, fev./jul. 2010.

PRICE, S. *Aromaterapia para doenças comuns*. São Paulo: Manole, 1999.

PUERTO, Á. M. Eficacia de la reflexoterapia podal en la disminución del dolor asociado a patologías musculoesqueléticas. *Umbral Científico*, Bogotá, v. 1, n. 14, p. 48-54, jun. 2009.

QUEIROZ, L. F.; et al. Efeitos da Hidroterapia em Pacientes Idosos com Osteoartrose de Joelhos. *Revista Terapia Manual*, Londrina, v. 04, n. 16, p. 93-96, abr./jun. 2006.

QUINTELA, M. M. C. L. *Águas que curam, águas que energizam: Etnografia da prática terapêutica termal na Sulfúrea (Portugal) e nas Caldas da Imperatriz (Brasil)*. 2008. 397 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.

RAJKUMAR, S.; JEBANESAN, A. Chemical composition and larvicidal activity of leaf essential oil from *Clausena dentata* (Willd) M. Roam. (Rutaceae) against the chikungunya vector, *Aedes aegypti* Linn. (Diptera: Culicidae). *Journal of Asia-Pacific Entomology*, Coréia do Sul, v. 13, n. 2, p. 107-109, jun. 2010.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai./jun. 2003.

REIS, M. T. M. C. A. *Argilas/lamas portuguesas utilizadas em peloterapia: propriedades físicas e químicas relevantes*. 2005. 140 f. Dissertação (Mestrado em Minerais e Rochas Industriais) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2005.

RESENDE, S. M.; RASSI, C. M.; VIANA, F. P. Efeitos da hidroterapia na recuperação do equilíbrio e prevenção de quedas em idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 12, n. 1, p. 57-63, jan./fev. 2008.

RESSEL, L. B.; et al. O Uso do Grupo focal na Pesquisa qualitativa. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez. 2008.

REYNER, J. H. *Medicina psiônica: estudo e tratamento dos fatores causativos de doença*. São Paulo: Cultrix, 2005.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; AMARAL, A. C. F. Políticas públicas em plantas medicinais e fitoterápicos. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS; DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (Org.). *A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 9-28.

RODRIGUES, D. M. O. O Naturólogo: as Práticas Integrativas e Complementares e a Qualidade de Vida. In: MARTINS, R. M.; HAGEN, S. I. (Org.). *Ame suas rugas: aproveite o momento*. Blumenau: Odorizzi, 2007. p. 43-55.

_____. A intervenção naturoológica na visão multidimensional do Ser. In: HELLMANN, F.; WEDEKIN, L. M. (Org.). *O livro das interações: estudos de casos em Naturologia*. Tubarão: Editora Unisul, 2008. p. 156-178.

_____.; et al. *Naturologia: diálogos e perspectivas*. 1. ed. Palhoça: Editora Unisul, 2012.

RODRIGUES, D. M. O.; HELLMANN, F.; SANCHES, N. M. P. Apresentação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NATUROLOGIA, 2., 2009, Florianópolis. *Anais...* Palhoça: Editora Unisul, 2009. p. 8-9.

_____. A Naturologia e a interface com as racionalidades médicas. *Caderno Acadêmico Tubarão*, Tubarão, v. 3, n. 1, p. 24-36, 2011.

_____. Para pensar a Naturologia: diferenças conceituais nos campos dos cuidados não convencionais em saúde. In: RODRIGUES, D. M. O.; et al. (Org.). *Naturologia: diálogos e perspectivas*. Palhoça: Editora Unisul, 2012. p. 71-83.

ROSA, C.; CÂMARA, S. G.; BÉRIA, J. U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 311-318, jan. 2011.

ROSS, J. *Zang Fu: sistemas de órgãos e vísceras da medicina tradicional chinesa*. 2. ed. São Paulo: Roca, 1994.

ROZENDO, A. S.; JUSTO, J. S.; CORREA, M. R. Protagonismo político e social na velhice: cenários, potências e problemáticas. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 35-52, jun. 2010.

RUDER, E. A. M. C. *Guia compacto das plantas medicinais*. São Paulo: Rideel, 2002.

RUIZ, R. *Da Alquimia à Homeopatia*. Bauru: Edusc Unesp, 2002.

SALLES, S. A. C. *Homeopatia, universidade e SUS: resistências e aproximações*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

SANTIN, J. R.; COSTA, L. T.; BETTINELLI, L. A. Envelhecimento humano e violência intrafamiliar e suas interfaces. In: DIEHL, A. A.; VIEIRA, P. S.; BERTOLIN, T. E. (Org.). *Envelhecimento humano: experiência, diálogo e conflito*. Passo Fundo: Editora Universidade de Passo Fundo, 2011. p. 134-150.

SANTOS, A. M.; et al. Emprego de argilas caulínicas no tratamento de úlcera vasculogênicas em idosos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. *Anais eletrônicos...* Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00169.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2013.

SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1982.

_____. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

SANTOS, F. A. S.; et al. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não-médicos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 330-334, jul./ago. 2009.

SCHAMBECK, L. D. *Arte-terapia na terceira idade: busca da felicidade, prazer, integração e promoção da saúde*. 2004. 80 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública e Ação Comunitária) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2004.

SCHEFFER, M. *Terapia floral do Dr. Bach: Teoria e prática*. 11. ed. São Paulo: Pensamento, 2006.

SCHOSSLER, J. C. "*As nossas praias*": os primórdios da vilegiatura marítima no Rio Grande do Sul (1900 - 1950). 2010. 220 f. Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SCHVEITZER, M. C.; ESPER, M. V.; SILVA, M. J. P. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 442-451, jul./set. 2012.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalizações. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILVA, A. E. M. Naturologia: prática médica, saberes e complexidade. In: JORNADAS DE INVESTIGACIÓN EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL, 5., 2008, Buenos Aires. *Anais eletrônicos...* Buenos Aires: Disponível em: <http://www.apanat.org.br/_upload/repository/Naturologia_Adriana%20Magno.pdf>, 2008. p. 1-14. Acesso em: 20 jan. 2012.

SILVA, B. A. G. *Optar pelo uso de terapias alternativas e complementares: Representações Sociais da Medicina Alternativa e/ou Complementar e da Medicina Oficial/Convencional*. 2008. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade do Porto, Portugal, 2008.

SILVA, B. Q.; HAHN, S. R. Uso de plantas medicinais por indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemias. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 36-40, set./dez. 2011.

SILVA, F. C. B.; AGUIAR, A. C. V. V. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: refletindo acerca da necessidade da formação de profissionais para oferecer estes serviços à população. *FIEP BULLETIN on-line*, Foz do Iguaçu, v. 80, Special Edition, p. 262-266, 2010. Disponível em: <<http://fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/1637>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

SILVA, F. L. A.; OLIVEIRA, R. A. G.; ARAÚJO, E. C. Use of medicinal plants by the elders at a family's health strategy. *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 2, n. 1, p. 9-16, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/400/pdf_348>. Acesso em: 2 fev. 2013.

SILVA, S. L.; et al. Cytotoxic evaluation of essential oil from *Casearia sylvestris* Sw on human cancer cells and erythrocytes. *Acta Amazônica*, Manaus, v. 38, n. 1, p. 107-112, 2008.

SILVEIRA, P. F.; BANDEIRAM, A. M.; ARRAIS, P. S. D. Farmacovigilância e reações adversas as plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, João Pessoa, v. 18, n. 4, p. 618-626, dez. 2008.

SOUSA, I. M. C. *Medicina alternativa nos serviços públicos de saúde: a prática da massagem na área programática 3.1 no município do Rio de Janeiro*. 2004. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, A. C. *Como manda o figurino: práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre*. 2005. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 52-56, 2007.

SOUZA, C. M. P.; et al. Utilização de Plantas Medicinais com Atividade Antimicrobiana por Usuários do Serviço Público de Saúde em Campina Grande – Paraíba. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, Campinas, v. 15, n. 2, p. 188-193, 2013.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-405, abr./jun. 2009.

SOUZA, J. O. R. L.; et al. Lian Gong: prática corporal chinesa e sua relação com a qualidade de vida em idosos. *Saúde Coletiva*, Barueri, v. 07, n. 43, p. 213-215, 2010.

SOUZA, R. R. *Acupuntura no tratamento da depressão*. 2007. 54 f. Trabalho de Conclusão (Especialização em Acupuntura) - Centro Integrado de Terapias Energéticas, Recife, 2007.

SPADACIO, C.; et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-13, jan. 2010.

SPADACIO, C.; BARROS, N. F. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 158-164, fev. 2008.

SYLVA, M. P. As cores e suas funções específicas para a saúde. In: ENCONTRO PARANAENSE, 16 e CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 11., 2011, Curitiba. *Anais eletrônicos...* Curitiba: Centro Reichiano, 2011. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais%202011/SYLVA,%20Mary%20C3%A1%20da%20Penha.%20As%20cores%20e%20suas.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2013.

TAVARES JÚNIOR, A. T.; BORDIM, V.; ODORIZZI, R. O programa Unati na Unioeste/campus de Toledo-PR: Construindo a inclusão digital da terceira idade. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 1 e SEMANA NACIONAL DA PEDAGOGIA, 22., 2008, Cascavel. *Anais eletrônicos...* Cascavel: Unioeste, 2008. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/cursos/cascavel/pedagogia/eventos/2008/2/Artigo%2024.Pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2013.

TEIXEIRA, Z. M. A ciência das formas peculiares de curar. *Jornal da USP*, São Paulo, v. 20, n. 718, p. 405, 2005. Disponível em: <<http://www.usp.br/joursp/arquivo/2005/jusp718/pag0405.htm>>. Acesso em: 26 jan. 2010.

TESSER, C. D. *Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas*. 2004. 414 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

_____.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, jan./fev. 2008.

_____.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008.

_____. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago. 2009.

TOMAZZONE, M. I.; NEGRELLE, R. R.; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. *Revista Texto & Contexto*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 115-121, fev. 2006.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELLOS, C.; et al. Plantas medicinales utilizadas en mujeres en Brasil. *Revista Horizonte de Enfermería*, Santiago, v. 22, n. 1, p. 23-33, 2011.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. p. 13-160.

VASCONCELOS, E. M. R. *Uso dos florais de Bach em idosos deprimidos*. 1. ed. João Pessoa: IDÉIA, 2000.

VEIGA JUNIOR, V. F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 308-313, abr./jun. 2008.

VICINI, G. *Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos*. 2. ed. São Paulo: Editora Senac, 2006.

VICKERS, K. A.; JOLLY, K. B.; GREENFIELD, S. M. Herbal medicine: women's views, knowledge and interaction with doctors: a qualitative study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, London, v. 6, n. 40, p. 1-8, dec. 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6882-6-40.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

VIGANÓ, J.; VIGANÓ, J. A.; CRUZ-SILVA, C. T. A. Utilização de plantas medicinais pela população da região urbana de Três Barras do Paraná. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 29, n. 1, p. 51-58, 2007.

WALDOW, V. R. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzatto, 2001.

WANNES, W. A.; et al. Antioxidant activities of the essential oils and methanol extracts from myrtle (*Myrtus communis* var. *italica* L.) leaf, stem and flower. *Food and Chemical Toxicology*, Oxford, v. 48, n. 5, p. 1362-1370, 2010.

WEHMEYER, C. O. T. O ensino da língua espanhola a idosos do século XXI. In: FERREIRA, A. J.; et al. (Org.). *Educação & envelhecimento*. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2012. p. 51-57. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/educacaoeenvelhecimento.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

WEIL, P.; D'AMBROSIO, U.; CREMA, R. *Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento*. São Paulo: Summus, 1993.

WILLISON, K. D.; ANDREWS, G. J. Complementary medicine and older people: past research and future directions. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, Edinburgh, v. 10, n. 2, p. 80-91, may. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (WHO/UNICEF). *Primary Health Care: report of the International Conference on PHC, Alma Ata, URSSS*, p. 6-1, set. 1978, Geneva: World Health Organization, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National policy on traditional medicine and complementary/alternative medicine: general guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. Geneva: World Health Organization, 2000. 24 p.

_____. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: World Health Organization, 2002. 65 p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2299s/10.2.html>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

_____. Working group meeting on quality of academic education in traditional medicine: legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine. Geneva: World Health Organization, 2003. 71 p.

_____. Guidelines on Good Agricultural and Collection Practices (GACP) for Medicinal Plants. Geneva: World Health Organization, 2003. 80p. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546271.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2013, v. 1.

_____. Traditional medicine. Fact sheet n° 134., may. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_134/en/print.html>. Acesso em: 20 dez. 2011.

_____. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ZANETTE, V. C.; et al. Prevalência do uso da fitoterapia para alívio de sintomas apresentados em pacientes climatéricas. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 40, n. 1, p. 12-17, jan. 2011.

ANEXOS

Anexo A. Parecer Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N. 109/2012

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 25/04/2012, analisou o projeto de pesquisa “**Práticas integrativas e complementares no contexto gerontológico: a voz dos idosos**”, de responsabilidade do pesquisador **Diego Ferrari Frigotto**.

O projeto tem como objetivos: Investigar o conhecimento, o uso e aceitação das terapias integrativas e complementares por idosos de diferentes contextos; descrever que influências os idosos atribuem ao uso desta prática sobre as suas condições de saúde e identificar às razões atribuídas a escolha e busca por tais práticas, na concepção dos participantes.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, em forma de grupo focal e encontros, com quatro grupos de idosos nos municípios de Erechim, Passo Fundo, Maximiliano de Almeida e Paim Filho.

As pendências foram atendidas.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no TCLE. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. O termo de consentimento livre e esclarecido está escrito de maneira clara e completa. Os compromissos do pesquisador e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Solicita-se ao (a) pesquisador (a) apresentar relatório a este CEP no final do estudo.

Situação: PROTOCOLO APROVADO

Passo Fundo, 07 de maio de 2012.

Nadir Antonio Pichler

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo B. Comprovante de submissão produção I

Login: Dfrigotto

Português English Español



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

CSP_0431/13

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	O conhecimento e uso das práticas integrativas e complementares por idosos de diferentes contextos
Título corrido	O conhecimento e uso das práticas integrativas e complementares por id
Área de Concentração	Políticas Públicas de Saúde
Palavras-chave	Terapias Complementares, Idoso, Assistência à Saúde, Saúde do Idoso
Autores	Diego Ferrari Frigotto (Universidade de Passo Fundo) Marilene Rodrigues Portella (Universidade de Passo Fundo)

DECISÕES EDITORIAIS: [Exibir histórico]

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1	Em avaliação. Artigo enviado em 28 de Fevereiro de 2013.			

Anexo C. Comprovante de submissão produção II



ESTUDOS FEMINISTAS

CAPA	SOBRE	PÁGINA DO USUÁRIO	PESQUISA
ATUAL	ANTERIORES	NOTÍCIAS	REF
REF NO SCIELO	PORTAL DE PERIÓDICOS UFSC		

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #28182 > **Resumo**

#28182 Sinopse

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

Submissão

Autores	Diego Ferrari Frigotto, Marilene Rodrigues Portella
Título	Mulheres da universidade aberta para a terceira idade e o cuidado em saúde: uso e conhecimento de plantas medicinais e fitoterapia
Documento original	28182-93039-1-SM.DOCX 2013-02-28
Docs. sup.	Nenhum(a) INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Diego Ferrari Frigotto
Data de submissão	fevereiro 28, 2013 - 03:01
Seção	Artigos
Editor	Miriam Grossi Rosana Kamita Luzinete Minella Zahid Muzart Joana Pedro Cristina Wolff

Situação

Situação	Em avaliação
Iniciado	2013-02-28
Última alteração	2013-02-28

Metadados da submissão

EDITAR METADADOS

Autores

Nome	Diego Ferrari Frigotto
Instituição/Afiliação	Universidade de Passo Fundo
País	Brasil
Resumo da Biografia	Naturólogo- Bacharel em Naturologia Aplicada pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), especialista em gerontologia pela Universidade Regional Integrada - URI Campus de Erechim. Mestrando do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo (UPF)
Contato principal para correspondência.	
Nome	Marilene Rodrigues Portella
Instituição/Afiliação	Universidade de Passo Fundo
País	Brasil
Resumo da Biografia	Enfermeira, Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Titular do Instituto de Ciências Biológicas e docente do Programa de Pós Graduação Mestrado em Envelhecimento Humano da UPF. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer CNPq/UPF. Membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Título e Resumo

Título	Mulheres da universidade aberta para a terceira idade e o cuidado em saúde: uso e conhecimento de plantas medicinais e fitoterapia
Resumo	Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa utilizo-se o método do grupo focal para a coleta dos dados conforme postulados de Gatti, (2005). No qual participaram idosas vinculadas a programas de Universidades Abertas com idade entre 60 e 87 o qual objetivou identificar o conhecimento e a prática, por mulheres idosas, das plantas medicinais e da fitoterapia. Contatou-se que as participantes

Open Journal Systems

Ajuda do sistema

USUÁRIO

Logado como:
dfriotto

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativo \(1\)](#)
- [Arquivo \(0\)](#)
- [Nova submissão](#)

IDIOMA

Português (Brasil) ▼

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Todos ▼

Pesquisar

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por Título](#)
- [Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

- [Para leitores](#)
- [Para Autores](#)
- [Para Bibliotecários](#)

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

a) EM FORMA DE CONVITE: Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO GERONTOLÓGICO: A VOZ DOS IDOSOS, de responsabilidade do pesquisador Diego Ferrari Frigotto sob a orientação da professora Dra. Marilene Rodrigues Portella.

b) JUSTIFICATIVA: Esta pesquisa justifica-se devido à nova realidade demográfica que aponta um aumento no número de idosos na população brasileira, com isso os problemas de saúde, neste segmento, também crescem. Novas alternativas de tratamento se apresentam nos serviços de saúde, seja público ou privado, o que motiva a busca pelo conhecimento sobre o uso e as razões de escolha dos indivíduos pelas chamadas práticas integrativas e complementares (PIC). Como se trata de recursos terapêuticos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde é importante investir em estudos que abordem estas questões.

c) OBJETIVOS: Os objetivos desta pesquisa são: Investigar o conhecimento, o uso e aceitação das terapias integrativas e complementares por idosos de diferentes contextos, além de descrever que influências os idosos atribuem ao uso desta prática sobre as suas condições de saúde e identificar as razões atribuídas à escolha e busca por tais práticas.

d) PROCEDIMENTOS, LOCAL, DIA, HORA DA PESQUISA ETC: A sua participação na pesquisa será por meio de três (3) encontros. Quanto aos dias do encontro, o horário e o local será de acordo com as possibilidades do grupo. Quanto à duração, está prevista em torno de 2 horas, no mínimo, 1 hora e 30 minutos e não excedendo a 3 horas.

e) POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS: Esta atividade não traz nenhum desconforto ou risco à saúde, por se tratar de encontro para discussão de um assunto não polêmico através de dinâmica de grupo, guiadas pelo moderador qualificado, no caso o pesquisador o qual fará encaminhamentos quanto ao tema e intervenções que facilitem as trocas, procurando manter os objetivos da pesquisa. Na primeira sessão: buscar-se-á fazer a leitura detalhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e formalização por meio da assinatura, seguida da apresentação dos participantes e com o

início da discussão a partir de tópicos norteadores capazes de atender ao objetivo de identificar dentro do contexto das PIC quais recursos que os idosos utilizam no seu sistema de cuidado; segunda sessão: apresentação da síntese da sessão anterior e dos tópicos norteadores capazes de atender ao objetivo de descobrir e descrever que influências os idosos atribuem ao uso desta prática sobre as suas condições de saúde; terceira sessão: ocorrerá para ampliar as discussões e validação dos achados.

f) **BENEFÍCIOS:** Ao participar da pesquisa, você terá como benefício a oportunidade de discutir sobre as terapias alternativas de tratamento, conhecer outras formas de terapêutica e cuidado de saúde, a partir das conversas do grupo.

g) **ESCLARECIMENTOS:** Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada a pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo.

h) **LIBERDADE:** Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

i) **SEM GASTOS E REMUNERAÇÃO:** A participação no estudo não acarretará custos para você, pois estes serão cobertos pelo orçamento da pesquisa a cargo do pesquisador. Caso tenha alguma despesa relacionada à pesquisa, terá o direito de ser ressarcido (a) e não receberá pagamento pela sua participação no estudo.

j) **SIGILO E DA PRIVACIDADE:** Os dados debatidos serão registrados no diário de campo do pesquisador, que será exclusivo do mesmo; as informações serão gravadas e os registros serão posteriormente destruídos. Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados preservando sua identidade.

k) **DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS:** O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados desta pesquisa serão guardados ou enviados para você, caso desejar. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Assim você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados.

l) **DÚVIDAS:** Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e

caso se considere prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com o pesquisador Diego Ferrari Frigotto pelo telefone (54) 35311280, ou com o curso Mestrado em Envelhecimento Humano pelo (54) 33168384, ou também consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316 8370.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Passo Fundo, ____ de ____ de 2012.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

Observação: o presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa.

Apêndice B. Projeto de pesquisa

Universidade de Passo Fundo

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Práticas integrativas e complementares no contexto gerontológico:
a voz dos idosos

Diego Ferrari Frigotto

Passo Fundo

2012

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 TÍTULO

Práticas integrativas e complementares no contexto gerontológico: a voz dos idosos.

