



Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social
ISSN: 2318-8413
refacs@uftm.edu.br
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Brasil

Práticas integrativas e complementares: percepções de praticantes de Chi Kung

Cadore, Natália de Toledo; Galdiano, Felipe Menezes Ribeiro; Assunção, Luiza Maria de; Aragão, Ailton de Souza; Querino, Rosimár Alves

Práticas integrativas e complementares: percepções de praticantes de Chi Kung

Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, vol. 3, 2020

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497968143008>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.



Práticas integrativas e complementares: percepções de praticantes de Chi Kung

Integrative and complementary practices: perceptions of Chi Kung practitioners

Prácticas integradoras y complementarias: percepciones de los practicantes de Chi Kung

Natália de Toledo Cadore 1

Não informado, Brasil

nataliatcadore@hotmail.com

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497968143008>

Felipe Menezes Ribeiro Galdiano 2

Não informado, Brasil

casaguilauberaba@hotmail.com

Luiza Maria de Assunção 3

Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Brasil

luassunc@gmail.com

Ailton de Souza Aragão 4

Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde

do Trabalhador (PPGAT) do Instituto de Geografia da

Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Brasil

ailton.aragao@ufts.edu.br

Rosimár Alves Querino 5

Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde

do Trabalhador (PPGAT) do Instituto de Geografia da

Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Brasil

rosimar.querino@ufts.edu.br

Recepción: 14 Abril 2020

Aprobación: 29 Septiembre 2020

RESUMO:

Esta é uma pesquisa qualitativa e descritiva realizada em um município mineiro no primeiro semestre de 2016, com o objetivo de compreender a condição e percepção de saúde, bem como a corporeidade após a prática de Chi Kung em usuários de unidade especializada em reabilitação. Utilizou-se entrevista individual e grupo focal de forma audiogravada. Participaram nove usuários, das quais, a maioria era do sexo feminino, na faixa etária de 19 a 59 anos, se autodeclarou parda, em união estável e com ensino fundamental incompleto. Na análise de conteúdo emergiram duas categorias: Caminhar na rede SUS e Percepções de saúde e

NOTAS DE AUTOR

- 1 Psicóloga, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4299-1474
- 2 Fisioterapeuta, Especialista em Acupuntura, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-6470-458X
- 3 Cientista Social. Mestre e Doutora em Sociologia. Professora do Curso de Direito da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Ituiutaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-6106-1200
- 4 Cientista Social. Mestre em Sociologia. Doutor em Enfermagem em Saúde Pública. Pós Doutor em Ciências. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT) do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-0793-2594
- 5 Cientista Social. Mestre e Doutora em Sociologia. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da UFTM, Uberaba/MG, Brasil. Docente do PPGAT/UFU/, Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7863-1211

corporeidade. A adesão ao Chi Kung relacionou-se a: melhorias na condição de saúde; experiências anteriores de cuidado e vínculo com a profissional. O desenvolvimento do autocuidado, a desmedicalização e a ampliação das percepções de saúde e corporeidade foram destacados como contribuições da prática. A possibilidade de implantação dos grupos na atenção primária foi reconhecida pelos participantes. A institucionalização das práticas integrativas e complementares no município é fundamental para a expansão das iniciativas e do acesso.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias complementares, Qigong, Autocuidado.

ABSTRACT:

This is a qualitative and descriptive research carried out in a municipality in the state of Minas Gerais, Brazil, in the first half of 2016. This study aimed to understand the condition and perception of health, as well as the corporeality after the practice of Chi Kung in users of a specialized rehabilitation unit. Individual interviews and focus groups were used in an audio recorded way. Nine users participated, most of which were female, aged 19 to 59 years old, declared themselves pardo (mixed raced), in a stable relationship and with incomplete elementary education. In the content analysis, two categories emerged: Walking through the SUS network; and Perceptions of health and corporeality. Adherence to Chi Kung was related to: improvements in health conditions; previous care and bonding experiences with the professional. The development of self-care, de-medicalization and the expansion of perceptions of health and corporeality were highlighted as contributions of practice. The possibility of setting up groups in primary care was recognized by the participants. The institutionalization of integrative and complementary practices in the municipality is fundamental for the expansion of initiatives and access.

KEYWORDS: Complementary therapies, Qigong, Self care.

RESUMEN:

Esta es una encuesta cualitativa y descriptiva realizada en una ciudad de Minas Gerais, Brasil, en el primer semestre de 2016, con el objetivo de comprender la condición y la percepción de la salud, así como la corporeidad después de la práctica del Chi Kung en los usuarios de una unidad especializada en rehabilitación. Se utilizó la entrevista individual y el grupo focal con grabación de audio. Participaron nueve usuarios, la mayoría de los cuales eran mujeres, de 19 a 59 años, que se declararon pardas, en pareja de hecho y con educación primaria incompleta. En el análisis del contenido surgieron dos categorías: Caminando en la red del SUS; y, Percepciones de salud y corporeidad. La adhesión al Chi Kung estuvo relacionada con: mejoras en la condición de salud; experiencias previas de cuidado y vínculo con el profesional. Se destacaron como contribuciones a esta práctica el desarrollo del autocuidado, la desmedicalización y la ampliación de las percepciones de la salud y la corporeidad. Los participantes reconocieron la posibilidad de poner en práctica los grupos en la atención primaria. La institucionalización de prácticas integradoras y complementarias en el municipio es fundamental para la expansión de las iniciativas y del acceso.