1.2 AUTOR

Diego Ferrari Frigotto

Naturólogo. Bacharel em Naturologia Aplicada pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo (UPF). Especialista em Gerontologia pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Erechim. E-mail: diegoferrarifrigotto@yahoo.com.br.

1.3 ORIENTADORA

Marilene Rodrigues Portella.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora titular do Instituto de Ciências Biológicas e do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer UPF/CNPq. Membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

1.5 DURAÇÃO

Vinte e quatro meses.

1.6 VIGÊNCIA

Março de 2011 a março de 2013.

1.7 RESUMO

Este trabalho tem como objetivo investigar o conhecimento, o uso e aceitação das terapias integrativas e complementares por idosos de diferentes contextos. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa que utilizará o método do grupo focal conforme postulados de Gatti. Está prevista a realização de 12 encontros com os grupos assim distribuídos: um grupo de idosos vinculados a Universidade Sem Limites, projeto da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI Campus de Erechim; um grupo no contexto de Passo Fundo com idosos participantes do Centro Regional de Estudos e Atividades Para a Terceira Idade (CREATI) da Universidade de Passo Fundo, um grupo para o contexto de Paim Filho e um para Maximiliano de Almeida. Após o material ser coletado na forma de anotações em diário de campo, registros em áudio ou imagens, serão organizados e vão compor um corpus detalhado e confiável para interpretação. Será levado em conta que o foco central é a interação grupal, a sequência das falas, as trocas entre os participantes e a dinâmica dentro do grupo. A análise acontecerá numa dimensão interacionista e a interpretação ancorada no referencial construído. Nesta perspectiva, para interpretação e análise dos dados utilizar-se-ão os postulados de Gatti.

1.8 PALAVRAS-CHAVE

Terapias Complementares. Saúde do Idoso. Políticas Públicas. Gerontologia. Promoção da Saúde.

2 FINALIDADE

Produção de conhecimento científico relacionado aos saberes e fazeres com relação à utilização das práticas integrativas e complementares (PIC) pelos idosos. Valorização e resgate dos valores tradicionais e dos costumes do uso destas PIC.

3 PROBLEMÁTICA E QUESTÃO DE PESQUISA

O envelhecimento populacional é uma consequência importante da dinâmica demográfica atual, uma realidade que afeta tanto os países ditos desenvolvidos, como também os países em desenvolvimento, com a expectativa de vida aumentada de forma acentuada nas últimas cinco décadas (SANTIN; COSTA; BETTINELLI, 2011).

De acordo com Cozin (2009), são muitos os motivos que influenciam a longevidade: as tecnologias diagnósticas e terapêuticas, a melhor condição financeira, o aperfeiçoamento das relações sociais e de trabalho e um maior acesso a serviços essenciais (hospitais e serviços médicos, saneamento básico e água tratada). Contudo, a longevidade não terá sentido se as necessidades dos idosos não forem suprimidas. Baseado nos aspectos citados, Freitas et al. (2002), ressaltam o impacto do aumento da longevidade sobre o atual sistema de saúde, o qual já se encontra fragilizado e sofre com o aumento da demanda de idosos por atendimento.

Para Garcia (2008), o crescimento abrupto da população idosa no Brasil chama a atenção para a urgência em implantar cuidados especiais e adequados às suas necessidades. Por isso, é necessário atuar de forma multidimensional, atendendo aos vários aspectos que envolvem o envelhecimento, dentre estas facetas, a saúde é uma que depende de diversos fatores. Especialmente, a atenção primária à saúde no controle e prevenção das limitações e doenças decorrentes da velhice se faz necessária. Além disso, há necessidade de se tratar o assunto como questão política, econômica e social.

Neste contexto, Vicini (2006), faz questionamentos semelhantes com relação às políticas de saúde, se estas deverão priorizar aumentos indefinidos de recursos para a recuperação da saúde, prevenções secundárias e terciárias de doenças e outros agravos ou se preocupar com investimentos, que levem em conta desde já, a promoção de saúde e prevenção primária de doenças e outros agravos, para todos os grupos de idade, incluindo os idosos.

Diante dessa perspectiva, observam-se vários tipos de cuidados à saúde que podem ser prestados aos idosos, entre estes, aqueles oferecidos pela Naturologia Aplicada, que no entendimento de Garcia (2008), é uma formação norteadas pelos conhecimentos das áreas humanas, biológicas e da saúde, que se propõem a atuar

baseado nos pilares das medicinas tradicionais ou por outros profissionais da saúde com formação na área das práticas integrativas e complementares (PIC).

Observam-se na literatura relatos e discussões sobre a adoção de técnicas da chamada Medicina Alternativa e Complementar (MAC), como recurso de acompanhamento terapêutico do envelhecer. Nos ambientes clínicos, há um aumento na busca e utilização da medicina alternativa e complementar pela população idosa, como mais um recurso com possíveis contribuições para sua qualidade de vida, uma vez que a base destas práticas, ditas não convencionais, reside no cuidado integral à pessoa (CHEUNG; WYMAN; HALCON, 2007; BUSATO et al., 2008).

Além dessas informações, alguns dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) delineiam a busca em promover o uso terapêutico de Medicinas Tradicionais, Complementares e Alternativas (WHO, 2003a), pelo crescente interesse por parte dos órgãos de saúde dos governos de vários países e, também, de grandes centros médicos e de pesquisa, que estudam e adotam tais recursos terapêuticos em suas rotinas de maneira adjuvante às terapêuticas médicas convencionais. Estes subsídios revelam o interesse da sociedade mundial pelas práticas naturais: apenas nos EUA, 158 milhões de pessoas utilizam práticas complementares; no Reino Unido, a despesa anual com medicina alternativa é de US\$ 230 milhões; o mercado global para medicamentos fitoterápicos atualmente excede os 60 bilhões anuais e continua crescendo consideravelmente.

No Brasil, de acordo com o departamento de comércio e exterior, no ano de 1998 foram exportadas oficialmente 2.842 toneladas de plantas medicinais e entre o ano de 1999 e 2000, as vendas de fitoterápicos aumentaram em 15%, enquanto que os medicamentos sintéticos subiram apenas 4%. Os maiores exportadores de plantas medicinais no Brasil são os estados do Paraná, São Paulo, Bahia, Maranhão, Amazonas, Pará e Mato Grosso, que vendem para países como os Estados Unidos, Alemanha, França, Japão, Portugal, Itália, entre outros (TOMAZZONE; NEGRELLE; CENTA, 2006).

Nas últimas décadas, o interesse da população mundial por práticas não convencionais em saúde (PNCS) vem aumentando substancialmente, como forma de tratamento e promoção de saúde, estimulando os órgãos gestores da saúde mundial –

como a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e a OMS – e os diversos países, à implementação e ao desenvolvimento de medidas que visem corresponder aos anseios da sociedade nessa área (PAGLIARO; LUZ, 2001; TEIXEIRA, 2005). Por isso, estudos que visem avaliar a utilização das PIC por idosos, justificam-se como relevantes, não apenas para estes indivíduos que optam por tais tratamentos, mas para a sociedade, leiga e científica em geral. Estas práticas de cuidado, segundo a OMS, são definidas como “práticas, enfoques, conhecimentos ou crenças sanitárias diversas que incorporam fitoterapia, técnicas manuais, técnicas espirituais e exercícios de forma individual ou em combinação para manter o bem estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades” (WHO, 2002; p.7).

No contexto da procura por práticas integrativas de cuidado, Chalhoub, Marques e Sampaio (2003), assim como Carvalho (2005a), relatam que embora tenha havido, no Brasil, legitimidade e procura popular dessas práticas, há um reconhecimento recente de uma maior procura pelas mesmas.

No Brasil, visando corresponder aos anseios e à procura pelas PNCS, em 3 de maio de 2006 entrou em vigor a Portaria n. 971, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). As práticas citadas abaixo compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional (MT) e MAC, sendo as seguintes: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia/plantas medicinais, Termalismo Social/Crenoterapia (BRASIL, 2006a).

Esses métodos de tratamento também fazem parte do campo (mercado) de trabalho de alguns profissionais: A fitoterapia, por exemplo, é praticada por médicos e por farmacêuticos respaldados nos seus conhecimentos farmacognósicos e farmacodinâmicos. Nutricionistas já a adentram, buscando ampliar os limites da hoje mui propalada nutrição funcional. O naturólogo é herdeiro indubitável do seu emprego, pois a Naturologia é um novo campo na área da saúde baseada nas cosmologias das racionalidades biomédicas e das medicinas tradicionais. Na terapêutica, utiliza métodos naturais, tradicionais e modernos de cuidado à saúde, aborda o indivíduo multidimensionalmente no processo saúde-doença e utiliza sistemas de avaliação e tratamento das medicinas tradicionais (RODRIGUES; HELLMANN; SANCHES, 2011). Observa-se a utilização destas PIC por terapeutas, com maior ou menor

formação, e por outros profissionais da saúde, como enfermeiros e fisioterapeutas, cujos conselhos autorizam o uso de algumas destas práticas terapêuticas, por exemplo, da acupuntura (SANTOS et al., 2009; CAXITO; NASCIMENTO; FARIA, 2011).

A inspiração para a realização deste trabalho surgiu da observação da fragmentação e superficialidade empregada por alguns profissionais em sua assistência na área da saúde e da necessidade íntima, como profissional naturólogo que utiliza a PIC nos atendimentos prestados, em sua maioria ao público idoso, com o objetivo de atuar de maneira multidimensional, pois esta fase da vida torna-se um momento de grandes oportunidades e o idoso deve ser tratado com respeito e atenção.

Por isso, a pretensão é de buscar respostas para algumas interrogações inerentes às PIC com relação aos idosos, por serem apreensões enquanto naturólogo e por ser esta uma profissão que surge com novas propostas de atuação neste momento da vida, quais sejam: Que formas de práticas integrativas e complementares os idosos utilizam no seu sistema de cuidado? O que determina a escolha e busca por tais práticas? Que influências os idosos reconhecem nesta prática sobre as suas condições de saúde?

4 JUSTIFICATIVA

A saúde do idoso é um tema que interessa não apenas a essa categoria social, mas a todos, ao considerar-se que este segmento está aumentando e que, supostamente, a manutenção de sua saúde incidirá de forma crescente sobre custos e manutenção dos serviços.

As inquietações que direcionam para a realização desta pesquisa partem do pressuposto da nova realidade demográfica, que apontam um aumento no número de idosos na população brasileira, o que vem influenciando vários setores, em especial, o setor saúde.

Observa-se a ocorrência, no contexto das ciências da saúde, de um movimento de valorização e resgate da visão multidimensional e integrativa do ser humano. Para Rodrigues (2007), esta visão multidimensional compreende o indivíduo em sua

totalidade, nos aspectos físicos, energéticos, psicológicos e mentais, seus hábitos, crenças e costumes, além de suas relações com o ambiente e com a sociedade. O naturólogo resgata a visão integral, singular e multidimensional do ser humano e preconiza a promoção, a manutenção, a recuperação da saúde e a melhoria da qualidade de vida. Mas também, configura-se a importância de outros profissionais com competências necessárias ao cuidado à saúde do idoso, considerando-se suas peculiaridades e sua complexidade.

De acordo com Ross (1994), esta abordagem é utilizada pelas medicinas tradicionais, como a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), Medicina Tradicional Ayurvédica (MTA), Medicina Tradicional Xamânica e por outros povos e tradições do ocidente e oriente. Na MTC, fatores como alimentação, emoções, agentes patógenos, hábitos saudáveis, relações sociais e fatores climáticos são responsáveis por manter o equilíbrio, ou seja, a saúde dos indivíduos, cujas tradições consideram a circulação de energia no corpo humano, denominado *Qi* na MTC e *Prana* na MTA. Quando existe bloqueio, estagnação, deficiência ou excesso desta energia surgem manifestações nas diversas dimensões que compreendem o indivíduo e em suas relações sociais.

Nesta conjuntura, de acordo com Rodrigues (2008), se inserem as PIC, cujos sistemas compreendem o ser humano de uma forma multidimensional e preconizam o autocuidado para promover, recuperar e manter a saúde. Estas abrangem recursos terapêuticos complexos, que são denominados pela OMS como Medicinas Tradicionais e Complementares.

A OMS, no documento “Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, reconhece o valor das práticas complementares e tradicionais e incentiva os países membros a utilizarem, pesquisarem e criarem políticas públicas observando algumas estratégias a serem adotadas em relação à utilização e investigação destas terapêuticas. Ainda, estimula a adoção de tais procedimentos nos sistemas de saúde, de forma integrada às técnicas da medicina convencional, preconizando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e disponibilidade de acesso à população (WHO, 2002). Algumas dessas PIC foram reconhecidas e aprovadas no SUS no ano de 2006 (BRASIL, 2006a).

As MAC e MT continuam respondendo, nos países pobres, por grande parte do cuidado em saúde, que transcende o ambiente familiar; em vários lugares (África, por exemplo), é utilizada pela maioria. Nos países ricos, proliferam estudos que vêm mostrando grande procura de suas populações pelas MAC. Além disso, cada vez mais profissionais de saúde indicam práticas complementares e também procuram aprendê-las para “enriquecer” suas habilidades curadoras (BARROS, 2000; WHO, 2002).

De acordo com Luz (2000), os motivos da procura por PIC nos países pobres seriam sua adequação cultural, fácil acesso e eficácia relativa, associados ao reduzido acesso à biomedicina, escassa e cara nesses lugares. Nos países ricos, há dois tipos de motivos para essa procura crescente, um associado a insatisfações com a biomedicina e outro, com os potenciais das práticas complementares e tradicionais.

Neste conjunto, entende-se, baseado em Santos (2000) e em Caprara e Rodrigues (2004), que as insatisfações com a biomedicina se devem aos limites diagnósticos (o saber científico biomédico é um saber cuja prática não consegue em alguns momentos entender, alguns sintomas por isso ignora e desqualifica por “não serem enquadráveis”), aos limites terapêuticos (as tecnologias de tratamento são restritas, para alguns diagnósticos apresentando limites de eficácia terapêutica, restringindo o controle de doenças ou sintomas, por vezes há ausência de tratamento) e as iatrogenias são relevantes, muito acentuadas com o envelhecimento populacional, com a maior prevalência das doenças crônicas e com o processo de medicalização social.

Há ainda, conforme Tesser e Luz (2008), uma insatisfação difusa e crescente com a abordagem biomédica, caracterizada como mecanicista, materialista, invasiva, intervencionista, restrita aos sintomas e progressivamente mais impessoal, dedicando pouco tempo ao paciente. Neste caso, a relação curador-doente parece estar ficando menos harmoniosa, a fragmentação tende a tecnificar o cuidado, reduzi-lo aos aspectos do adoecimento e partes do corpo classificáveis e manipuláveis pela tecnologia científica, e assim “desumanizá-lo”. Com isso, fica prejudicado o pacto ancestral envolvido na “relação de cura”, construído sobre compromissos éticos calcados na pessoa do doente. Em outras palavras, trata-se da insatisfação com a baixa integralidade da atenção biomédica.

Esta pesquisa se faz necessária, pois segundo o relato de Cidral Filho (2008), o naturólogo, por meio das PIC, se propõe a intervir nos sistemas cibernéticos de regulação orgânica que são os organismos vivos e sistemas de controle que se referem especialmente ao sistema endócrino; com o intuito de organizar toda a variedade de funções corporais em busca da homeostase. A sua forma de intervenção tem sido apontada como um fator determinante para a incorporação das PIC, no processo de expansão das medicinas nos serviços de saúde. De acordo com Luz (1993a), diferentemente da medicina convencional, as medicinas não convencionais: medicina homeopática, MTC e MTA, têm como objeto não a doença, mas o sujeito desequilibrado, portanto, o indivíduo na sua totalidade, preocupando-se essencialmente com o restabelecimento ou mesmo com a ampliação de sua saúde.

A busca pelas práticas terapêuticas não convencionais (fitoterapia, acupuntura, homeopatia, dentre outras) conforme Medeiros (1997) exprime a necessidade de reconhecer e refletir a possibilidade do estabelecimento de um diálogo construtivo entre a tradição e a medicina moderna, resultando em melhor qualidade de vida para os pacientes. Finalmente, contribui para as decisões dos profissionais que trabalham na área, através da preservação, acomodação ou repadronização dessas práticas para orientar a participação do paciente no seu processo de busca da saúde.

A opção por pesquisar as PIC está relacionada à manifestação de Rodrigues, Hellmann e Sanches (2011), de que existe muita confusão, por parte da população em geral, acerca dos diferentes tipos de tratamentos não convencionais existentes, ofertados não apenas por Naturólogos, mas também por outros profissionais da saúde e por estas serem práticas inovadoras que podem ser oferecidas no âmbito do SUS, voltadas para a integralidade e por fazerem parte do pressuposto de que as racionalidades médicas alternativas podem ser complementares à medicina convencional e não suas opositoras. Pois, pesquisas mostram que quando as PIC são trabalhadas em conjunto com a Biomedicina, obtém-se uma melhora significativa e rápida, comparada à utilização de apenas um modelo de saúde (JONAS; LEVIN, 2001).

O desenvolvimento desse estudo tem sua relevância tanto sob o ponto de vista científico quanto social, por incluir questões de produção do conhecimento, assim como, aspectos de ordem social, cultural e econômica, pois adentra o campo do

conhecimento popular e do conhecimento científico, no que confere a utilização de PIC por idosos e profissionais da saúde. Além disso, faz-se necessária uma reflexão crítica a respeito dessa escolha, de maneira que se possa melhor orientar os idosos sobre a utilização consciente dessas práticas, que devem demonstrar-se como recursos seguros e eficazes no acompanhamento terapêutico do envelhecer. Este trabalho vai também ao encontro das atuais políticas públicas desenvolvidas sobre o assunto no Brasil. A mais recente delas é a criação de um instrumento de normatização que visa a orientar e a potencializar as iniciativas de saúde: PNPIC no SUS, sendo instituído pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 971, de 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006a).

Deste modo, faz-se necessário o aprofundamento e a atualização constante acerca dos saberes e práticas que as pessoas têm desta área, principalmente ao se considerar que este é um campo de conhecimentos, ao menos no ocidente, ainda incipiente e pouco conhecido pelos profissionais e, sobretudo, por uma parcela da população, por isso se torna relevante o levantamento de suas características, visto que essas informações poderão ser úteis para a implementação das PIC no atendimento em saúde o que demanda a busca de permanente capacitação.

A natureza deste estudo tem por objetivo investigar o conhecimento, o uso e aceitação das terapias integrativas e complementares pelos idosos participantes de grupos de terceira idade e de programas de Universidades Abertas à Terceira Idade.

5 OBJETIVO DA PESQUISA

5.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o conhecimento, o uso e aceitação das terapias integrativas e complementares por idosos de diferentes contextos.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever que influências os idosos atribuem ao uso desta prática sobre as suas condições de saúde.

- b) Identificar as razões atribuídas à escolha e busca por tais práticas, na concepção dos participantes.

6 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

6.1 CONCEITOS DE SAÚDE

O conceito que se tem de saúde é importante para definir se a assistência à saúde, assim como sua promoção, são efetivas no cotidiano das pessoas. Para muitos indivíduos, saúde não passa de uma situação em que se está livre de doenças. Por isso, no entendimento de Vicini (2006), a saúde é vista como algo que se gera ou que se perde em nosso dia a dia. Deve ser vista além da ausência de luta entre microrganismos patógenos e um organismo humano, por exemplo. Mas há muitos outros tipos de doenças que podem afetar o indivíduo, como as doenças metabólicas, ocupacionais, genéticas, entre outras, que manifestam e comprometem a saúde das pessoas. Então, ter saúde seria não ter qualquer tipo de doença aguda ou crônica, infecciosa ou de qualquer outro tipo.

Mas além desta percepção sobre doença e saúde, Vicini (2006) discute que o organismo afetado percebe a doença como uma defesa de si mesmo contra um desequilíbrio que se tenha instalado nele e, portanto, é um sinal de que algo deve ser feito para a recomposição do equilíbrio perdido.

A partir deste entendimento, a saúde não seria ausência de doenças, mas a capacidade de perceber os sinais de alerta e de por em ação os cuidados necessários para a superação do desequilíbrio. A saúde é conceituada como um movimento de auto-organização, onde a doença faz parte da saúde, pois sem ela o novo equilíbrio não é alcançado. Assim, a doença é vista como um meio não intencional de resolver problemas de saúde.

Com esta abordagem, a saúde é vista como superação de um desequilíbrio por meio de um novo equilíbrio. O que é fundamentado por Capra (2011), o qual apresenta os organismos, vistos como sistemas que podem se desequilibrar devido às influências

do meio do qual dependem, mas pelo qual não são totalmente condicionados, mantendo certo grau de autonomia. Estes, porém, possuem a capacidade de recobrar seu equilíbrio através das forças internas adaptativas que são inatas e permitem a autorrenovação e a adaptação contínua ao meio. Constituem-se num processo de automanutenção, como a homeostase, a adaptação, a regeneração e autorrenovação. Esse movimento de recuperação do equilíbrio ocorre através de mecanismos de realimentação negativa, reduzindo os desvios do estado de desequilíbrio e positiva ampliando certos desvios para permitir aprendizagens, evoluções e desenvolvimento.

Com base nestes pensamentos, Vicini (2006), apresenta a visão holística transdisciplinar, na qual a saúde não é a ausência de doenças, mas uma capacidade de se autocuidar para superar algum tipo de desequilíbrio. Assim; a doença, faz parte da saúde, pois sem ela o novo equilíbrio não pode ser alcançado.

Em 1946, houve uma radical mudança na conceituação de saúde, com a definição oficial incluída pela OMS em sua constituição. Esta foi a primeira organização internacional de saúde a considerar-se responsável pela saúde mental, e não apenas pela saúde do corpo. Deste modo, definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades (OMS, 1978). Esta definição constitui a ruptura com o modelo biomédico ao incluir no conceito de saúde a dimensão psicológica e social e não apenas a dimensão biológica.

Através desta definição, a saúde é conceituada de forma positiva, para a qual contribuem as condições biológicas, psíquicas e sociais oferecidas às pessoas e inclui alguns fatores importantes que possibilitam a saúde como, por exemplo: alimentação, atividade física, acesso ao sistema de saúde, adaptação bem sucedida ao meio em que vivem, etc.

Neste contexto, Vicini (2006) explica que apesar de modificar positivamente o conceito de saúde, a definição da OMS foi amplamente criticada por biólogos, sociólogos, médicos clínicos e sanitaristas, por considerá-la utópica, inatingível e perfeccionista. A própria OMS reconheceu, posteriormente, que essa definição não era operacional, isto é, não servia para medir objetivamente níveis de saúde das populações, então não poderia ser usada como meta pelos serviços de saúde. Por outro lado, a

definição utópica de saúde é útil como um horizonte para os serviços de saúde por estimular a priorização das ações voltadas à promoção. A definição pouco restritiva dá liberdade necessária para ações em todos os níveis de organização social.

O terceiro conceito apresenta saúde como um estado dinâmico do ser. Outro ponto abordado nesta definição é o aspecto espiritual, que influencia a vida dos indivíduos. Mais ainda, é apresentada a saúde como um estado de completo bem estar, o que é difícil para qualquer pessoa alcançar, pois o ser humano age de forma dinâmica.

A pessoa humana se projeta, de fato, na sua unitariedade psicofísica como uma realidade determinada pelas circunstâncias ambientais, sociais e econômicas. A liberdade da pessoa, o lugar em que vive e trabalha, o grau de socialidade e ética do ambiente são todos elementos que incidem sobre a qualidade do desenvolvimento da pessoa e, portanto, sobre a sua saúde, que se entende como o equilíbrio psicofísico.

Nesta conjuntura, Capra (2011), distingue enfermidade e doença, relacionando a primeira à totalidade do ser humano, enquanto a segunda seria uma condição de uma determinada parte do corpo. Esta interpretação, conforme Vicini (2006), é diferente daquela que considera: doença como um fenômeno que diz respeito não ao ser humano como um todo, mas a alguma parte de seu corpo afetada por um evento que a prejudica. Por isso:

De acordo com o ponto de vista biomédico, não existe enfermidade, não havendo, assim, nenhuma justificção para o cuidado médico quando não são encontradas alterações estruturais ou bioquímicas características de uma doença específica. Mas a experiência clínica tem demonstrado que uma pessoa pode estar enferma mesmo sem apresentar qualquer doença. Metade das consultas ao médico é de pessoas com queixas que não podem ser associadas a qualquer distúrbio fisiológico (CAPRA, 2011; p.144).

Por isso, na visão de Vicini (2006), a doença é um distúrbio definido pela biomedicina como etiologia, diagnóstico, prognóstico e procedimentos terapêuticos reconhecidos por ela e que não afeta o indivíduo em sua totalidade. Por outro lado, a enfermidade é entendida como qualquer tipo de mal estar não redutível a uma doença específica e que afeta o indivíduo como um todo. Nesta circunstância, observa-se que

existem muitos estados de enfermidades não reconhecidos pela medicina por não aparecer com um sintoma claro de alguma doença oficialmente definida.

Na visão holística, a doença é vista como uma consequência do desequilíbrio e da desarmonia decorrentes da falta de integração da pessoa, especialmente na doença mental, pois um organismo que, além de manter sua autonomia, não sabe integrar-se nos vários sistemas que compõem seu meio ambiente, não pode ser saudável (CAPRA, 2011). Por exemplo, esta noção de doença como desequilíbrio pode ser entendida quando analisada à luz do conceito de estresse, que consiste justamente em um desequilíbrio do organismo em resposta a influências ambientais (VICINI, 2006).

Com base nos argumentos encontrados por Vicini (2006), a doença é vista como uma representação que os grupos sociais constroem com relação a eventos, sejam eles físicos, psíquicos, sociais ou de outras dimensões, que afetam a saúde dos indivíduos. Estas representações têm diferentes significados ou se apóiam em crenças e estão relacionadas com diferentes normas de conduta, para diferentes grupos de pessoas ou diferentes culturas, podendo ter conotação absolutamente negativa ou positiva.

A partir de Capra (2011), pode-se observar uma crítica à visão mecanicista cartesiana do universo, a qual gerou, no ocidente, uma visão igualmente mecanicista da vida: o ser humano é um agregado de peças com funções específicas, embora inter-relacionadas, cujo funcionamento é apreendido pelo estudo detalhado de cada uma separadamente e é mantido, e eventualmente recuperado, por médicos especialistas que se esmeram em aplicar as descobertas de seus princípios bioquímicos, intervindo com drogas e aplicando as mais modernas tecnologias dos vários campos científicos aos mais variados tipos de operações invasivas no corpo humano.

Baseado neste entendimento, Vicini (2006), comenta que a saúde seria a consequência de uma ação especializada sobre o corpo doente, fornecida por um sistema de saúde também especializado e capaz de prover todas as drogas e as intervenções tecnológicas disponíveis.

Conforme Capra (2011, p.44), a partir das revoluções conceituais pelas quais a física moderna passou, o mundo vem a ser percebido além desta conotação mecanicista cartesiana, passando a ser visto como um todo orgânico e ecológico de uma forma que “mostra grandes semelhanças com as visões dos místicos de todas as épocas e tradições”, apresentando-se agora, como “um todo harmonioso e indivisível, uma rede de relações dinâmicas que incluem o observador humano e sua consciência de um modo essencial”.

Com base neste argumento e a partir do entendimento de Vicini (2006), pode-se entender que a doença decorre de vários tipos de desordens, que podem se manifestar em vários níveis do organismo ou em suas variadas interações com o meio. A saúde se manifesta também em diferentes níveis interdependentes entre si: o individual, o social e o ecológico. Na visão de Capra (2011, p. 315-316), a saúde é um processo contínuo e não um estado estático de bem estar, este afirma que:

O conceito sistêmico de saúde subentende atividades e mudanças contínuas, refletindo a resposta criativa do organismo aos desafios ambientais. Então o que não é saudável para o indivíduo tampouco é saudável, geralmente, para a sociedade e para o ecossistema global.

Por isso, o Naturólogo propõe-se a ter uma visão ampliada do processo saúde-doença, considerando o indivíduo tratado como “interagente”, e não paciente, pois este participa ativamente do processo de cura, através de reflexões sobre o contexto saúde-doença em que se encontra e, também, de mudanças de hábitos e comportamentos. Esse profissional trabalha com uma perspectiva do cuidado humanizado, da escuta acolhedora, do desenvolvimento do vínculo terapêutico e preconiza a autonomia do sujeito (RODRIGUES; HELLMANN; SANCHES, 2009). Desta forma, a Naturologia busca uma visão ampliada de saúde que preza pela qualidade de vida e a relação entre o ser humano e o ambiente em que vive (RODRIGUES; HELLMANN; SANCHES, 2011).

Desta maneira, a concepção da Naturologia sobre saúde pode ser entendida na perspectiva da salutogênese um termo cunhado por Aaron Antonovsky e defendido por

Azevedo (2006), por ser um modelo biopsicossocial de compreensão da saúde que tem como ponto central o estudo das condições através das quais as pessoas se tornam e permanecem saudáveis. Nesta perspectiva, a promoção da saúde torna-se integral, vista a partir de seus componentes físicos, psíquicos e sociais. O olhar em direção à saúde, ao invés da doença, tem conduzido ao desenvolvimento de um novo conceito de modo de vida e de saúde. A ênfase é o suporte à manutenção da saúde. A salutogênese é compreendida em contraste ao modelo da patogênese, cuja questão central é a doença. Nessa conjuntura, o papel das PIC e do medicamento é totalmente reformulado e o paciente, no caso da Naturologia, interagente, é estimulado a tornar-se um ator social ativo no processo de restabelecimento e manutenção da sua saúde.

No contexto desta pesquisa, é importante entender o que significa a visão holística que serve de fundamento para utilização das PIC após a discussão da abordagem mecanicista. Sabe-se que o verbete “holístico” vem de *holon*, termo grego que significa o todo. Segundo Weil, D’ Ambrosio e Crema (1993, p.39), esta palavra foi forjada, primeiramente, por Jan Christian Smuts para indicar “uma força responsável por todos os conjuntos do universo” e, de acordo com Capra (2011), Arthur Koestler, utilizou a palavra *holons* em teoria de sistemas para denominar os subsistemas de um sistema: cada subsistema é, simultaneamente, um todo em si e uma parte de um todo maior, manifestando duas tendências opostas e complementares: de integração no sistema e de autoafirmação como um todo autônomo individual.

Deste modo, para Vicini (2006, p. 44), a palavra holístico expressa “o movimento de superação da divisão da natureza em partes mecanicamente integradas, promovida ao excesso pela visão cartesiana de mundo”. Capra considera a esse respeito que:

Quando os cientistas reduzem um todo a seus constituintes fundamentais sejam eles células, genes ou partículas fundamentais e tentam explicar todos os fenômenos em função desses elementos, eles perdem a capacidade de entender as atividades coordenadoras do sistema como um todo (CAPRA, 2011, p.107).

Mas ao lado do modelo biomédico veio também marcando presença, o modelo da chamada saúde coletiva, que conforme Nunes (1994) surgiu em nosso país a partir da segunda metade dos anos 1950, com a instauração de um projeto preventivista latino-americano, o qual teria influenciado a prática médica por meio de programas fora dos hospitais, enfatizando a medicina da família e a medicina comunitária. Posteriormente, com a sistematização, na década de 1970, de um novo campo de saber, chamado de medicina social, procurando responder a novas problemáticas no campo da saúde (acidentes de trabalho, doenças crônico-degenerativas) por meio da focalização das relações entre o biológico e o psicossocial como objeto de estudo.

Desta forma, entende-se que há diferentes crenças sobre saúde todas refletindo a necessidade que o ser humano tem de explicar o que ocorre consigo mesmo, quando doente e de justificar as práticas de saúde que o meio social propõe e que ele decide abraçar.

Vicini (2006), explica que os movimentos preventivistas conseguiram introduzir novos hábitos de higiene e prevenção nas populações, para combater os riscos de infecção, assim como estabeleceram políticas correspondentes de saúde pública, que visam à prevenção primária das doenças e à promoção da saúde. Estes têm por base a concepção elástica de saúde na qual ela é vista como uma acumulação de capacidade de resistência a agressões potenciais.

Estas políticas de saúde fundamentam-se na crença dos indivíduos, pontuando que a prevenção primária das doenças de pessoas idosas ou adultas não costuma ter caráter coercitivo, como acontece com medidas de prevenção dirigidas às crianças. Já a promoção da saúde, tem como objetivo principal, favorecer a adoção espontânea de hábitos saudáveis ou estilos saudáveis de vida (VICINI, 2006).

É lógico assumir que estas políticas de saúde são boas para todas as pessoas, quer porque evitam os sofrimentos da doença, quer porque suas práticas são geralmente mais baratas que qualquer intervenção de tipo secundário ou terciário. Se fossem colocadas em prática, as pessoas aprenderiam a prevenir as doenças e a se manter durante o maior tempo possível em condições saudáveis por meio de bons hábitos de

vida. Mas por outro lado, algumas pessoas aceitam de bom grado, ou até procuram colocar em prática, orientações de prevenção primária, evitando os riscos de doenças advindos de hábitos de vida nocivos, chegando a investir seus poucos recursos no aprendizado de métodos naturais de prevenção de doenças e de manutenção da saúde. Outras, ao contrário, não querem ou, mesmo querendo, não conseguem se livrar de maus hábitos.

Por outro lado, na China, se observa legiões de pessoas idosas que procuram os parques das cidades toda manhã bem cedo para praticar exercícios e ginásticas terapêuticas, o mesmo vem ocorrendo com algumas parcelas das populações ocidentais, que nas últimas décadas foram sensibilizadas sobre o benefício destas práticas (VICINI, 2006).

6.2 FORMAS DE CUIDADOS DE SAÚDE

Para se entender as formas de cuidados à saúde é necessário elucidar que existem diferentes sistemas médicos. A Medicina Ocidental Contemporânea, Biomedicina ou Medicina Alopática são as práticas terapêuticas mais difundidas na sociedade brasileira. Outras racionalidades médicas existentes possuem cada qual uma visão de homem específica, que inclui anatomia, fisiologia humana, princípios explicativos das teorias dos processos de saúde-doença, sistema de diagnóstico e tratamento. Nesse exemplo, pode-se dizer que, para além da Medicina Ocidental Contemporânea, existem outros sistemas médicos complexos, como a MTC e a MTA (LUZ, 1995).

Para a OMS, o termo MT é a designação para um sistema médico complexo, coerente entre si e advindo de uma tradição/cultura de um determinado povo. As MAC são diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da medicina convencional (WHO, 2002). Por isso, no Brasil, Luz, Barros, Tesser e outros autores discutem as implicações, características, potencialidades e limitações dessas MAC e Medicinas Tradicionais.

Em nosso país, no início da década de 90, Luz produziu uma matriz de análise das formas de cuidado à saúde útil para a consideração desse conjunto. Cunhou assim, o termo “racionalidade médica”, construída como um tipo ideal weberiano, definida como

um conjunto estruturado e coerente de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa dos adoecimentos, sua origem e cura), embasadas em uma cosmologia implícita, explícita ou parcialmente explícita (LUZ, 1995; TESSER; BARROS, 2008).

O estudo de sistemas de cuidado por meio dessas dimensões permitiu distinguir entre sistemas médicos complexos (racionalidades médicas), como a biomedicina, a MTA ou a MTC e Homeopatia, de outras terapias ou métodos de diagnósticos, como a Iridologia, Florais, Cromoterapia, Arteterapia, Reiki, entre outros (LUZ, 2000).

Com base nestas informações e de acordo com a OMS, entende-se que nas medicinas alternativas e complementares existem práticas que podem estar ou não afiliadas a uma racionalidade médica e podem, ainda, estar inseridas em uma matriz histórico-cultural e ou tradicional mais ampla, como as medicinas tradicionais da China ou da Índia, por exemplo, identificadas então como medicinas tradicionais (WHO 2002).

As racionalidades médicas das MTC e MTA possuem um paradigma bioenergético ou vitalista explícito baseado nas cinco dimensões e têm como objeto de intervenção o indivíduo e como objetivo restabelecer, manter ou expandir a saúde. (LUZ, 1995; TESSER; LUZ, 2008).

A MTC é considerada uma das medicinas mais antigas do Oriente. Fundamenta-se em um arcabouço teórico que compreende a inter-relação do homem com o ambiente, compreendendo-o nas teorias dos cinco elementos da natureza (madeira, fogo, terra, metal e água) e das energias *yin* e *yang*. Exercícios físicos, dietoterapia, massagem, fitoterapia, reflexoterapia, Tai Chi Chuan, são alguns dos tratamentos utilizados para a ampliação, manutenção e recuperação da saúde, mas é a acupuntura o tratamento mais conhecido no ocidente como parte desta medicina tradicional (LUZ, 1993b).

A medicina tradicional indiana, ou Medicina Ayurvédica, considera que o corpo humano, assim como todo o universo, são formados por manifestações de cinco elementos (éter, ar, fogo, água e terra), os quais devem se manifestar em equilíbrio,

juntamente com os três doshas (*Vata, Pita, Kapha*). Os tratamentos baseiam-se na alimentação, exercícios físicos e mentais, como o Yoga, desintoxicação orgânica, plantas medicinais, massagem com pó de ervas e óleos medicinais, meditação e técnicas de respiração (MARQUES, 1993).

Ao compreender o que é MT, é necessário, segundo Rodrigues (2008), saber que o termo MAC é usualmente utilizado para descrever todas as práticas médicas que não a medicina alopática e as medicinas tradicionais, como são o exemplo da Homeopatia e da Medicina Antroposófica. Os sistemas de tratamento citados anteriormente (MT, MAC e outras práticas complementares), são denominados de PIC pelo Ministério da Saúde no Brasil (BRASIL, 2006a).

Segundo Rodrigues, Hellmann e Sanches (2011), existem outras práticas terapêuticas complementares que não pertencem ao sistema de tratamento das medicinas tradicionais, como a terapia com argila (Geoterapia), terapia com água (Hidroterapia), Florais, terapia com as cores (Cromoterapia), com aromas (Aromaterapia), com a arte (Arteterapia) e com os sons e música (Musicoterapia). Porém, estas possuem os mesmos princípios no que tange a visão de homem e de mundo, visando à expansão, recuperação e manutenção da saúde.

É pertinente apontar algumas características da racionalidade médica da Biomedicina, para melhor fundamentar essa discussão sobre formas de cuidado. Nessa racionalidade, em relação à diagnose, percebe-se uma busca exacerbada pela identificação precisa e específica da patologia, sendo esta geralmente encarada como uni-causal e atribuída a micro-organismos patogênicos. É voltada aos aspectos biológicos e a combater as possíveis causas biológicas das doenças, assim outros fatores como os aspectos emocionais, sociais, mentais, ambientais são minimamente considerados (CAMARGO JÚNIOR, 1993, 2005).

Para Capra (2011), a teoria microbiana de Pasteur resultou numa ênfase excessiva sobre a capacidade dos micro-organismos de gerarem doenças, única causa versus multicausação de fatores individuais, físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais. Esta forma de pensar levou a medicina ocidental a considerar que a doença é consequência de um ataque externo e não um distúrbio do próprio organismo. Esse

fato levou à produção de uma gama enorme de medicamentos que podem apresentar efeitos de iatrogenia, via receita médica ou automedicação.

O diagnóstico, que é dependente de alta tecnologia e com custos elevados, passou a ser mais importante que a própria terapêutica, uma vez que é necessária a identificação precisa da patologia para que a conduta terapêutica seja eficaz. A doença é entendida como inimiga do indivíduo doente e a intervenção é baseada em fármacos e cirurgias com o objetivo de extingui-la. Exemplos clássicos disso são a retirada de órgãos, vísceras e tumores, transplantes de órgãos, a utilização desenfreada de medicamentos como os antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios (CAMARGO JÚNIOR, 1993, 2005; LUZ, 1995; SILVA, 2008a; CAPRA, 2011).

Nesse modelo, o objeto de intervenção é a doença e o objetivo da terapêutica é combater e eliminar patologias, de tal forma que essa racionalidade é também chamada de medicina das doenças. (LUZ, 1995; CAMARGO JÚNIOR, 2005). A saúde, em contrapartida, é entendida como ausência de doenças em uma perspectiva dual, oposicionista e belicosa entre o que é considerado normal e o que é considerado patológico (LUZ, 1995; CANGUILHEM, 2002).

Para Luz (1996a), a medicina alopática, que ela denomina de medicina ocidental contemporânea, passou a partir da segunda metade do século XX por três cisões: entre a ciência médica e a arte de curar, entre a diagnose e a terapêutica e entre o médico e o paciente.

Devido a essas características do modelo Biomédico há um interesse crescente, pela sociedade ocidental em geral e por profissionais da área da saúde, por outros tipos de medicinas ou terapias, definidas como racionalidades médicas e terapêuticas complementares (LUZ, 1995, 2005; TESSER; BARROS, 2008).

A saúde, nesses modelos, é abordada a partir de uma concepção ampliada em relação ao modelo biomédico, tendo caráter multidimensional, podendo ser compreendida como um estado dinâmico de bem-estar físico, mental, emocional, espiritual, ambiental, social. Em relação à doença, essa é considerada uma ruptura do equilíbrio interno (microuniverso) relacional com o ambiente (macrocosmo) natural e

social. (LUZ, 1993a; MARQUES, 1993; LUZ, 1995). O tratamento é baseado na constituição do indivíduo, compreendido em sua integralidade, multidimensionalidade e singularidade e tem como objetivo o restabelecimento da saúde (LUZ, 1993a; RODRIGUES, 2007; RODRIGUES; HELLMANN; SANCHES, 2009).

Através dos conceitos de racionalidades médicas observa-se que o sistema de saúde brasileiro passou nas duas últimas décadas, por profundas transformações em suas constituições política, jurídica e organizacional com expressiva expansão da assistência médica oferecida à população. Estas transformações têm possibilitado a implementação de propostas inovadoras na gestão dos serviços de saúde, entre as quais se destaca a inclusão das terapêuticas tradicionais. E com o desenvolvimento do SUS, prima-se por um olhar integral sobre o indivíduo e o coletivo de maneira equânime (HELLMANN, 2009).

De fato, foi no começo da década de 1980 que, em nosso país, segundo Vicini (2006), começou a se divulgar antes em espaços para iniciados e, posteriormente, em lugares cada vez mais públicos e midiáticos, o conjunto das medicinas tradicionais e populares. Está nítida, hoje, esta crescente incorporação de sistemas terapêuticos que incluem as PIC nos serviços públicos de saúde. Esta ação tem sido entendida pelos formuladores de políticas como uma das formas de garantir a universalização da assistência médica, por meio da garantia de escolha do usuário pela forma de seu tratamento. Tal ato significa assegurar ao usuário o exercício da cidadania.

Observa-se, hoje em dia, a importância das PIC, que pode ser medida pelo número de programas televisivos a elas dedicados, pela quantidade de revistas, jornais e boletins vendidos em bancas de jornal ou distribuídos gratuitamente em espaços terapêuticos, pelas páginas da internet sobre esse tema que podem ser acessados gratuitamente e pelo aumento de profissionais e serviços terapêuticos que as disponibilizam.

De acordo com Camargo Jr. (1994), ao serem introduzidas algumas mudanças nos modelos propostos de serviços de saúde se está, ao mesmo tempo, tratando de representações e interesses corporativos da racionalidade médica dominante, que

tendem, por exemplo, à priorização da especialização e da tecnologia, com reificação da intervenção farmacológica para resolução dos problemas de saúde.

Tomando como base o conceito de racionalidade médica formulado por Luz (1996b), é possível apontar a forma como vem ocorrendo a incorporação de práticas terapêuticas não convencionais nos espaços institucionais públicos, a qual pode apresentar pontos semelhantes ou mesmo de interseção em sua formulação e implementação, quando comparadas com as formas tradicionais de tratamento.

Esta constatação está presente nos relatórios da primeira fase da pesquisa de Luz (1996b), quando esta afirma que, em termos teóricos, existem incoerências entre saber e prática, diagnose e terapêutica, doutrina médica e agir médico, nas diferentes racionalidades médicas citadas, independentemente do sistema médico utilizado e do seu paradigma terapêutico – biomedicina, homeopatia, MTC e MTA. O grande diferencial entre essas medicinas encontra-se, justamente, nas formas de tratar o sujeito doente, isto é, entre o que é considerado ciência médica (traço dominante da prática terapêutica da biomedicina – medicina científica) e a arte de curar (traço dominante das práticas terapêuticas ditas alternativas).

Além das racionalidades médicas, já referidas, serão destacados dois modelos que servirão para melhor entender o diferencial entre as formas de cuidado com a saúde, culturalmente constituídos. Busca-se em Leininger (1991) esta fundamentação por seus dois importantes conceitos que devem ser destacados, uma vez que, constituem-se numa das bases referenciais dessa pesquisa. Segundo Leininger (1991), existem dois sistemas de cuidados que interagem: o sistema de cuidado genérico (“folk” ou popular) e o sistema profissional de cuidados.

O sistema de cuidado genérico (“folk” ou popular) emerge de um conhecimento que não é transmitido oficialmente através de instituições formais de ensino. Abrange, portanto, todo o conhecimento que não é oficializado institucionalmente. Esse tipo de sistema ocorre desde o início da história humana na terra, através do cuidado dispensado às pessoas colaborando, assim, para sua sobrevivência.

Já o sistema de cuidado profissional de saúde é aquele que consiste no formalmente ensinado, o qual prevalece nas instituições profissionais. Esse sistema, para Leininger (1991, p.48) é: “O formalmente ensinado, aprendido e transmitido com preparo teórico e prático relativos à saúde, doenças, bem estar e preparados em instituições profissionais, normalmente com pessoal multidisciplinar para servir aos consumidores”.

Embora o sistema popular e o profissional de saúde apresentem características distintas é de suma importância uma maior aproximação entre ambos. Ao buscar um maior conhecimento acerca dos diferentes significados de ver e conceber a saúde e as PIC sob a ótica de diferentes culturas, se romperá com a tradição de um modelo biomédico de saúde que trata as pessoas uniformemente, a partir de suas doenças, não considerando suas diferenças culturais.

De acordo com Santos (2000), no contexto da atenção à saúde está presente a potencialidade das PIC que podem ser utilizadas na promoção da saúde com base na suposição de que suas racionalidades, saberes e técnicas portam verdades dignas de crédito. Mas nesta conjuntura aparece a primeira dificuldade simultaneamente epistemológica e política. A diferenciação entre ciência e senso comum, no desenvolvimento da modernidade, o que induz a ignorar, desprezar e desqualificar outras verdades que não as das ciências.

Nestas circunstâncias, os estudos do grupo de Luz (1996a, 2000; 2005) sobre as racionalidades médicas, as críticas de Feyerabend (1991), as crises das ciências por Santos (1982, 2000), as crises ecológicas do mundo e muitos outros fatores parecem sustentar que esta lógica de guerra e de desqualificação pode e deve ser substituída por uma atitude mais democrática, dialogal e sincrética, no espírito da complementariedade entre distintos saberes e ações em saúde. No dizer de Santos (1982), é necessária uma segunda ruptura epistemológica, agora com a própria ciência, para que esta reencontre o senso comum e as outras tradições num movimento de mútuo enriquecimento.

Segundo Feyerabend (1991), as tradições diferentes da tradição teórica hegemônica nas ciências foram e continuam sendo menosprezadas por questões econômicas, militares e políticas. Por isso, é necessário democratizar decisões e o

aprendizado de questões, inclusive na área da saúde, na qual há praticamente um monopólio de julgamento da ciência e seus especialistas sobre o que pode ou não ser considerado válido como forma de cuidado a ser oferecido às pessoas.

Acredita-se que, ao ignorar essa realidade cultural, os profissionais de saúde manterão um distanciamento do sistema popular, desconhecendo-o e cuidando das pessoas a partir de seus próprios valores pessoais e profissionais, causando, na maioria das vezes, conflitos entre os dois modos de ver o cuidado na saúde.

Ainda nesse sentido, Denardin (1999, p. 172) menciona que:

O distanciamento entre o que as pessoas até então desenvolvem em suas vidas e o que realmente é proposto para fazerem, na situação de doença, é, muitas vezes, a causa da não participação ou participação parcial no tratamento [...]. Isto tem demonstrado a necessidade de uma maior aproximação dos sistemas profissional e popular de saúde.

Conforme Tesser (2009), outra grande dificuldade é que, no Brasil, talvez não haja atores ou instituições bem estabelecidos e vinculados a outras racionalidades médicas ou tradições de cura em número significativo e ao mesmo tempo convergentes com o ideário do SUS e da promoção da saúde, para serem, de pronto, parceiros e referências sobre as PIC e outras racionalidades médicas, além de formadores de praticantes para sua oferta no SUS.

Portanto, estudar o cuidado popular de saúde que tem relação com as PIC e sua maior ou menor aproximação com o cuidado profissional é de suma importância para o desenvolvimento do saber cuidar dos profissionais que trabalham com práticas naturais.

Acrescenta-se a essa escassez, o já mencionado processo de mercantilização dos saberes, técnicas e práticas complementares, que transforma este universo, sobrevaloriza certos procedimentos e técnicas heterônomas, descontextualiza e alija ou mesmo exclui outros saberes e práticas, não raro justamente os mais convergentes com os valores da promoção da saúde (TESSER, 2009).

De acordo com Badke (2008), percebe-se que algumas pessoas têm falta de confiança para expor suas crenças, seus conhecimentos populares, enfim, de compartilhar conhecimentos adquiridos informalmente com medo de serem repreendidas pelos profissionais da área da saúde. Esses representam o conhecimento científico, aceito pela maioria como a única verdade, desconsiderando por completo a realidade sociocultural em que os sujeitos estão inseridos, pois, muitas vezes, o recurso terapêutico complementar é o único que está ao alcance do usuário naquele momento. Essa situação vai de encontro à fragilidade da relação médico-doente, pois existe um distanciamento entre o conhecimento científico e o saber popular, o que muitas vezes separa o médico do doente.

Isso ocorre, conforme Badke (2008), muitas vezes, porque o profissional está tão inserido no saber acadêmico, que não percebe nem valoriza os conhecimentos daqueles usuários. Grande parte dos profissionais desconhece essas práticas complementares de cuidados como, por exemplo, a utilização das plantas medicinais. Observa-se também o desconhecimento da realidade local o que dificulta o cuidado integral ao usuário dos serviços de saúde. Acredita-se que essa atitude seja devido ao pouco conhecimento desses profissionais sobre as terapias complementares de cuidado à saúde.

Tais dificuldades, segundo Tesser (2009), sugerem algumas diretrizes e estratégias para legitimação socioinstitucional dessas práticas, especialmente as inseridas em racionalidades médicas, na promoção da saúde no SUS. Há que diversificar o processo de validação e legitimação das práticas para além da ciência e da biomedicina: democratizar o tema e politizá-lo. A ciência pode ser um ponto de apoio para legitimação, não o único nem tampouco necessário sempre. Outros valores, além dos científicos, são desejáveis na promoção da saúde, bem como outros saberes de novas e antigas tradições não científicas ou ocidentais. A sociedade e os usuários podem decidir, via gestão democrática do SUS (Conselhos de Saúde) sobre a oferta e a legitimação de iniciativas de oferta das medicinas alternativas e complementares aos usuários. Isso significa, em certa medida, “desepistemologizar” a discussão, ou tirá-la do marco positivista restrito e ingênuo em que comumente se coloca.

Outra estratégia é fomentar ativamente, no SUS e na saúde coletiva, pesquisas, estudos, capacitação e oferta de saberes/técnicas presentes nas práticas complementares

e racionalidades médicas convergentes com os valores da promoção da saúde. Isso significa garimpar os praticantes, remanescentes e herdeiros destas práticas, tradições e racionalidades (TESSER, 2009). Tais herdeiros e PIC merecem preservação e fomento, pois podem contribuir na promoção da saúde no âmbito individual e grupal. A exploração dessas contribuições certamente significará, mesmo que de forma limitada, um incremento na promoção da saúde nos serviços do SUS.

6.3 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E SEU DESENVOLVIMENTO COMO POLÍTICAS NO BRASIL

Conforme Luz (2003), ao longo das décadas de 60 e intensificado nos anos 70 do século XX, observou-se nos Estados Unidos da América e no continente europeu um movimento social urbano denominado movimento de contracultura. No campo da saúde este movimento valorizou uma crescente busca por métodos terapêuticos de cuidado à saúde, denominados de alternativos e/ou complementares, diferente dos métodos da medicina ocidental contemporânea, pois o estilo da medicina naturista defende formas simplificadas e não invasivas no tratamento de doenças, bem como o consumo de medicamentos oriundos de produtos naturais.

O movimento de contracultura chegou à América Latina nos anos 70: a fitoterapia, a homeopatia, a medicina Chinesa e Ayurvédica passaram a ser vistas como formas mais naturais de tratar as doenças, estas últimas de acordo com uma interpretação e reapropriação cultural nos padrões ocidentais. De acordo com Luz (2003), o conteúdo paradigmático desse movimento estava em evidenciar que não se trata simplesmente de combater ou erradicar doenças, mas de incentivar a existência de cidadãos saudáveis.

Tal movimento, de cunho social urbano, ocorreu tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento o qual fomentou a introdução e o ressurgimento de medicinas tradicionais e outras Práticas Complementares de atenção à saúde, contraponto com a crise da saúde e da Biomedicina instalada no Ocidente (LUZ, 2005; SOUZA; LUZ, 2009).

Ainda na década de 70, a OMS começou a incentivar a utilização da MT nos países do Terceiro Mundo. Inicialmente, a recomendação da utilização desta forma de medicina se deu como valorização de outras formas de cura ou como uma estratégia de atender a demanda de locais onde não se dispunha de uma oferta adequada de serviços de saúde. Segundo dados da OMS, 80% da população mundial utiliza recursos terapêuticos complementares em benefício da saúde ou depende das medicinas tradicionais, para os quais o acesso aos serviços de saúde inexistente ou é insuficiente (WHO, 1978, 2002).

A valorização dessas práticas é recomendada pela OMS em seu documento “Estratégias da OMS sobre MT 2002-2005”, o qual reconhece o valor das MAC/MT e incentiva os países membros a utilizarem, pesquisarem e criarem políticas públicas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso (WHO, 2002).

A MT e MCA, presentes em documentos da OMS, contemplam sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos envolvendo abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Possuem ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados nessas abordagens incluem a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (WHO, 2002).

Segundo a OMS, estas compreendem diversas práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias que incluem plantas, animais e/ou medicamentos baseados em minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios, aplicados individualmente ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades (WHO, 2002).

De acordo Luz (1996b), as chamadas medicinas não convencionais vêm sendo frequentemente apontadas como práticas terapêuticas alternativas no tratamento dos indivíduos, sendo incorporadas progressivamente na organização de prestação de assistência médica à população. Luz (1996 b) ainda comenta que o baixo custo no

tratamento e a pouca efetividade da medicina convencional têm sido citados como os principais motivos da crescente inserção dessas práticas nos serviços públicos de saúde, sendo que a homeopatia é uma das práticas terapêuticas que mais se destacou nos últimos dez anos.

Conforme Pereira dos Santos (2008), a 31ª Assembleia da OMS, mais conhecida como Conferência de Alma Ata, realizada em 1978 na antiga União Soviética, se tornou um marco histórico quando seu diretor geral declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializada em resolver os problemas de saúde de dois terços da humanidade. Baseado nesta realidade, dirigiu um apelo aos governos de todos os países para a adoção de formas simplificadas de atenção médica junto às populações carentes no mundo inteiro, com incentivo também no campo de formação dos recursos humanos. Desde então, a OMS passou a recomendar a MT para a promoção de saúde, prevenção e o tratamento de doenças, sendo esta uma de suas diretrizes políticas para a proposição de “Saúde para todos no ano 2000”.

A partir deste momento, a OMS passou a promover a integração entre a MT e o sistema nacional de saúde de cada país membro, como também a estimular o uso racional desta medicina, através do desenvolvimento de técnicas e padrões internacionais na área de plantas medicinais e acupuntura, com a difusão de informações sobre suas várias formas de atuação (WHO, 1978).

Em 2002, a Assembleia de Saúde da Organização das Nações Unidas (ONU), na resolução WHO 42.43 (WHO, 2002), convocou os países membros para realizar uma avaliação dos seus sistemas de MT; desenvolver inventários sistemáticos de padrões pré-clínicos e clínicos do uso das plantas medicinais pelos curandeiros e pela população; introduzir medidas reguladoras e de controle dos produtos de plantas medicinais; restabelecer um sistema de padronização e identificar as plantas medicinais e os remédios delas derivados que tenham um critério de eficácia comprovada para serem incluídos nas indicações terapêuticas.

A OMS tem reafirmado sua proposta de facilitar o trabalho das autoridades nacionais na regulação do uso das plantas medicinais, bem como de contribuir para criar uma base comum de classificação das mesmas, no sentido de favorecer a transferência

cultural do conhecimento destas plantas entre as diversas partes do mundo (WHO, 2003b).

A Declaração de Alma Ata, em 1978, teve reflexos também no Brasil, pois se constituiu num marco referencial sobre os cuidados de saúde que se refletem nas ações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS). Foi a partir de então que o MS passou a desenvolver uma legislação específica sobre o tema e, a exemplo disso, temos a introdução da fitoterapia nos serviços de saúde (WHO, 1978; BRASIL, 2006b).

Em março de 1978, a Conferência Internacional sobre Conservação de plantas medicinais, convocada pela OMS e realizada em Chiang Mai, na Tailândia, adotou a Declaração de Chiang Mai, que foi intitulada “Salvem as Plantas que Salvam Vidas”, colocando as plantas medicinais, o seu uso racional e sustentável e sua conservação, no cenário político e de interesse da saúde pública (AKERELE, 1988).

As PIC entraram em discussão no Brasil segundo Rodrigues; Santos e Amaral (2006), pelo fato do país possuir não só a maior diversidade genética do mundo, mas também ampla tradição no uso de plantas medicinais, que está intrínseca ao conhecimento popular dos brasileiros, principalmente dos idosos que passam estas informações de geração a geração.

No Brasil, este tema tem sido discutido em diversas oportunidades, como na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, que trouxe entre suas recomendações a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida (BRASIL, 1986). Com vistas à viabilização dessa recomendação, algumas medidas foram tomadas, como a aprovação da Resolução 08/88 da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) que regulamentou a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde nas unidades federadas, condicionando o uso das plantas medicinais a estudos aprofundados numa abordagem fitotécnica, taxonômica, antropológica e química, sendo ressaltada a importância do uso de medicamentos fitoterápicos seguros e eficazes (BRASIL, 1988).

Em setembro de 1996, em Brasília, a 10ª Conferência Nacional de Saúde que incluiu entre as suas deliberações “incorporar no SUS, em todo país, as terapias alternativas e práticas populares”. Incentivou, ainda, a fitoterapia e a homeopatia na assistência farmacêutica pública, propondo o emprego de normas para a sua utilização após ampla discussão com os profissionais de saúde e especialistas (ELDIN; DUNFORD, 2001). Esta deliberou que:

[...] o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na Assistência Farmacêutica Pública e elaborar normas para a sua utilização, amplamente discutida com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares (BRASIL, 1998a, 85 p).

Posteriormente, foi criada a Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos (CONAFIT) pelo MS (BRASIL, 1998b). Em 2001, foi elaborada a proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, amplamente discutida nos Seminários Nacionais de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e de Assistência Farmacêutica realizados em dezembro de 2002 e agosto de 2003 (BRASIL, 2003). Entre os objetivos definidos nesta proposta está o de garantir a segurança, eficácia e qualidade das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos.

Em 2005, o MS aprovou a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC), que determinou o estímulo e a implantação dos programas de Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura nos serviços de saúde pública. Esta tinha como finalidade buscar a melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens, a fim de tornar disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS imprimindo-lhes a necessária segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade à saúde no Brasil, tendo funcionado, como uma etapa preparatória na elaboração da PNPIC (BRASIL, 2005).

Ainda no ano de 2005, o MS fez um levantamento em todos os municípios brasileiros, no qual identificou a presença da fitoterapia em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas (BRASIL, 2006b). Constatou, ainda, a existência

de programas estaduais e municipais de fitoterapia, alguns implementados há mais de 10 anos.

Um levantamento realizado pelo MS, em 2004, junto aos estados e municípios, demonstrou a estruturação de algumas dessas práticas em 232 municípios, dentre esses, 19 capitais, num total de 26 estados. A amostra foi considerada satisfatória no cálculo de significância estatística para um diagnóstico nacional. Algumas dessas MAC/MT, denominadas no Brasil por PIC, foram reconhecidas e aprovadas no SUS, no ano de 2006 (BRASIL, 2006a).

Mais recentemente, considerando o estímulo da OMS ao uso da MT e da MCA, como também a presença dessas práticas nos serviços de saúde de algumas regiões do Brasil, o MS aprovou, em 2006, a PNPIC. Que representa o mais recente instrumento de normatização que visa a orientar e a potencializar as iniciativas de saúde: A PNPIC no SUS, foi instituída pela Portaria do MS nº 971/06 de 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006a).

Esta política atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização de PIC no âmbito do SUS. Ela define que os órgãos e entidades do MS, cujas ações se relacionam com o tema devem promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades estabelecidas por esta portaria (BRASIL, 2006a).

Recomenda ainda a implantação e/ou implementação das ações e serviços relativos às PIC de algumas áreas terapêuticas como: as plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, MTC/acupuntura, termalismo social/crenoterapia e a Medicina Antroposófica pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2006a).

Os objetivos da Portaria 971 são os de incorporar e implementar as PIC no SUS, na perspectiva da prevenção dos agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. Além de contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às PIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, busca

promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades. Procura, ainda, estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006a). Em estudo realizado dois anos após sua publicação, observou-se um aumento na oferta e ampliação dessas práticas na atenção básica no SUS (DE SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008).

Antes, a OMS e outras políticas nacionais e locais já davam o aval oficial para algumas PIC nos serviços de saúde. Como já foi citado acima, por exemplo, a PMNPC, que determinou o estímulo e a implantação dos programas de Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura nos serviços de saúde pública, funcionando como uma etapa preparatória.

A Portaria 971 do MS entende que a abordagem da fitoterapia e das plantas medicinais incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A crenoterapia consiste na indicação e uso das águas minerais com finalidade terapêutica, atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde (BRASIL, 2006a).

Outro marco importante para o Brasil na área das PIC, mas especificamente na área das plantas medicinais e fitoterápicos é a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF), aprovada por meio do Decreto lei nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que é fruto de uma ação interministerial com a participação de oito ministérios e duas instituições com o objetivo de organizar e sistematizar, a nível nacional, a produção, pesquisa e o uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos. Participaram na elaboração dessa política os Ministérios da Saúde; do Meio Ambiente; da Integração Nacional; da Ciência e Tecnologia; do Desenvolvimento Agrário; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, como também a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Fundação Oswaldo Cruz (BRASIL, 2006c).

A PNPMF estabelece diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações voltadas a garantir o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos no país, o desenvolvimento de tecnologias e inovações, o fortalecimento da produção, o uso sustentável da biodiversidade brasileira e o desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde (BRASIL, 2006 c). Ao lado disto, prevê a inclusão de plantas medicinais e dos fitoterápicos na lista de medicamentos da Farmácia Popular. A sua implementação no âmbito do SUS é preconizada em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela PNPIC.

De acordo com a PNPMF fitoterapia é uma terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. Fitoterápico é um medicamento obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. Sua eficácia e segurança são validadas através de levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentações tecnocientíficas em publicações ou ensaios clínicos. Não se considera medicamento fitoterápico aquele que na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem (BRASIL, 2004). Planta medicinal, por sua vez, é uma espécie de vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos (WHO, 2003b). Chama-se planta fresca aquela coletada no momento de uso e planta seca a que foi precedida de secagem, equivalendo à droga vegetal.

6.4 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, AS RACIONALIDADES MÉDICAS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

As PIC, desde as antigas até as mais recentes, afiliadas ou não a racionalidades médicas, conforme Tesser (2009) se dedicam eminentemente ao cuidado da saúde dos indivíduos, localizando-se no polo individual do primeiro eixo. Este se refere, a um polo, que foca a ação da promoção da saúde nos indivíduos, na reorientação de hábitos e comportamentos, desenvolvimento de “habilidades pessoais” e de estilos de vida saudáveis, envolvendo componentes educativos e sob o controle maior dos indivíduos, como por exemplo, o hábito de fumar e atividades físicas e dietéticas. Pela abordagem

biomédica dos riscos, a promoção da saúde individual e o “estilo de vida saudável” vêm-se apresentando como meios importantes para a promoção da saúde.

Apesar do discurso versus prática ser muito criticável, em Castiel e Diaz (2007), por se acreditar que a maior parte dos projetos, intervenções, tecnologias e pesquisas da biomedicina ligadas ao campo da promoção da saúde e da prevenção de doenças dirijam-se ao polo do primeiro eixo, dominando a formação profissional na saúde e a ação dos profissionais no SUS.

No outro polo deste primeiro eixo também está a ênfase no campo social. Este polo, para Buss (2000; 2003), é o que caracteriza ou deve caracterizar a promoção da saúde modernamente. A ênfase na determinação social da saúde-doença leva a ações institucionais, intersetoriais, políticas e culturais que visam o *empowerment* pessoal e coletivo, participação social e política, solidariedade, construção de ambientes saudáveis, combate a desigualdades, injustiças e iniquidades sociais, almejando mudanças sociopolíticas, culturais e de valores por uma sociedade mais justa, saudável e sustentável.

Embora, de acordo com Tesser (2009), seja defensável uma ênfase especial no polo social, especialmente no Brasil, é inevitável reconhecer que deve haver uma complementaridade entre esses polos, para que ações intersetoriais e políticas comuniquem-se melhor com o âmbito microssocial e com os indivíduos. Neste contexto, Carvalho (2005b) e Campos (2006) percebem que os sujeitos e sua subjetividade devem aparecer na promoção da saúde, que requer e se beneficia da ação voltada para os indivíduos e pequenos grupos, em que a atividade dos profissionais de saúde do SUS tem papel relevante e complementar a ações de maior escala e com outra dimensão.

Entretanto, segundo Freire Jr. (1993) e De Simoni (2005), é comum que essas racionalidades ofereçam práticas, valores e técnicas de promoção de saúde que se realizam também coletivamente em pequenos grupos que valorizam e fomentam a solidariedade, a troca entre os praticantes, o *empowerment* comunitário. As meditações, as massagens e automassagens, os exercícios psicofísicos ou energéticos, se bem voltados para o indivíduo, mostram repercussões positivas na sociabilidade, na

construção de redes de apoio social, na discussão da participação social e política. Não é por acaso que Tesser (2009) relata que profissionais do SUS envolvidos com atividades coletivas de tipos variados, inclusive usando técnicas complementares, não raro testemunham que os grupos costumam fomentar cidadãos mais atuantes e mesmo conselheiros locais de saúde. Portanto, é no polo individual e grupal, numa perspectiva relacional microssocial, que as PIC podem contribuir para a promoção da saúde.

Nesta conjuntura, Czeresnia (1999), Buss (2003), Sícoli e Nascimento (2003), Castiel e Diaz (2007) destacam que o polo social-coletivo é lembrado no discurso da saúde coletiva brasileira na esfera individual (desenvolvimento de habilidades pessoais), sendo mencionado apenas uma vez nas diretrizes da política nacional brasileira a respeito, constituindo apenas um dos cinco campos de atuação da promoção da Carta de Ottawa.

Tesser (2009), reporta que a noção de “indivíduo” é uma invenção recente da modernidade europeia, devendo se assim reconhecer que o cuidado com a saúde individual, no sentido voltado para a pessoa, é tradição comum das culturas. A concepção de pessoa pode ser mais relacional que o indivíduo moderno, mas isso não obscurece o fato de que baseadas nas pessoas e nas suas relações que as práticas tradicionais e suas racionalidades se desenvolveram. Inclusive, várias racionalidades médicas insistem em que o cuidado com a saúde é um meio para o objetivo final de realização enquanto ser humano (discurso também da promoção da saúde), concebendo um processo de transformação e realização pessoal como trajetória individual, ainda que seja para religar e reharmonizar o indivíduo com o cosmo, o mundo, os outros. Esse é o objetivo do caminho das práticas tradicionais do yoga ou do Tai Chi Chuan, inseridas nas racionalidades médicas tradicionais da Índia e da China.

Em relação ao segundo eixo proposto, este se refere, conforme Sícoli e Nascimento (2003), à questão intersetorialidade versus setorialidade. O discurso promocionista sanitário brasileiro tende ao polo intersetorial, priorizando a construção de projetos e ações político-institucionais intersetoriais, em que o setor saúde tem papel relativo ou pequeno. Já o segundo polo deste eixo, conforme Tesser (2009) leva a ação para o campo institucional e profissional da saúde. Claro que ambos os polos devem ser complementares, realizando coisas que cada um isoladamente não consegue, embora o

setor saúde tenha dificuldade em trabalhar articulado intersetorialmente, pois tradicionalmente opera autocentrado, voltado para doenças e sua prevenção e mais na dimensão individual.

Tesser (2009), explica que as PIC e as racionalidades médicas geralmente permanecem no setor saúde, embora por vezes essas práticas sejam inseridas numa secretaria de cultura ou esportes. Essas técnicas se dedicam a permanecer no campo individual e grupal numa ação de fortalecimento, estímulo ou resgate da saúde e de qualidade de vida, para além do tratamento dos adoecimentos.

Quanto ao terceiro eixo, este se refere, segundo Tesser (2009), a questões epistemológicas relativas aos problemas da conceituação da “saúde”. Ele apresenta em um de seus polos uma conceituação ampliada e positiva de saúde, multidisciplinar e centrada na determinação social do processo saúde-doença. Tal polo tende a desviar-se do terreno setorial da saúde, associando-se ao polo intersetorial do segundo eixo e ao polo social do primeiro. No outro polo deste eixo, de acordo Czeresnia (2003), encontramos a saúde como trabalhada hoje no setor saúde, capitaneado pela biomedicina e os saberes biomédicos, em que saúde é vista como a ausência de doença, a qual é definida e operacionalizada na prática clínica e sanitária. Conforme Tesser (2009) são mobilizados, então, conceitos e tecnologias da clínica e da saúde pública, que objetivam diminuir riscos, prevenir e tratar precocemente doenças específicas. Esse polo tende a aproximar a promoção da prevenção de doenças, do trabalho setorial e da dimensão individual. Se ele permite operacionalizar prevenções, tratamentos e promoções em algum grau, deve-se reconhecer que ele é restrito na promoção, padecendo de certo reducionismo biologicista já muito criticado. Sua ação é altamente desejável, mas parece ser um polo fraco na promoção da saúde, ainda que mais atuante na dimensão individual relacionada a doenças específicas e recentemente aos riscos, dominando a formação dos profissionais e sua prática no SUS.

Algumas racionalidades médicas vitalistas e suas práticas (homeopatia, MTC, MTA, pelo menos) estruturam-se e agem em termos de uma conceituação positiva de saúde (TESSER, 2009). Conforme Luz (1996 a), proporcionam técnicas, saberes e ações especificamente promotoras da saúde e, por vezes, integram com elas cuidados terapêuticos, estimulando potenciais de cura autóctones e fortalecendo a saúde. Isso é

permitido, por exemplo, pelo uso de noções como a de “princípio vital” (homeopatia), sopro ou energia vital (*chi*, dos chineses; *prana*, dos indianos), que interligam a pessoa interna e externamente, e de técnicas a elas relacionadas.

Por misteriosas que possam parecer tais noções para a biociência, no entendimento de Jianping (2001) e Tesser (2004), é imprescindível reconhecer que elas organizam de modo operacional a promoção e a terapêutica nessas outras racionalidades médicas, e que há aprendizado disciplinado e organizado para compreensão, percepção, treino e uso da “matéria prima” da saúde que é essa “energia vital”, para o cuidado e para a promoção da saúde, como na medicina chinesa. Essas racionalidades integram a noção positiva de saúde com promoção e cuidado terapêutico, missão difícil para os saberes/práticas científicos, partindo do indivíduo em relação (microsocial).

De acordo com Andrade (2006), várias racionalidades médicas, particularmente as tradicionais, mas também as PIC em geral, têm um potencial pedagógico relevante, incluindo aí um aspecto de autoconhecimento e crescimento pessoal. Elas se baseiam na experimentação individual e coletiva das práticas e cuidados, explorando com maior riqueza (em relação à biomedicina) as ressignificações e aprendizados advindos da experiência do adoecimento, do sofrimento e da revisão de valores comumente aí envolvidos. Na MTC, na yoga, em técnicas de meditação, por exemplo, os praticantes exemplificam pela prática pessoal do terapeuta a promoção da saúde. Neste caso, sua pedagogia é centrada na sua própria experiência e na experiência das pessoas, por vezes com estilos comunicativos e valores convergentes com o ideário da promoção da saúde.

De acordo com Tesser (2009), o fato envolvido no *empowerment*, transcende em parte a discussão acima ou independe dela, já que nas racionalidades médicas vitalistas existem arcabouços de saberes e práticas individuais de promoção da saúde num sentido estrito e literal de ampliação e reforço da saúde, por exemplo: na MTC, técnicas de harmonização, fortalecimento, desbloqueio e treino da energia vital, que não têm correspondência ao saber científico. Essas formas de cuidado esperam por pesquisa e exploração no âmbito do desenvolvimento de habilidades e capacidades pessoais, um dos cinco campos da promoção da saúde, de modo a contribuírem para seu enriquecimento.

Além disso, conforme Vasconcelos (2006), em algumas destas práticas e racionalidades médicas há uma valorização do autoconhecimento e uma comunicação mais fácil com valores espirituais das várias culturas, religiões e tradições dos usuários. Algumas já portam valores dessa natureza e possibilitam a incorporação e mobilização de aspectos espirituais, recentemente revalorizados no ambiente da saúde e desde sempre valorizados no seio das populações (ARRUDA; TURRINI, 2012).

De acordo com Freire Jr. (1993) e De Simoni (2005), algumas experiências clínicas e grupais no SUS, de profissionais, serviços isolados ou municípios, pouco sistematizadas têm revelado aos poucos essas potencialidades, como por exemplo, em Campinas (São Paulo), São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Belo Horizonte (Minas Gerais) e vários outros. Estes e outros serviços se abriram para práticas tão diversas como yoga, Tai Chi Chuan, Liang Gong, Reiki, toque terapêutico, grupos de relaxamento e meditação, homeopatia, acupuntura, biodança, automassagens, entre outras. Tais experiências vêm mostrando aceitação da oferta de PIC tanto no plano da promoção como no do tratamento pelos usuários do SUS, o que é coerente com a comum unanimidade local, municipal e nacional na manifestação política dos usuários nos Conselhos de Saúde brasileiros e nas Conferências de Saúde nos vários níveis de gestão, quanto ao desejo do oferecimento destas práticas e terapias pelo SUS (DE SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008; TESSER, 2009).

Quanto aos profissionais de saúde, estes têm mantido relações relativamente harmoniosas com as práticas complementares, particularmente com as de promoção da saúde, que suscitam menos disputas corporativas. Além disso, há crescente interesse dos profissionais por tais práticas e racionalidades, via de regra, nos serviços que tomam iniciativas de oferecer alguma PIC, ocorre colaboração dos profissionais, com uma apreciação positiva quanto à diversificação de espaços promotores que acabam sendo sempre também terapêuticos, sob vários pontos de vista (LUZ, 2000; BARROS, 2000, 2002; DAVIS-FLOYD; ST. JOHN, 2004; VASCONCELOS, 2006; SALLES, 2008).

Um exemplo recente pode ilustrar algumas potencialidades das MAC. Em um estudo realizado por De Simoni (2005), percebeu-se que a oferta disseminada de grupos de Lian Gong técnica com séries de exercícios físicos derivada da MTC por toda a rede de Centros de Saúde de Campinas gerou entusiasmada participação de usuários do SUS,

com avaliação positiva generalizada sobre sua eficácia clínica – empírica – e sobre o enriquecimento psicossocial dos participantes: a mobilização, a aceitação massiva, a melhora psicossocial e o empoderamento individual e microcoletivo de usuários com as mais diversas situações existenciais e problemas de saúde pôde ser observado.

Deste modo Tesser (2009), afirma que as PIC podem ser recursos úteis na promoção da saúde individual e grupal. Pois elas potencialmente ajudam a suprir uma falha estratégica na promoção da saúde no SUS, uma vez que a tradição dominante na ação educativa nos serviços de saúde é centrada na prevenção de doenças e controle de fatores de risco, sendo comum a pouca efetividade.

Existem, é claro, dificuldades implicadas nessas contribuições, envolvendo concepções diferentes, complementares ou alternativas, no tocante aos significados e orientações para as práticas. Essas dificuldades, porém, afligem mais os profissionais de saúde, cientistas e intelectuais do que os usuários e doentes, os quais, em geral, transitam sincreticamente pelos saberes, práticas, concepções e valores das várias medicinas e técnicas sem problemas relevantes, percorrendo diferentes itinerários terapêuticos e, porque não dizer, promotores de saúde, quando eles têm acesso (TESSER, 2009).

No entanto, o entendimento de Tesser (2009), é de que as racionalidades médicas e as práticas complementares não são uma panaceia da promoção da saúde individual, uma vez que estão em processo de cientificização, transformando-se em procedimentos especializados mais ou menos desligados de seu contexto cultural tradicional e de suas racionalidades originais, bem como dos valores solidários e “empoderadores” caros à promoção da saúde. Juntamente com um processo de mercantilização elas vêm sendo fragmentadas em técnicas isoladas e procedimentos no mercado alternativo/complementar e estão em transformação com a globalização.

6.5 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

De acordo com Geovanini (2011), muito se tem discutido acerca das PIC, no Brasil, uma vez que a situação de saúde no país aponta para um trabalho interdisciplinar e multidisciplinar, de uso de tecnologia simplificada e de baixo custo, tendo como foco

principal o autocuidado. Fundamentado nesta realidade é importante reconhecer que nada é dispensável, desde que respeitadas as questões éticas e legais e que tanto as tecnologias simplificadas, quanto as mais sofisticadas, sejam incentivadas e colocadas à disposição dos usuários uma vez que é direito do cidadão a liberdade de escolha. Além disso, é dever dos profissionais de saúde, estar receptivos, preparados e conscientes de que tudo tem seu lugar, seu momento e sua aplicabilidade, desde que para isto sejam observadas a coerência e a adequação necessária.

Atualmente, as mudanças econômicas, políticas e sociais que eclodiram pelo mundo afora, influenciaram não só na saúde das pessoas como também nos modelos de cuidado. Por isso, o uso terapêutico de recursos naturais utilizados no cuidado humano, que antes estavam situados às margens das instituições de saúde, hoje tenta legitimar-se nesse meio dominado pelas práticas alopáticas (ALVIM et al., 2004).

Silveira, Bandeirani e Arrais (2008) expõem que nas últimas décadas houve aumento significativo do interesse pelas terapêuticas naturais. Estas se expandiram globalmente e sua popularidade não foi intensificada somente nos países em desenvolvimento, mas também nos países onde a medicina convencional é predominante nos sistemas públicos de saúde (WHO, 2000).

A importação de antigos sistemas, como a MTC, a MTA e medicinas populares, como as Xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas, foi um evento histórico que chegou ao Brasil, além de outros países latino-americanos, durante a década de 80. Esse quadro apresentou repercussões na medicina, bem como, possibilitou a incorporação de outros sistemas como a Homeopatia, Medicina Chinesa, Medicina Ayurvédica e Antroposofia, as quais tiveram aceitação considerável da população, não apenas por sua eficiência, mas também por suas características específicas quanto à atenção e a escuta em terapêutica individualizada, estando o sujeito doente no centro da atividade terapêutica (LUZ, 2005).

Em meados de 1990, surgiram na Austrália, especialmente em universidades, programas de educação em Medicinas Tradicionais, Naturopatia e Terapias Naturais.

Existem aproximadamente 17 instituições que oferecem algum tipo de formação neste campo (WHO, 2003c).

No Brasil, em 1994, a Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde Doutor Bezerra de Menezes, de Curitiba, no Paraná, abriu o curso de Naturologia Aplicada em Terapias Naturistas. O graduado passou a ter habilitação em fitoterapia, acupuntura e naturopatia. A Universidade do Sul de Santa Catarina, em Palhoça, Santa Catarina, criou, em 1998, o bacharelado em Naturologia Aplicada, ofertando disciplinas de formação humana e técnica, como também diferentes pilares de conhecimento médico tradicional, tais como as MTC, MTA e Medicina Tradicional Xamânica. Em 2002, a Universidade Anhembi-Morumbi, em São Paulo, abriu a primeira turma do curso de Naturologia. A proposta deste curso é baseada na formação de um profissional multidisciplinar, capaz de atuar em programas de qualidade de vida, saúde integral e pesquisa; na aplicação de recursos naturais para promoção, manutenção e restabelecimento da saúde; e na busca do equilíbrio energético do indivíduo por meio de orientação e utilização das PIC (SILVA, 2008a).

O crescimento exponencial no uso de PIC no tratamento de várias doenças agudas e crônicas tem ocorrido de forma paralela ao progresso científico e tecnológico da medicina moderna ocidental, despertando assim interesse de usuários, pesquisadores, profissionais e gestores de serviços de saúde (SPADACIO et al., 2010).

As PIC se configuram como opções em potencial para o cuidado com a saúde, enquanto práticas terapêuticas, sendo evidente a ampliação do uso dessas terapias em alguns casos específicos como, por exemplo, para o câncer (SPADACIO; BARROS, 2008).

Estima-se que aproximadamente 80% da população mundial empregam frequentemente as medicinas indígenas ou tradicionais em suas necessidades primárias de saúde, especialmente aquelas que se utilizam de terapias que envolvem o uso de fitoterápicos (BAGETTA et al., 2010).

No Brasil, existem iniciativas do governo para valorização do conhecimento popular e da utilização de produtos naturais pela população em seus cuidados primários de saúde como o já citado, Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que tem como base os fundamentos da PNPMF e a PNPIC (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006c). Segundo Barros e Nunes (2006), as PIC no Brasil são norteadas pelo pensamento de que uma forma de medicina não é oposta ou contrária a outra.

Entende-se, que existem diversas terapias naturais ou PIC como: massoterapia, acupressura, quiropraxia, shiatsu, trofoterapia, fitoterapia, florais, reflexoterapia, imposição das mãos (toque terapêutico, Reiki), musicoterapia, gemoterapia, cromoterapia, aromaterapia, geoterapia, hidroterapia, talassoterapia, arteterapia, bem como, as terapias da medicina antroposófica e das MTC e MTA, entre outras.

Conforme Vicini (2006), são reconhecidas por um grande número de pessoas pelo termo de práticas alternativas, este entendimento se deve por considerarem estas terapêuticas como uma abordagem alternativa a medicina. Alguns ainda preferem chamá-las de práticas complementares, indicando que poderiam ser um complemento ao tratamento alopático.

Ressalva-se com base em Rodrigues (2008), que o termo “alternativo” não é considerado como o vocábulo mais correto para designar tais práticas, uma vez que as mesmas não têm como objetivo substituir nenhum outro sistema ou racionalidade médica. Por outro lado, entende-se que a denominação “complementar” é a mais adequada, uma vez que os modelos de atenção em questão podem ser praticados em conjunto com outros modelos, inclusive com o modelo médico vigente em nossa sociedade.

A MTC é um sistema médico integral, originado há milhares de anos na china. Conforme Maciocia (2007) tem como fundamento que a doença surge devido a desequilíbrios nos aspectos *yin* e *yang* dos padrões do fluxo de energia vital (*chi*) dos dez órgãos e vísceras (*zang-fu*) do corpo que estão relacionados aos cinco elementos ou movimentos. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Para a

manutenção da saúde é necessário o equilíbrio dos movimentos *yin* e *yang* do *chi*. Segundo Reyner (2005) o *chi* é uma energia universal primeva, que flui pelo corpo numa sequência ordenada, ao longo dos meridianos. Emprega como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, moxa ou moxabustão, ventosas, práticas corporais e mentais).

A acupuntura é um recurso terapêutico da MTC, de acordo com Souza (2007) é utilizada para tratamento de desequilíbrios energéticos, funcionais e orgânicos. É um método terapêutico antigo, utilizado há aproximadamente 5000 anos no oriente que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano. Pode ser usada de forma isolada ou integrada com outros recursos terapêuticos. Permite o estímulo preciso de locais anatômicos na pele, denominados meridianos, por meio da inserção de finas agulhas metálicas para proteção, restauração e promoção da saúde. Os chineses, ao longo destes milhares de anos, descreveram cerca de 1.000 pontos de acupuntura, dos quais 365 foram classificados em 14 grupos principais.

A Medicina Antroposófica conforme Moraes (2007) é uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Nesta medicina a visão do corpo contempla quatro organizações (eu, anímico, vital e físico) e três sistemas orgânicos funcionais (neuro-sensorial, rítmico e metabólico-motor). Entre os recursos terapêuticos estes respondem a terapias diversas, tais como banhos, massagens, terapia artística, terapia-biográfica, na abordagem médica destaca-se diferentes farmacopeias que são compreendidas, tais como: o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica à base de dinamizados, estes já reconhecidos oficialmente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ela é praticada em cerca de 80 países, há quase um século e no Brasil, atuam cerca de 1,5 mil médicos antroposóficos em oito estados. Está presente nos serviços públicos das cidades de Belo Horizonte e São João Del Rei, em Minas Gerais (BRASIL, 2009).

A Homeopatia é um sistema médico complexo, de caráter holístico, conforme Batello (2002) é baseada no princípio vitalista. Hipócrates já no século IV antes de Cristo enunciou o princípio dos semelhantes depois essa lei foi emitida por Samuel Hahnemann, médico alemão, criador da Homeopatia, no século XVIII. Por isso, este método terapêutico esta baseado na aplicação de uma lei farmacológica denominada Lei das Semelhanças ou princípio de similitude.

Em 1790, ao realizar a tradução da matéria médica de William Cullen, Hahnemann discordou de suas explicações a respeito da ação tônica da quina sobre o estômago do paciente acometido pela malária. Por seu espírito crítico e observador, resolveu experimentar a quina em si mesmo, ingerindo por vários dias certa quantidade da droga. Percebeu então que desenvolvia sintomas semelhantes aos relatados pelos portadores da malária, que desapareciam com a suspensão da droga, o que sugeria uma identidade entre a doença e a droga ingerida (RUIZ, 2002).

Segundo Ruiz (2002), este fato chamou a atenção de Hahnemann para o princípio hipocrático da semelhança. Em seguida, Hahnemann passou a experimentar a quina e outras drogas, observando a repetição dos fenômenos e catalogando os efeitos observados. A partir da observação dos efeitos das substâncias em indivíduos sãos, passou a aplicar as substâncias em indivíduos doentes, que apresentavam sintomas semelhantes aos despertados pelas drogas, obtendo sempre resultados positivos.

Deste modo, de acordo com Dias (2008), a homeopatia foi sendo desenvolvida com estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos. Por ser uma terapêutica da força vital, com foco na totalidade da vida humana, tendo como objeto o indivíduo como unidade viva, portador de múltiplas dimensões, a sua terapêutica é congruente com essa concepção, daí a necessidade de individualização do tratamento, de valorização da singularidade do doente. Esta PIC utiliza como recurso terapêutico o medicamento homeopático que provêm dos três reinos existentes na natureza: animal, mineral e vegetal.

Os florais de Bach de acordo com Scheffer (2006) foram reconhecidos e recomendados desde 1974 como terapia complementar pela OMS, estes florais

concretizam à árdua busca de seu criador, Doutor Edward Bach (1886-1936), médico clínico e homeopata nascido em Gales, por um método terapêutico mais simples e natural, que visasse à cura das causas e não dos sintomas, que trataria o indivíduo e não a doença, contrapondo-se a uma medicina que ele próprio desacreditava, cujos tratamentos propostos eram na maioria agressivos e voltavam-se somente a erradicar os sintomas da doença.

Durante o desenvolvimento desta PIC, Bach (2003) percebeu que os indivíduos se enquadravam em diversos grupos de tipos de estados emocionais, que são determinados pela personalidade e pelas atitudes do indivíduo em um determinado momento, sendo que cada um desses grupos regia à doença de forma peculiar, ou seja, a atitude mental, a personalidade e a atitude das pessoas, exercem forte influência no estado de saúde e na recuperação da doença.

Conforme Medeiros (2007), a geoterapia é uma prática terapêutica que utiliza a argila. Esta possui propriedades que variam conforme sua composição química. Em geral, este tratamento apresenta ação ativadora da microcirculação periférica e propriedades absorventes, antioxidantes, calmantes, analgésicas, cicatrizantes, descongestionantes, purificadoras, refrescantes, regeneradoras, bactericidas, etc. Tais atributos conferem à argila ações terapêuticas, tais como: alívio da tensão, fadiga muscular, insônia, má circulação e eliminação de toxinas, entre outras.

As principais formas de utilização da argila para fins terapêuticos de acordo com Medeiros (2007) são a máscara, o cataplasma e as compressas. Pode ser utilizada em diversas partes do corpo e no rosto para balancear a oleosidade da pele, hidratá-la e rejuvenescê-la; em edemas e ferimentos não expostos para cicatrizar, na psoríase, acne, rosácea, em dores musculares e articulares para analgesia local.

A massoterapia, segundo Fritz (2002), é a arte científica e o sistema de aplicar manual e sistematicamente uma técnica ao tecido mole superficial da pele, músculos, tendões, ligamentos e às fáscias. O toque é uma forma de comunicação fundamental e personalizada, que possibilita respostas fisiológicas como as mudanças na concentração de hormônios, alteração na atividade do sistema nervoso central e periférico e na

regulação dos ritmos do corpo. Esta técnica é capaz de produzir efeitos sobre os sistemas nervoso, muscular, respiratório e circulatório (sanguíneo e linfático) local e geral.

A massoterapia pode beneficiar muito as pessoas idosas, pois o toque proporcionado por esta prática fornece estímulo físico e emocional, auxiliando na função neurológica. É útil para a melhora da circulação geral, para a eliminação de toxinas; ajuda a diminuir a congestão, liberando os tecidos moles por manipulação, auxilia no retorno venoso pela drenagem mecânica dos vasos. Além de ajudar na redução da dor de diversas maneiras, como pelo impacto reflexo que ela tem sobre os trajetos sensoriais envolvidos na transmissão da dor, pela influência exercida sobre alguns fatores etiológicos da dor e pela estimulação da liberação de endorfinas. Deste modo, ajuda a romper o ciclo da dor por seus efeitos mecânicos e reflexos e pela melhora na circulação (CASSAR, 2001; FRITZ, 2002).

Conforme Cassar (2001), o estresse pode ser considerado um fator de exacerbação da dor, enquanto o relaxamento, como o obtido com a massoterapia, pode ser fundamental para a redução da dor. O efeito mais frequente é a sensação geral de bem-estar, que se manifesta pela atividade autônoma. O relaxamento conquistado com esta terapêutica tem um efeito indireto sobre o sistema nervoso autônomo e, em particular, sobre a divisão parassimpática, a qual tem sua estimulação aumentada. Um centro primário nesse circuito é o hipotálamo, que controla a maior parte do sistema nervoso autônomo e o integra ao sistema endócrino, além de fazer parte do sistema límbico e responder aos impulsos recebidos de neurônios sensoriais viscerais e somáticos e às emoções internas.

Para Cassar (2001), o efeito acumulado de relaxamento influencia o estado emocional e o comportamento, aliviando emoções negativas e substituindo-as por calma e tranquilidade, resultando em diminuição na frequência cardíaca, na pressão sanguínea, melhora na respiração, na circulação, na digestão e relaxamento dos músculos.

A reflexoterapia é a aplicação de pressão, com os dedos, nas mãos, pés e costas, que estimulam as terminações nervosas relacionadas aos vários sistemas e órgãos do

corpo. Tais pontos são chamados também de áreas reflexas, e cada um corresponde a uma parte ou função diferente do corpo. O tratamento resulta na melhora da função corporal, uma vez que, os nutrientes e o oxigênio são transportados de maneira mais eficaz ao longo do corpo, e as toxinas eliminadas com maior facilidade. É indicada tanto para prevenir como para curar as doenças. Esta técnica é particularmente adequada para o tratamento dos distúrbios físicos e emocionais (BROWN, 1997).

A utilização de plantas medicinais, segundo Rudder (2002), caracteriza-se pelo uso de espécies vegetais, cultivadas ou não, com propósitos terapêuticos. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antiga, relacionada aos primórdios da medicina. Já a fitoterapia é definida como terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais para fabricação de medicamentos em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal (BRASIL, 2009). As formas de uso consistem em chás, unguentos, cataplasmas, sucos, tinturas, cápsulas, comprimidos, xaropes com o objetivo de tratar ou prevenir doenças graças a seus princípios ativos, que possuem ações farmacológicas.

O Termalismo Social/Crenoterapia, conforme Alpoim (2010), prevê acesso a estabelecimentos termais para fins preventivos, terapêuticos e de manutenção da saúde. Utiliza as águas minerais de várias formas com a finalidade terapêutica sendo quatro as principais técnicas utilizadas: terapia por ingestão, inalação, irrigatória e termal externa, isto é, banhos. Todas são utilizadas com fins preventivos, terapêuticos e reabilitativos de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

No Brasil, a partir da década de 1990, a Medicina Termal passou a ter uma abordagem coletiva, incentivando o chamado Turismo Saúde, dada a existência de várias fontes minerais em todo país (BRASIL, 2009). De acordo com Quintela (2008), a água mineral é, portanto, assumida pelos médicos, tanto portugueses como brasileiros, como um agente terapêutico de eleição no tratamento de algumas doenças, sendo as mais destacadas o reumatismo, dores, doenças de pele e do foro gastrointestinal ou ainda respiratórias. A indicação terapêutica deve levar em consideração a existência de

características particulares físicas e químicas, que permitem a sua especialização para o tratamento de um leque diversificado de doenças.

Conforme Biasoli e Machado (2006), a hidroterapia vem sendo indicada e utilizada em programas de reabilitação multidisciplinares nas mais diversas áreas. A origem desta palavra deriva do grego: "*hydor*", "*hydatos*" = água / "*therapeia*" = tratamento. Sabe-se que existem diversas formas de uso da água como elemento terapêutico como o consumo de água por via oral, balneoterapia, duchas quentes, frias ou mornas, compressas úmidas, crioterapia, crenoterapia, talassoterapia, saunas, fangoterapia, turbilhão, hidromassagem e hidrocinesioterapia ou fisioterapia aquática. Esta prática atua através de estímulos térmicos, mecânicos, de reflexo e osmose.

Biasoli e Machado (2006) referem que a utilização das águas como meio terapêutico era um hábito comum entre os gregos, escolas de medicina foram criadas próximas às estações de banho e fontes, desenvolvendo, assim, as técnicas aquáticas e sua utilização nos tratamentos específicos. Hipócrates (460-375 a.C.) já utilizava a hidroterapia para pacientes com doenças reumáticas, neurológicas, icterícia, assim como tratamento de imersão para espasmos musculares e doenças articulares. Esta forma de tratamento foi popularizado pelos romanos por meio da cultura do banho e da higiene nas famosas termas públicas.

Ainda hoje, a hidroterapia possui diversas aplicações clínicas para: disfunções músculo esqueléticas e ortopédicas (capsulite adesiva, hiper mobilidade-instabilidade do ombro, lesões de tecidos moles, lesões do disco intervertebral, disfunções reumatológicas, deformidades articulares, fraqueza muscular, tendinite, subluxação, bursite, disfunções da coluna vertebral, osteoartite/osteoartrose, osteoporose, fibromialgia, síndromes espondilíticas, artrite reumatoide, etc.), disfunções cardiovasculares, disfunções ginecológicas e obstétricas, disfunções neurológicas (acidente vascular encefálico, traumatismo cranioencefálico, lesão medular, esclerose múltipla e outras doenças desmielinizantes, paralisia cerebral, Parkinson, polineuropatias, lesão de nervos periféricos, lesão de plexo braquial), disfunções geriátricas como doenças cardiovasculares (coronariopatia e acidente vascular cerebral), doenças músculo esqueléticas (artrite, osteoporose, fraturas), doenças

neurodegenerativas (perda da memória e demência), doenças neuropsiquiátricas (depressão), doenças degenerativas (BIASOLI; MACHADO, 2006).

De acordo com Jimbo et al. (2009), a aromaterapia é um tratamento tradicional que se utiliza dos óleos essenciais (OE) de acordo com seus efeitos em diversas áreas. Bandoni e Czepak (2008) utilizam o termo de uma forma mais ampla ao relatarem que esta PIC refere-se ao uso terapêutico utilizando-se das inúmeras propriedades biológicas dos OE. De acordo com Price (1999), esta terapêutica consiste no uso de OE extraídos de plantas, flores, frutas, cascas e sementes, com diferentes propriedades terapêuticas, psicológicas e fisiológicas. Por isso, os OE utilizados frequentemente na aromaterapia, são descritos como produtos com grande potencial terapêutico e farmacológico (EDRIS, 2007).

As plantas aromáticas, bem como os respectivos OE, são utilizadas desde o início da história da humanidade para saborizar comidas e bebidas; empiricamente usadas para disfarçar odores desagradáveis; atrair outros indivíduos e controlar problemas sanitários, contribuindo também para a comunicação entre os sujeitos e influenciando o bem-estar dos seres humanos e animais, demonstrando assim uma antiga tradição sociocultural e socioeconômica da utilização destes produtos (FRANZ, 2010).

As propriedades farmacológicas atribuídas aos OE são diversas e algumas preconizadas por apresentarem vantagens importantes, quando comparadas a outros medicamentos, como, por exemplo, a sua volatilidade, que os torna ideal para uso em nebulizações, banhos de imersão ou simplesmente em inalações podendo ainda ser usados como odorantes de ambientes e em massagens (PRICE, 1999; BANDONI; CZEPAK, 2008).

Os OE apresentam diferentes propriedades biológicas como a ação larvicida, (RAJKUMAR; JEBANESAN, 2010), atividade antioxidante, (WANNES et al., 2010), ação analgésica e antiinflamatória, (MENDES et al., 2010), fungicida, (CARMO; LIMA; SOUZA, 2008) e atividade antitumoral (SILVA et al., 2008b).

6.6 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E SUA ATUAÇÃO NO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo inerente à condição humana, inevitável, natural e irreversível, que ocorre do nascimento à morte, sendo caracterizado pelo declínio das funções biofisiológicas, contribuindo para a instalação de várias doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial, o diabetes e as doenças degenerativas do sistema nervoso central (LORDA; SANCHEZ, 2001; MONTEIRO, 2001; FREITAS et al., 2002).

Dentre os vários problemas de saúde que podem afetar os idosos, referendados pela Opas e pelo MS, dos quais Vicini (2006) também faz referência, são as doenças cardíacas, demências, osteoporose, incontinência urinária, constipação, depressão, solidão, hipertensão arterial, artrite, transtornos da visão e da audição, doenças infecciosas e parasitárias, obesidade, alguns tipos de câncer, acidentes, algumas enfermidades crônicas e degenerativas dos aparelhos respiratório, cardiovascular e das articulações. Além destas, as fratura de pelve seriam um problema típico das mulheres idosas; outra dificuldade levantada é a nutricional, decorrente das condições sociais dos idosos, da solidão, negligência da família e de suas deficiências mastigatórias devido às más condições da boca. As mulheres devem receber atenção especial, considerando-se que elas são a maioria da população idosa e que 70% delas vivem em condições de pobreza nos países menos desenvolvidos.

Envelhecer também pode ser definido como um processo dinâmico de modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressivamente a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente, propiciando maior vulnerabilidade e ampla incidência de processos patológicos, findando na morte (CARVALHO FILHO; ALENCAR, 2000). De acordo Vicini (2006), poucos estudos foram realizados sobre as causas de morte na velhice estes revelaram que a maioria das doenças existia muito tempo antes de sua morte sem sinais clínicos ou com sinais mínimos.

Porém outros autores, de acordo com Neri (2002), submetem o envelhecimento em três padrões: o envelhecimento primário ou fisiológico, o envelhecimento secundário ou patológico e o envelhecimento terciário ou terminal. O envelhecimento primário ou fisiológico, sendo um fenômeno progressivo, comum a todos os seres vivos é influenciado por múltiplos fatores, como educação, estilo de vida, estresse, alimentação e exercícios físicos. Já o envelhecimento secundário ou patológico é o envelhecimento associado a doenças orgânicas que apresentam probabilidade de ocorrência com o aumento da idade, como a esclerose múltipla, as doenças cardiovasculares, as demências, o câncer e outras patologias. E, finalmente, o envelhecimento terciário ou terminal, caracterizado por um aumento de perdas físicas e cognitivas num período de tempo relativamente curto.

As perdas podem acontecer velozmente e de forma ininterrupta para o idoso: a aposentadoria, o isolamento da sociedade, a viuvez, a morte de amigos e de parentes, a dificuldade financeira, enfim as perdas acontecem em um curto espaço de tempo e são acompanhadas pela conscientização do idoso de suas limitações físicas e mentais, causando ansiedade e insegurança, que, somadas à falta de outra atividade, estabelecem o sentimento de fragilidade, tristeza e depressão (GEIS, 2003; RAMOS, 2003).

Deste modo não se deve ter uma visão de saúde centrada somente nos problemas físicos do corpo, a qual é a compreensão de alguns que entendem que apenas os cuidados médicos diretos redundam em efeitos de recuperação e manutenção da saúde. No entanto, devem estar disponibilizados nas sociedades mais envelhecidas todos os serviços básicos de sobrevivência e de suporte ao idoso e que satisfazem as demandas de autodesenvolvimento, pois estes estão diretamente ligados à saúde; até mesmo a proteção e a assistência burocrática, se considerarmos que problemas nessa esfera podem ser fonte de estresse continuado e, portanto, de possíveis enfermidades (VICINI, 2006).

Os conceitos citados anteriormente definem que não é possível viver sem doenças ou ter uma velhice sem doenças. Vicini (2006), refere que a velhice ótima exclui, sim, a velhice patológica com doenças crônicas debilitantes e causadoras de perdas graves de autonomia, mas não, a nosso ver, a possibilidade de enfermidades

passageiras ou controláveis. Resta sempre, até mesmo, a possibilidade de descobrir um significado positivo também nas doenças mais graves da velhice; nesse caso, a velhice ótima não exclui nem mesmo essas doenças.

Por isso, os estudos apresentados por Neri (2002), descrevem que as pessoas podem ter uma boa velhice, porque constantemente e ao longo da vida se adaptaram de forma adequada controlando emoções e eventos produtores de estresse, solucionando problemas, desenvolvendo novas habilidades de memória e compreensão, sendo ativas e tendo desempenhos e competências sociais efetivas, adequados à realidade de cada período de suas vidas. Pois uma boa velhice é fruto constante e não resultado final de um processo contínuo de adaptação.

Baseado nesta conjuntura observa-se que no ponto de vista de algumas pessoas, cuidar de sua própria saúde é uma tarefa complexa, que se modifica na medida em que cresce a compreensão das dimensões nela envolvidas; isto é, quanto mais compreenderem que saúde é a capacidade inerente ao ser finito de manter seu equilíbrio dinâmico em vista de sua adaptação ao meio em que vivem e da superação das dificuldades que se lhe apresentam, tanto mais se passara de uma abordagem curativa, para uma abordagem preventiva.

Neste contexto, inserem-se os recursos terapêuticos que compõem a MAC como práticas para a manutenção da saúde, estas datam de muitos anos e vêm sendo cada vez mais utilizados e difundidos entre as populações do mundo (NESS et al., 2005; BUSATO et al., 2008).

De acordo com Vicini (2006), a década de 1980 foi possivelmente o início de um período de divulgação social mais amplo das PIC. Por isso, há uma hipótese favorável à maior abertura dos mais velhos a estas práticas, pois os idosos teriam maior tempo de contato com um tipo de medicina alopática menos tecnológica, a do médico familiar acostumado com o contato prolongado, com a proximidade do cliente e a auscultação paciente de seus problemas, mais semelhante aos princípios e procedimentos das PIC.

Os participantes idosos na pesquisa de Vicini (2006), teriam tido também mais contato com as receitas da medicina caseira, que faziam parte do cabedal de sabedoria das pessoas mais velhas da família, e com as quais se costumava resolver a maior parte dos pequenos problemas de saúde do dia a dia. Nesta amostra, a grande maioria dos gerontes (86%) expressou-se a respeito das PIC, afirmando já tê-las usado. Apenas 3% declaram nunca ter ouvido falar nelas. Ainda que em seu estudo não se lembrasse às pessoas o que seriam estas práticas ou quais seriam. Os dados mostram que a maioria dos idosos conhece e utiliza estas técnicas ao lado das práticas próprias da medicina alopática dominante em nosso meio social.

Em uma pesquisa realizada por Medeiros (1997), com 200 idosos matriculados no ambulatório de cardio-geriatria do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Instituição Estadual de Saúde do Município de São Paulo revelou que estes utilizavam algumas práticas terapêuticas não convencionais, como homeopatia, acupuntura, florais de Bach, práticas religiosas e mentais e fitoterapia, associadas à terapia convencional. Dentre as práticas terapêuticas mais utilizadas, era a fitoterapia a mais citada.

No estudo realizado por Monezi e Bueno (2009) as terapêuticas citadas pela ampla utilização por parte dos idosos foram: a massoterapia, a quiropraxia, o yoga, técnicas de imposição de mãos, como o Reiki e técnicas diversas de relaxamento. Já na investigação realizada por Vicini (2006), as terapias mais lembradas, pela ordem, foram a homeopatia, a acupuntura, a massoterapia, a fitoterapia e a yoga.

De acordo com Monezi e Bueno (2009) os idosos utilizam a massoterapia para o alívio da dor, redução do estresse, indução de relaxamento, aumento de bem-estar, na redução da ansiedade e depressão, no tratamento da insônia e de outros distúrbios do sono. Outros utilizam o tratamento quiroprático nas condições de dor crônicas ou agudas, principalmente as de origem muscular, além daquelas associadas às doenças degenerativas vertebrais ou espondiloartrose. A prática do Yoga tem sido utilizada como uma atividade promotora da função respiratória, pois com o envelhecimento ocorre diminuição da força e da flexibilidade nos músculos respiratórios, redução da capacidade e da complacência pulmonar, tornando-os mais propensos a vários problemas respiratórios, que são agravados com a poluição e os hábitos de vida. Além

das técnicas de relaxamento, que produzem sensações de alívio, relaxamento, tranquilidade, diminuição do nervosismo e tensões musculares, especialmente na região dorsal.

O toque de um profissional atencioso, uma leitura interessante, o alívio de preocupações com pequenos problemas cotidianos podem fazer muito para a saúde e o bem estar dos idosos é o que afirma Erikson (1998) além de defender o benefício da massoterapia para os idosos através da declaração:

Eu estou convencida de que se os anciões solitários tivessem massagens regulares, se não diárias, isso seria espantosamente benéfico, confortador e relaxante. Nós precisamos perceber a distinção entre o toque de manutenção isto é, o toque a serviço da higiene e do manejo por exemplo, limpar, erguer, alimentar e o toque comunicativo isto é, o toque a serviço da conexão humana por exemplo, esfregar as costas e os ombros, segurar a mão (ERIKSON, 1998, p.102).

Outra prática utilizada pelo público idoso é a hidroterapia, Booth (2004) e Caromano e Candeloro (2001), relatam que desde os tempos remotos esta prática tem sido utilizada como recurso para tratar doenças reumáticas, ortopédicas e neurológicas; entretanto, só recentemente é que essa tem se tornado alvo de estudos científicos. Ela se utiliza das propriedades físicas da água, somadas a prática de exercícios, cumprindo assim com a maioria dos objetivos físicos propostos num programa de reabilitação. Além de o meio aquático ser considerado seguro e eficaz na reabilitação do idoso, pois a água atua simultaneamente nas desordens músculo esqueléticas e melhora o equilíbrio.

Nos estudos de Souza (2005) e Pereira (2008) a utilização de plantas medicinais apareceu como um meio para buscar alívio ou para cura de algum problema de saúde, os chás medicinais foram citados por serem utilizados para problemas como má digestão, hipertensão, hipercolesterolemia, intoxicação, infecções, dores em geral, hiperglicemia, problemas respiratórios e nas causas emocionais. Observa-se que a utilização de chás é uma das PIC que tem grande repercussão entre os idosos.

Segundo Monezi e Bueno (2009) surge uma escolha crescente pela utilização das PIC por uma grande parcela da população mundial, devido a MAC reafirmar a importância da relação profissional da saúde-paciente, sendo isto um atrativo a mais aos idosos, pois muitos se sentem carentes de carinho e atenção, e percebem no terapeuta um meio de conforto; além disto, a MAC focaliza o cuidado à pessoa de maneira integral, de modo a atingir, através de suas práticas, além do tratamento da doença, ampara o psicoemocionalmente com métodos naturais, reavendo o bem-estar e a qualidade de vida. Esta visão integrada do ser humano, além de ser fundamental para o cuidado da saúde, remete os gerontes ao antigo conceito de “médico da família”, ou seja, um terapeuta mais humanizado e de confiança.

O fenômeno do envelhecimento, de acordo com Biz e Maia (2007) vem acompanhado de um incremento de afecções crônico-degenerativas e de incapacidades funcionais, que conduzem a uma demanda crescente no atendimento à população idosa nos diferentes níveis de atenção à saúde, expondo ao setor público a necessidade de adotar medidas que possam combater iniquidades, em uma perspectiva de ação multidimensional, que extrapola o simples cuidado de doenças. Reconhece-se, ainda, que com a elevação da expectativa de vida da população haverá uma tendência do crescimento da demanda de cuidados à saúde, cujo atendimento deve ser uma das prioridades da política de saúde, respeitando-se os princípios legais da assistência universal e igualitária.

Nesta perspectiva, percebe-se uma necessidade constante de se construir e difundir métodos alternativos para o ato de cuidar, onde a prática possa ser desenvolvida mediante outras formas de tratamentos não convencionais (ALVIM, 1999).

Nesse raciocínio, Carreira (2002, p. 44), entende que o cuidar da saúde:

É um ato humano, e que, portanto, faz parte do cotidiano da vida das pessoas, automaticamente o percebe como não sendo privilégio de agentes profissionais e/ou populares, mas de familiares que, de forma complementar, associam terapêuticas e prática.

7 METODOLOGIA

7.1 DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que utilizará o método focal. A pesquisa qualitativa tem como objetivo a observação, a descrição, a compreensão e/ou a interpretação de uma realidade social. Não há hipóteses pré-concebidas, mas sim estas são construídas após a observação. No entendimento de Bauer e Gaskell (2002), esta abordagem evita números e desse modo os dados formais reconstróem a interpretação por um grupo social à sua realidade.

7.2 MÉTODO FOCAL

O método do grupo focal, também conhecido como método focal é uma técnica empregada há muito tempo, sendo utilizada como pesquisa em marketing nos anos 1920 e usada por Robert Merton nos anos de 1950 para estudar como as pessoas reagem em relação às propagandas de guerra (GATTI, 2005).

De acordo com Ressel et al. (2008), grupo focal é uma das principais técnicas de investigação, com origem na dinâmica de grupo, permite a um pequeno número de participantes, guiado por um moderador qualificado, alcançar níveis crescentes de compreensão e aprofundamento de um tema em estudo.

Gatti (2005, p.13) explica “que é uma técnica de levantamento de dados muito rica para capturar formas de linguagem, expressões e tipos de comentários de determinado segmento.” Ainda nas palavras de Gatti (2005, p.10) “a pesquisa com grupos focais, além de ajudar na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão, permite também a compreensão de ideias partilhadas por pessoas no dia-a-dia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros.” Baseia-se na formação de grupos que podem ter características semelhantes ou um agrupamento respeitando a diversidade, desde que esse mesmo grupo possa atender aos propósitos do estudo. Além dos integrantes, o grupo focal é composto pelo moderador e pelo

observador. Na condução do grupo o moderador “deverá fazer encaminhamentos quanto ao tema e fazer intervenções que facilitem as trocas, como também procurar manter os objetivos de trabalho do grupo” (GATTI, 2005, p.9). O observador deverá auxiliar o moderador na condução do grupo, bem como registrando as impressões verbais e não verbais num caderno de campo. Gatti (2005) ainda defende que o meio mais usado para se registrar o trabalho com um grupo focal é a gravação em áudio, “por isso a escolha do lugar onde os encontros irão ocorrer deve ser feita de maneira cuidadosa, de forma que possibilite o sucesso das gravações”.

7.3 CONSTITUIÇÕES DAS SESSÕES E COMPOSIÇÃO DO GRUPO

Gatti (2005), entende que o grupo não pode ser nem muito pequeno, mas também não muito grande, devendo ficar entre seis a doze pessoas. Utiliza como argumento que o grupo procura aprofundar o tema em questão e um número maior poderia dificultar a interação, a participação, as anotações e a troca de ideias entre os participantes. Com isso pode-se evitar a perda do foco em questão. O grupo a ser formado deve ter alguma característica em comum, podendo ser o gênero, a idade, às condições socioeconômicas, o lugar de residência, a escolaridade, o tipo de lazer, entre outras. Neste sentido, Turato (2003), esclarece que na pesquisa qualitativa a escolha dos participantes é intencional e proposital, de modo que atenda aos objetivos do estudo.

O método focal prevê que o número de sessões deve estar de acordo com as discussões do objetivo do estudo e para este projeto estão previstas 12 sessões, assim distribuídas: três sessões com cada grupo de idosos frequentadores de projetos vinculados a uma instituição de ensino superior (IES), sendo um grupo no contexto de Erechim, com idosos vinculados ao projeto da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Campus de Erechim, Universidade Sem Limites; um grupo no contexto de Passo Fundo, com idosos participantes do Centro Regional de Estudos e Atividades Para a Terceira Idade (CREATI) da Universidade de Passo Fundo. Também ficam estabelecidas três sessões com grupos de idosos não frequentadores de projetos ou atividades vinculados a IES, para tanto foram designados um grupo para o contexto de Paim Filho e um para Maximiliano de Almeida. “O tempo médio calculado de cada sessão será de no mínimo uma hora e meia e não mais do que três horas”

(GATTI, 2005). Segundo recomendação de Gatti (2005) o método focal recomenda para a composição do grupo que se apóie em algumas características dos participantes, apresentando opiniões divergentes ou não.

7.4 DETERMINAÇÃO DO CENÁRIO

A escolha pelos contextos se atribui ao fato de que as IES desenvolvem trabalhos com idosos e, nesta perspectiva, acredita-se que haja difusão de novas práticas de cuidados a saúde. Por outro lado, a escolha de cenários distanciados das IES se dá no sentido de averiguar se no cuidado da saúde os idosos, de modo geral adotam práticas reconhecidas como PIC. A escolha do CREATI se atribui ao fato de pertencer à mesma IES do Programa de Mestrado em Envelhecimento Humano; a escolha do grupo Universidade Sem Limites da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI Campus de Erechim, por se tratar da instituição onde se deu início meus estudos em gerontologia. Os cenários de Paim Filho e Maximiliano de Almeida foram escolhidos por ser de fácil acesso ao pesquisador e por atenderem ao critério de não haver projetos de IES com idosos.

O lugar da realização do grupo focal deve ser tranquilo e harmonioso, a fim de haver interação por parte do grupo. O trabalho com o grupo pode ser feito em cadeiras individuais, em forma de círculo, ou em torno de uma mesa. Os participantes devem ficar frente a frente para que suas conversas sejam diretas (GATTI, 2005). Nesta perspectiva, será feito contato com o responsável de cada IES para verificar as possibilidades de desenvolvimento do estudo nas dependências da unidade, assim como, nos grupos de convivência nos contextos de Paim Filho e Maximiliano de Almeida. Para formalizar o convite aos prováveis participantes, o pesquisador fará contato primeiramente com os responsáveis para verificar qual será a melhor possibilidade em termo de horário e local para a divulgação do projeto. O local das sessões, bem como a hora e os dias serão definidos pelo próprio grupo de participantes. O período proposto para desenvolver a coleta de dados está previsto de maio a agosto de 2012, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo.

7.5 DINÂMICA DAS SESSÕES

Os encontros devem ocorrer de forma tranquila, a fim de garantir uma situação de conforto para todos os envolvidos. Nos primeiros momentos devem ser apresentadas informações ao grupo, o que se espera deles, qual a rotina da reunião e a duração dos encontros (GATTI, 2005). O método focal exige a elaboração de um guia temático (Apêndice 1) ou a projeção de um roteiro em conformidade com os propósitos do estudo. Para relacionar os objetivos da pesquisa ao debate dos participantes, ou seja, para investigar o conhecimento, o uso e aceitação das terapias integrativas e complementares por idosos de diferentes contextos, nas sessões em cada grupo serão adotadas as seguintes estratégias:

A) primeira sessão: buscar-se-á fazer a leitura detalhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e formalização por meio da assinatura, seguida da apresentação dos participantes e com o início da discussão a partir de tópicos norteadores capazes de atender ao objetivo de identificar dentro do contexto das PIC quais recursos que os idosos utilizam no seu sistema de cuidado;

B) segunda sessão: apresentação da síntese da sessão anterior e exposição dos tópicos norteadores capazes de atender ao objetivo de descobrir e descrever que influências os idosos atribuem ao uso desta prática sobre as suas condições de saúde;

C) terceira sessão: a mesma ocorrerá para ampliar as discussões e validação dos achados.

7.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados colhidos com a utilização do método do grupo focal são de natureza qualitativa o que requer que os dados também sejam analisados de forma qualitativa, ou seja, não há tratamento estatístico envolvido. Como refere Iervolino e Pelicione (2001), o que existe é um conjunto de procedimentos que visam organizar os dados de modo que eles revelem, com a máxima objetividade e isenção possível, como os participantes do grupo percebem e se relacionam com o foco do estudo em pauta.

Nesta perspectiva, para interpretação e análise dos dados utilizar-se-ão os postulados de Gatti (2005) no que confere à análise dos dados obtidos nos grupos

focais. Para a autora, os objetivos da pesquisa servem de guia da análise e na busca de significados para a análise afirma que:

De forma semelhante ao que ocorre com os dados qualitativos nas pesquisas sociais, não existe um modelo único e acabado de análise de dados para grupos focais. A capacidade de elaboração de um processo de busca e significados nos dados obtidos está vinculada à formação do pesquisador, a seu estofo teórico e a sua criatividade (GATTI, 2005, p. 46).

O material coletado seja na forma de anotações em diário de campo, registros em áudio ou imagens devem ser organizados no sentido de compor um corpus detalhado e confiável para interpretação. Para a autora, a codificação do material coletado em função dos objetivos da pesquisa auxilia na determinação de unidades de análise. A frequência das menções nessas unidades orienta o roteiro para a interpretação dos dados. O pesquisador deve levar em conta que o foco central é a interação grupal, a sequência das falas, as trocas entre os participantes e a dinâmica dentro do grupo. A análise acontece numa dimensão interacionista e a interpretação ancorada no referencial construído.

7.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Atendendo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde CONEP/MS sobre a participação de seres humanos em pesquisa – Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 2002). O presente estudo será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo.

Sobre as instituições envolvidas:

Será formalizada a solicitação de autorização para o desenvolvimento do estudo nas seguintes instituições:

a) Associação Beneficente São José de Paim Filho (Apêndice 2)

b) Grupo de Idosos Conviver com Alegria de Maximiliano de Almeida (Apêndice 3)

c) Universidade Sem Limites da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI Campus de Erechim (Apêndice 4)

d) Centro Regional de Estudos e Atividades Para a Terceira Idade (CREATI) da Universidade de Passo Fundo (Apêndice 5)

Sobre os participantes:

Após o seu deferimento à pesquisa será realizada, respeitando os valores culturais, sociais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos idosos investigados. Na sequência será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 6) das pessoas envolvidas na investigação, garantindo a privacidade e o sigilo de seu nome e das informações prestadas durante as etapas de divulgação dos resultados.

Os participantes serão informados, individualmente, em linguagem acessível e clara sobre os objetivos da pesquisa, bem como dos benefícios que essa proporcionará e de que não haverá riscos nem obrigatoriedade de sua participação. Estarão sendo informados também sobre os momentos de conversa, além de estarem cientes de que a exclusão da pesquisa poderá ser solicitada a qualquer momento do estudo.

Para a realização da investigação será agendado o horário, garantindo o direito de privacidade e anonimato, não havendo exposição pública do idoso ou de suas informações durante a etapa de divulgação dos resultados. Será explicado também que os dados desse estudo serão de uso exclusivamente científico para a área da Saúde e do Mestrado em Envelhecimento Humano e que o diário de campo e as gravações no gravador digital ficarão sob guarda e responsabilidade do pesquisador, por cinco anos, quando serão destruídos. Além dos resultados da dissertação serem guardados ou enviados para os participantes, caso desejarem.

8 CRONOGRAMA

A execução do projeto ocorrerá no período entre março de 2011 a março de 2013 (24 meses). Os quadros a seguir descrevem as ações e atividades, período de execução e aplicação de recursos previstos para a conclusão do projeto de dissertação.

Ações e atividades	Período de execução
Reuniões/Encontros com a orientadora	Mar. 2011 a Mar./2013
Definir a problemática e questão de pesquisa	Mar. a Maio./2011
Elaborar a proposta de projeto de pesquisa	Jun. a Dez./2011
Encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa	Abr./2012
Qualificação	Abr./2012
Contato com os responsáveis pelos grupos	Maio/2012
Seleção dos sujeitos	Maio/2012
Coleta dos dados	Maio a Ago./2012
Análise dos dados coletados	Jul. a Out/2012
Elaboração da dissertação	Ago. a Dez/2012
Revisão de texto e formatação da dissertação	Jan./2013
Defesa da dissertação	Mar./2013
Apresentar produção científica vinculada à dissertação	Abr./2013

9 ORÇAMENTO

Despesas de custeio	
Materiais de expediente	R\$ 100,00
Passagens	R\$ 300,00
Despesas gerais	R\$ 300,00
Serviços de terceiros	R\$ 120,00
Subtotal	R\$ 820,00

Os custos previstos para o desenvolvimento desta pesquisa serão de inteira responsabilidade do pesquisador.

10 REFERÊNCIAS

AKERELE, O. Medicinal plants and primary health care: an agenda for action. *Revista Fitoterapia*, Valencia, v. 59, n. 5, p. 355-363, 1988.

ALPOIM, M. F. M. *Análise à procura termal*. 2010. 168 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento em Turismo) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2010.

ALVIM, N. A. T. *Práticas e saberes sobre o uso de plantas medicinais na vida das enfermeiras: Uma construção em espiral*. 1999. 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1999.

_____.; et al. Tecnologias na enfermagem: o resgate das práticas naturais no cuidado em casa, na escola e no trabalho. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). *Tecnologias e técnicas em saúde: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem*. São Paulo: Difusão Editora, 2004. p. 338-355.

ANDRADE, J. T. *Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2006.

ARRUDA, A. P. C. C. B. N.; TURRINI, R. N. T. Espiritualidade e religiosidade: interfaces com a saúde e com as práticas integrativas complementares. In: RODRIGUES, D. M. O.; et al. (Org.). *Naturologia: diálogos e perspectivas*. Palhoça: Editora Unisul, 2012, p. 197-223.

AZEVEDO, E. *Alimentos orgânicos: ampliando os conceitos de saúde humana, ambiental e social*. 2. ed. Tubarão: Editora Unisul, 2006.

BACH, E. *Os remédios florais do Dr. Bach*. 17. ed. São Paulo: Pensamento, 2003.

BADKE, M. R. *Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem*. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

BAGETTA, G.; et al. Neuropharmacology of the essential oil of bergamot. *Fitoterapia*, Valencia, v. 81, n. 6, p. 453-461, set. 2010.

BANDONI, A. L.; CZEPACK, M. P. *Os recursos vegetais aromáticos no Brasil*. Vitória: Edufes, 2008.

BARROS, N. F. *Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica*. São Paulo: Annablume Editora, 2000.

_____. *Da medicina biomédica à complementar: um estudo dos modelos da prática médica*. 2002. 340 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

BARROS, N. F.; NUNES, E. D. Medicina alternativa e complementar no Brasil: um conceito e diferentes significados. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2023-2039, 2006.

BATELLO, C. F. *Efeito antioxidante in vitro dos medicamentos homeopáticos Arsenicum album, Cuprum metallicum, Manganum e Zincum metallicum*. 2002. 77 f. Dissertação (Mestrado em homeopatia) – Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo, Centro de Ensino Superior em Homeopatia – IBEHE, São Paulo, 2002.

BAUER, M. W.; GASKEL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BIASOLI, M. C.; MACHADO, C. M. C. Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 63, n. 5, p. 225-237, mai. 2006.

BIZ, M. C. P.; MAIA, J. A. Educação permanente na atenção à saúde de idosos. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 123-134, dez. 2007.

BOOTH, C. E. Water exercise and its effects on balance and gait to reduce the risk of falling in older adults. *Activities Adaptation Aging*, Estados Unidos da América, v. 28, n. 4, p. 45-57, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. In: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 381-389. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2012.

_____. Resolução CIPLAN nº 08, de 08 de março de 1988. Implanta a prática da fitoterapia nos serviços de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, mar. 1988.

_____. Ministério da Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996. *Relatório final da X Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a. 98 p.

_____. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 nov. 1998b. Seção 1, p. 18.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. *Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa*. Brasília: Série CNS Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133, p. 83-91, 2002.

_____. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Seminário Nacional de Plantas medicinais, Fitoterápicos e Assistência farmacêutica – preparatório à Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Brasília: SCTIE/MS, 2003.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 48, de 16 de março de 2004. Dispõe sobre registro de medicamentos fitoterápicos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 mar. 2004. Seção 1.

_____. *Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC): resumo executivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl1402052.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde - PNPIC - SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. *Portaria nº 648, 28 de março de 2006b*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório do I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PNPIC*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 196 p.

BROWN, E. *Sementes do saber medicina alternativa: guia prático*. São Paulo: Callis, 1997.

BUSATO, S.; et al. Traditional and Integrative Medical Practices in Public Health Services in the Downtown-West Region of the City of São Paulo, Brazil, and Their Relation to Health Promotion. *The journal of alternative and complementary medicine*, New York, v. 14, n. 9, p. 1071-1072, 2008.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 163-177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMARGO JUNIOR, K. R. *Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea*. Rio de Janeiro: IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993.

_____. *Ciências da AIDS e a AIDS da ciência: O discurso médico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, 1994.

_____. A Biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, Supl., p. 177-201, 2005.

CAMPOS, R. O. A promoção da saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2006, p. 462-741.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. 30. ed. São Paulo: Cultrix, 2011.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARMO, E. S.; LIMA, E. O.; SOUZA, E. L. The potential of *origanum vulgare* L. (lamiaceae) essential oil in inhibiting the growth of some food-related aspergillus species. *Brazilian Journal of Microbiology*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 362-367, Jun. 2008.

CAROMANO, F. A.; CANDELORO, J. M. Fundamentos da hidroterapia para idosos. *Arquivo Ciência Saúde Unipar*, Umarama, v. 5, n. 2, p. 187-195, mai./ago. 2001.

CARREIRA, L. *O cuidar ribeirinho: os saberes e práticas de saúde das famílias da ilha Mutum-PR*. 2002. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro/ EEAN, Rio de Janeiro, 2002.

CARVALHO, A. C. D. *Feiticeiros, burlões e mistificadores: criminalização e mudança das práticas populares de saúde em São Paulo de 1950 a 1980*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 2005a.

CARVALHO FILHO, E. T.; ALENCAR, Y. M. G. Teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETO, M. (Org.). *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1-8.

CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Editora Hucitec, 2005b.

CASSAR, M. P. *Manual de massagem terapêutica: Um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta*. São Paulo: Manole, 2001.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. D. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CAXITO, S. M. C.; NASCIMENTO, C. R. B.; FARIA, E. T. B. Práticas alternativas e complementares: conhecimento e prática de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Cadernos de Ciência e Saúde*, Montes Claros, v. 1, n. 1, p. 65-73, jan./jun. 2011.

CHALHOUB, S.; MARQUES, V. R. B.; SAMPAIO, C. G. R. *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.

CHEUNG, C. K.; WYMAN, J. F.; HALCON, L. L. Use of complementary and alternative therapies in community-dwelling older adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, New Rochelle, v. 13, n. 9, p. 997-1006, nov. 2007.

CIDRAL FILHO, F. J. Naturologia Aplicada à qualidade de vida. In: HELLMANN, F.; WEDEKIN, L. M. (Org.). *O livro das interações: estudos de casos em Naturologia*. Tubarão: Editora Unisul, 2008. p. 132-155.

COZIN, S. K. *Idosos e florais de Bach: em busca do restabelecimento da autoestima*. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em saúde do adulto) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, oct./dec. 1999.

_____. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DAVIS-FLOYD, R.; ST. JOHN, G. *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida, 2004.

DENARDIN, M. L. Cuidado e sendo cuidado um modelo cultural de saúde em comunidade rural. In: GONZALES, R. M.; BECK, C. L.; DENARDIN, M. L. (Org.). *Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem*. Santa Maria: Palloti, 1999. p. 159-259.

DE SIMONI, C. L. *Ginástica terapêutica chinesa Lian Gong: estudo de caso da inserção no SUS*. 2005. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva: Gestão Sistemas Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2005.

DE SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília: Ministério da Saúde, ano IX, edição especial, p. 70-76, mai. 2008.

DIAS, J. S. *Homeopatia no SUS Divinópolis: tendências e viabilidade*. 2008. 70 f. Dissertação (Mestrado Educação, Cultura e Organizações Sociais) - Universidade do Estado de Minas Gerais, Fundação Educacional de Divinópolis, Divinópolis, 2008.

EDRIS, A. E. Pharmaceutical and therapeutic potentials of essential oils and their individual volatile constituents: a review. *Phytotherapy Research*, Reino Unido, v. 21, n. 4, p. 308-323, abr. 2007.

ELDIN, S.; DUNFORD, A. *Fitoterapia na atenção primária à saúde*. São Paulo: Manole, 2001.

ERIKSON, E. H. *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

FEYERABEND, P. *Adeus à razão*. Lisboa: Edições 70, 1991.

FRANZ, C. M. Essential oil research: past, present and future. *Flavour Fragrance Journal*, Reino Unido, v. 25, n. 3, p. 112-113, may./jun. 2010.

FREIRE Jr., M. B. Conhece-te a ti mesmo: uma proposta de educação popular para a saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, n. 41, p. 4-8, 1993.

FREITAS, E. V.; et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FRITZ, S. *Fundamentos da massagem terapêutica*. 2. ed. Barueri: Manole, 2002.

GARCIA, A. W. Saúde na terceira idade à luz da Naturologia Aplicada. In: HELLMANN, F.; WEDEKIN, L. M. (Org.). *O livro das interações: estudos de casos em Naturologia*. Tubarão: Editora Unisul, 2008. p. 98-114.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Liber Livro Editora Ltda, 2005.

GEIS, P. P. *Atividade física e saúde na 3ª Idade*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GEOVANINI, T. *Desmistificando condutas históricas de enfermagem e colocando a natureza a serviço do ser humano: relato de experiência*. Disponível em: <www.entreamigos.com.br/textos/reabili/desmistificando.html>. Acesso em: 8 jan. 2011.

HELLMANN, F. *Reflexões sobre os referenciais de análise em bioética no ensino da Naturologia no Brasil à luz da bioética social*. 2009. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001.

JIANPING, H. *Metodologia da medicina tradicional chinesa*. São Paulo: Editora Roca, 2001.

JIMBO, D.; et al. Effect of aromatherapy on patients with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, Osaka, v. 9, n. 4, p. 173-179, dec. 2009.

JONAS, W. B.; LEVIN, J. S. *Tratado de medicina complementar e alternativa*. São Paulo: Editora Manole, 2001.

LEININGER, M. *Transcultural nursing: concepts, theories, reseach e pratices*. New York: Mc Graw-Hill, 1991.

LORDA, C. R.; SANCHEZ, C. D. *Recreação na 3º Idade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2001.

LUZ, D. *Racionalidades médicas: Medicina tradicional Chinesa*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina e Saúde, 1993 b.

LUZ, M. T. *Racionalidades médicas e a terapêutica alternativa*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina e Saúde, 1993 a (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 62).

_____. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 7, p. 109-128, 1995.

_____. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 1996 a (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62).

_____. *Relatório do V Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 1996 b (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 136).

_____. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000. p. 181-200.

_____. *Novos saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudo Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. Cultura contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 145-176, 2005.

MACIOCIA, G. *Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fisioterapeutas*. 2. ed. São Paulo: Roca, 2007.

MARQUES, E. A. *Racionalidades médicas: medicina ayurvédica*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 75).

MEDEIROS, G. M. S. *Geoterapia teorias e mecanismos de ação: um manual teórico-prático*. 1. ed. Tubarão: Editora Unisul, 2007.

MEDEIROS, S. L. *Práticas terapêuticas não-convencionais usadas por idosos: estudos realizados em uma instituição de saúde da cidade de São Paulo*. 1997. 197 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1997.

MENDES, S. S.; et al. Evaluation of the analgesic and anti-inflammatory effects of the essential oil of *Lippia gracilis* leaves. *Journal of Ethnopharmacology*, Dinamarca, v. 129, n. 3, p. 391-397, 2010.

MONEZI, R.; BUENO, K. Q. O acompanhamento terapêutico do envelhecer pela medicina alternativa e complementar: mais um caminho para a qualidade de vida? In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOGERONTOLOGIA, 3., 2009, São Paulo. *Anais eletrônicos...* São Paulo: PUC-SP, Nov. 2009. s/p. Disponível em: <http://www.geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-176.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2012.

MONTEIRO, P. P. *Envelhecer: histórias, encontros, transformações*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

MORAES, W. A. *Medicina Antroposófica: Um paradigma para o século XXI*. 2. ed. São Paulo: Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, 2007.

NERI, A. L. Qualidade de vida e idade madura: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. 4. ed. Campinas: Papyrus, 2002. p. 9-56.

NESS, J.; et al. Use of Complementary Medicine in Older Americans: Results from the Health and Retirement Study. *Gerontologist*, Oxford, v. 45, n. 4, p. 516-524, aug. 2005.

NUNES, D. E. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Documentos básicos. 26. ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1978. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2012.

PAGLIARO, G.; LUZ, H. *Política Nacional de Práticas Complementares e Integrativas: o caso da Homeopatia*. Rio de Janeiro: ABMH, 2001. Disponível em: <<http://gemhca.org.br/divulgaçao.htm>>. Acesso em: 25 mai. 2011.

PEREIRA DOS SANTOS, M. A. *Estratégia de Saúde da Família e Fitoterapia: Avanços, desafios e perspectivas*. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2008.

PEREIRA, I. G. R. *Prevalência do uso de fitoterapia em pacientes do programa de geriatria do Hospital Universitário de Brasília - HUB*. 2008. 130 f. Dissertação (mestrado em ciências da saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

PRICE, S. *Aromaterapia para doenças comuns*. São Paulo: Manole, 1999.

QUINTELA, M. M. C. L. *Águas que curam, águas que energizam: Etnografia da prática terapêutica termal na Sulfúrea (Portugal) e nas Caldas da Imperatriz (Brasil)*. 2008. 397 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.

RAJKUMAR, S.; JEBANESAN, A. Chemical composition and larvicidal activity of leaf essential oil from *Clausena dentata* (Willd) M. Roam. (Rutaceae) against the chikungunya vector, *Aedes aegypti* Linn. (Diptera: Culicidae). *Journal of Asia-Pacific Entomology*, Coréia do Sul, v. 13, n. 2, p. 107-109, jun. 2010.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai./jun. 2003.

RESSEL, L. B.; et al. O Uso do Grupo focal na Pesquisa qualitativa. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez. 2008.

REYNER, J. H. *Medicina psiônica: estudo e tratamento dos fatores causativos de doença*. São Paulo: Cultrix, 2005.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; AMARAL, A. C. F. Políticas públicas em plantas medicinais e fitoterápicos. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS; DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (Org.). *A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 9-28.

RODRIGUES, D. M. O. O Naturólogo: as Práticas Integrativas e Complementares e a Qualidade de Vida. In: MARTINS, R. M.; HAGEN, S. I. (Org.). *Ame suas rugas: aproveite o momento*. Blumenau: Odorizzi, 2007. p. 43-55.

_____. A intervenção naturológica na visão multidimensional do Ser. In: HELLMANN, F.; WEDEKIN, L. M. (Org.). *O livro das interações: estudos de casos em Naturologia*. Tubarão: Editora Unisul, 2008. p. 156-178.

RODRIGUES, D. M. O.; HELLMANN, F.; SANCHES, N. M. P. Apresentação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NATUROLOGIA, 2., 2009, Florianópolis. *Anais...* Palhoça: Editora Unisul, 2009. p. 8-9.

_____. A Naturologia e a interface com as racionalidades médicas. *Caderno Acadêmico Tubarão*, Tubarão, v. 3, n. 1, p. 24-36, 2011.

ROSS, J. *Zang Fu: sistemas de órgãos e vísceras da medicina tradicional chinesa*. 2. ed. São Paulo: Roca, 1994.

RUDER, E. A. M. C. *Guia compacto das plantas medicinais*. São Paulo: Rideel, 2002.

RUIZ, R. *Da Alquimia à Homeopatia*. Bauru: Edusc Unesp, 2002.

SALLES, S. A. C. *Homeopatia, universidade e SUS: resistências e aproximações*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

SANTIN, J. R.; COSTA, L. T.; BETTINELLI, L. A. Envelhecimento humano e violência intrafamiliar e suas interfaces. In: DIEHL, A. A.; VIEIRA, P. S.; BERTOLIN, T. E. (Org.). *Envelhecimento humano: experiência, diálogo e conflito*. Passo Fundo: Editora Universidade de Passo Fundo, 2011. p. 134-150.

SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1982.

_____. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

SANTOS, F. A. S.; et al. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não-médicos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 330-334, jul./ago. 2009.

SCHEFFER, M. *Terapia floral do Dr. Bach: Teoria e prática*. 11. ed. São Paulo: Pensamento, 2006.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalizações. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILVA, A. E. M. Naturologia: prática médica, saberes e complexidade. In: JORNADAS DE INVESTIGACIÓN EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL, 5., 2008, Buenos Aires. *Anais eletrônicos...* Buenos Aires: Disponível em: <http://www.apanat.org.br/_upload/repository/Naturologia_Adriana%20Magno.pdf>, 2008a. p. 1-14. Acesso em: 20 jan. 2012.

SILVA, S. L.; et al. Cytotoxic evaluation of essential oil from *Casearia sylvestris* Sw on human cancer cells and erythrocytes. *Acta Amazônica*, Manaus, v. 38, n. 1, p. 107-112, 2008 b.

SILVEIRA, P. F.; BANDEIRAM, A. M.; ARRAIS, P. S. D. Farmacovigilância e reações adversas as plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, João Pessoa, v. 18, n. 4, p. 618-626, dez. 2008.

SOUZA, A. C. *Como manda o figurino: práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre*. 2005. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-405, abr./jun. 2009.

SOUZA, R. R. *Acupuntura no tratamento da depressão*. 2007. 54 f. Trabalho de Conclusão (Especialização em Acupuntura) - Centro Integrado de Terapias Energéticas, Recife, 2007.

SPADACIO, C.; BARROS, N. F. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 158-164, fev. 2008.

SPADACIO, C.; et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-13, jan. 2010.

TEIXEIRA, Z. M. A ciência das formas peculiares de curar. *Jornal da USP*, São Paulo, v. 20, n. 718, p. 405, 2005. Disponível em: <<http://www.usp.br/joursp/arquivo/2005/jusp718/pag0405.htm>>. Acesso em: 26 jan. 2010.

TESSER, C. D. *Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas*. 2004. 414 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

_____. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago. 2009.

_____.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, jan./fev. 2008.

_____.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008.

TOMAZZONE, M. I.; NEGRELLE, R. R.; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. *Revista Texto & Contexto*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 115-121, fev. 2006.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. p. 13-160.

VICINI, G. *Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos*. 2. ed. São Paulo: Editora Senac, 2006.

WANNES, W. A.; et al. Antioxidant activities of the essential oils and methanol extracts from myrtle (*Myrtus communis* var. *italica* L.) leaf, stem and flower. *Food and Chemical Toxicology*, Oxford, v. 48, n. 5, p. 1362-1370, 2010.

WEIL, P.; D'AMBROSIO, U.; CREMA, R. *Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento*. São Paulo: Summus, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (WHO/UNICEF). Primary Health Care: report of the International Conference on PHC, Alma Ata, URSSS, p. 6-1, set. 1978, Geneva: World Health Organization, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National policy on traditional medicine and complementary/alternative medicine: general guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. Geneva: World Health Organization, 2000. 24 p.

_____. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva: World Health Organization, 2002. 65 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2012.

_____. Traditional medicine. Fact sheet n° 134., may. 2003a. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_134/en/print.html>. Acesso em: 20 dez. 2011.

_____. Guidelines on Good Agricultural and Collection Practices (GACP) for Medicinal Plants. Geneva: World Health Organization, 2003b. 80 p. Disponível em:

<<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546271.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2012, v. 1.

_____. Working group meeting on quality of academic education in traditional medicine: legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine. Geneva: World Health Organization, 2003c. 71 p.

APÊNDICE 1

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Guia temático

1º ENCONTRO

Objetivos do dia:

- a) Confirmar o pacto de pesquisa, explicação detalhada da proposta e formalização do TCLE.
- b) Realizar a dinâmica de acolhimento apoiada na musicalidade.
- c) Implementar passos iniciais do grupo focal: apresentação e caracterização dos participantes.
- d) Introduzir a temática do estudo, por meio do:
 - a. Elemento desencadeador dos debates: Reprodução de imagens de cenários diversos que reproduzem as PIC
 - b. Lançamento da questão: As imagens apresentadas o que nos trazem como lembrança?

2º ENCONTRO

Objetivos do dia:

- a) Apresentar a síntese do encontro anterior
- b) Validar os achados

- c) Retomar a condução dos debates centrado no objetivo de investigar o conhecimento, o uso e aceitação das terapias integrativas e complementares por idosos de diferentes contextos

3° ENCONTRO

Objetivos do dia:

- a) Apresentar a síntese do encontro anterior
- b) Ampliar as discussões
- c) Validar os dados

APÊNDICE 2

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Solicitação de autorização

Passo Fundo, de março de 2012.

Ilma. Sra.

Coordenadora do grupo de terceira idade “Associação Beneficente São José”

Ezilena Lionço Dal Prá

Pelo presente solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO GERONTOLÓGICO: A VOZ DOS IDOSOS”, junto a esta associação.

Professora Dra. Marilene Rodrigues
Portella
Orientadora

Diego Ferrari Frigotto
Mestrando

APÊNDICE 3

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Solicitação de autorização

Passo Fundo, de março de 2012.

Ilma. Sra.

Coordenadora do grupo de terceira idade “Conviver com Alegria”

Redi Zieminizak

Pelo presente solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO GERONTOLÓGICO: A VOZ DOS IDOSOS”, junto a este grupo.

Professora Dra. Marilene Rodrigues
Portella
Orientadora

Diego Ferrari Frigotto
Mestrando

APÊNDICE 4

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Solicitação de autorização

Passo Fundo, de março de 2012.

Ilma. Sra.

Coordenadora do grupo “Universidade sem Limites” da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Campus de Erechim

Ilza Kneib

Pelo presente solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO GERONTOLÓGICO: A VOZ DOS IDOSOS”, junto a este grupo.

Professora Dra. Marilene Rodrigues
Portella
Orientadora

Diego Ferrari Frigotto
Mestrando

APÊNDICE 5

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Solicitação de autorização

Passo Fundo, de março de 2012.

Ilma. Sra.

Coordenadora do Centro Regional de Estudos e Atividades para a Terceira Idade-
CREATI – Universidade de Passo Fundo

Monica Menezes Matte

Pelo presente solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO GERONTOLÓGICO: A VOZ DOS IDOSOS”, junto a este Centro.

Professora Dra. Marilene Rodrigues
Portella
Orientadora

Diego Ferrari Frigotto
Mestrando

APÊNDICE 6

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

a) EM FORMA DE CONVITE: Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO GERONTOLÓGICO: A VOZ DOS IDOSOS, de responsabilidade do pesquisador Diego Ferrari Frigotto sob a orientação da professora Dra. Marilene Rodrigues Portella.

b) JUSTIFICATIVA: Esta pesquisa justifica-se devido à nova realidade demográfica que aponta um aumento no número de idosos na população brasileira, com isso os problemas de saúde, neste segmento, também crescem. Novas alternativas de tratamento se apresentam nos serviços de saúde, seja público ou privado, o que motiva a busca pelo conhecimento sobre o uso e as razões de escolha dos indivíduos pelas chamadas práticas integrativas e complementares (PIC). Como se trata de recursos terapêuticos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde é importante se investir em estudos que abordem estas questões.

c) OBJETIVOS: Os objetivos desta pesquisa são: Investigar o conhecimento, o uso e aceitação das terapias integrativas e complementares por idosos de diferentes contextos. Além de descrever que influências os idosos atribuem ao uso desta prática sobre as suas condições de saúde e identificar às razões atribuídas a escolha e busca por tais práticas, na concepção dos participantes.

d) PROCEDIMENTOS, LOCAL, DIA, HORA DA PESQUISA ETC: A sua participação na pesquisa será por meio de três (3) encontros. Quanto aos dias do encontro, o horário e o local será de acordo com as possibilidades do grupo. Quanto a duração, está previsto em torno de 2 horas, no mínimo, 1 hora e 30 minutos e não excedendo a 3 horas.

e) POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS: Esta atividade não traz nenhum desconforto ou risco à saúde, por se tratar de encontro para discussão de um assunto não

polêmico através de dinâmica de grupo, guiadas pelo moderador qualificado, no caso o pesquisador o qual fará encaminhamentos quanto ao tema e intervenções que facilitem as trocas, procurando manter os objetivos da pesquisa. Na primeira sessão: buscar-se-á fazer a leitura detalhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e formalização por meio da assinatura, seguida da apresentação dos participantes e com o início da discussão a partir de tópicos norteadores capazes de atender ao objetivo de identificar dentro do contexto das PIC quais recursos que os idosos utilizam no seu sistema de cuidado; segunda sessão: apresentação da síntese da sessão anterior e dos tópicos norteadores capazes de atender ao objetivo de descobrir e descrever que influências os idosos atribuem ao uso desta prática sobre as suas condições de saúde; e terceira sessão: a mesma ocorrerá para ampliar as discussões e validação dos achados.

f) **BENEFÍCIOS:** Ao participar da pesquisa, você terá como benefício a oportunidade de discutir sobre as terapias alternativas de tratamento, conhecer outras formas de terapêutica e cuidado de saúde, a partir das conversas do grupo.

g) **ESCLARECIMENTOS:** Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada a pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo.

h) **LIBERDADE:** Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

i) **SEM GASTOS E REMUNERAÇÃO:** A participação no estudo não acarretará custos para você, pois estes serão cobertos pelo orçamento da pesquisa a cargo do pesquisador. Caso tenha alguma despesa relacionada à pesquisa, terá o direito de ser ressarcido (a) e não receberá pagamento pela sua participação no estudo.

j) **SIGILO E DA PRIVACIDADE:** Os dados debatidos serão registrados no diário de campo do pesquisador este será exclusivo ao mesmo sendo que as informações serão gravadas e os registros serão posteriormente destruídos. Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados preservando sua identidade.

k) **DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS:** O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados desta pesquisa serão guardados ou enviados para você, caso desejar. Seu nome ou o material que indique a

sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Assim você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados.

1) DÚVIDAS: Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considere prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com o pesquisador Diego Ferrari Frigotto pelo telefone (54) 35311280, ou com o curso Mestrado em Envelhecimento Humano pelo (54) 33168384, ou também consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316 8370.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Passo Fundo, ____ de ____ de 2012.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

Observação: o presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa.