PALABRAS CLAVE: Terapias complementarias, Qigong, Autocuidado.

INTRODUÇÃO

O desencantamento com o modelo biomédico ou com a medicina convencional leva muitas pessoas a procurarem formas alternativas de tratamento, de modo que o número de profissionais que praticam outros modelos de cuidado e cura está em expansão. Esta busca pode ser explicada pelas crises da saúde e da medicina, e indicam lacunas dos sistemas coletivos de saúde e das terapêuticas convencionais no atendimento da totalidade das demandas de saúde das populações⁰¹.

O movimento de busca das práticas alternativas intensifica-se na década de 1960, e foi motivado por diversos fatores, como a mudança do perfil de doenças que atingiam a população; o aumento da expectativa de vida e, principalmente, um movimento que iniciava a crítica em relação à assimetria de poder entre médicos e pacientes que consistia, também, em pensar novas formas de relação entre estes dois lugares de cuidado⁰².

A proposta da medicina integrativa traz à tona uma tentativa de abranger diferentes campos, desde a interação da medicina alternativa e complementar com a medicina convencional; a combinação de sistemas antigos de cura com a biomedicina moderna; a valorização do relacionamento e da comunicação profissional-usuário; a consideração da pessoa de forma integral; a utilização de evidências; e o enfoque na saúde, na cura e na prevenção de doenças⁰².

Essas práticas integrativas buscam transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura, características muito arraigadas na sociedade atual. O resultado dessa busca é a criação de novas visões que valorizam o sujeito e sua relação com o/a terapeuta como elemento fundamental da atenção à saúde, bem como o uso de tecnologia leve⁰³. Tal perspectiva também valoriza a saúde como elemento fundamental da terapêutica, em oposição ao papel central que a noção de doença e seu combate ocupam no modelo biomédico. Assim, as novas representações que surgem na cultura à partir das terapias alternativas podem ser entendidas como resgate de valores abandonados na dimensão terapêutica da biomedicina⁰¹.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁰⁴, o termo Medicinas Tradicionais engloba práticas originárias da cultura de cada país, como, por exemplo, a medicina tradicional chinesa, a ayurveda hindu e a medicina indígena. Deste modo, as Medicinas Alternativas e Complementares/Tradicionais incluem práticas manuais e espirituais, com ervas, partes animais e minerais, sem uso de medicamentos quimicamente purificados (acupuntura, reiki, florais, quiropraxia), atividades corporais (Tai Chi Chuan, Yoga, Lian Gong) e, referindo-se a um ramo da Medicina Tradicional Chinesa, que visa a mobilização da energia vital do corpo, a correção de desarmonias e o restabelecimento do equilíbrio da saúde física e emocional do praticante, entre outras.

No Brasil, desde a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2006, o termo mais empregado para se designar sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos diferenciados é o de Práticas Integrativas e Complementares (PICs).

A PNPIC envolve abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros aspectos compartilhados nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado, o que aproxima da promoção da saúde. A PNPIC considera, em seu escopo, as práticas da Medicina Tradicional Chinesa (em especial a Acupuntura), a Medicina Homeopática, as Plantas Medicinais (Fitoterapia), o Termalismo Social (Crenoterapia) e a Medicina Antroposófica⁰⁵.

A PNPIC visa incorporar e implementar as PICs no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos, da promoção e recuperação da saúde; expandir a resolutividade do sistema de saúde e ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; promover a racionalização das ações de saúde e estimular alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; instigar ações referentes ao controle e à participação social; promover o envolvimento dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde⁰⁵.

Embora o Ministério da Saúde tenha, desde a PNPIC, expandido o rol de práticas integrativas e complementares⁰⁶, um estudo⁰⁷ indica que não há institucionalização das PICs na maioria dos municípios brasileiros. A falta de institucionalização se desdobra em outras consequências: instabilidade e fragilidade na oferta das práticas, desafios para garantir monitoramento e avaliação e para assegurar qualidade e segurança aos usuários.

Nota-se a importância de estudos sobre o processo de incorporação das práticas integrativas e complementares no SUS que possam contribuir para a compreensão dos avanços e desafios para sua efetivação e para que a população, profissionais e instituições de saúde superem a cultura medicalizadora e hospitalocêntrica de cuidado à saúde⁰⁸.

A OMS destaca como um dos elementos estratégicos do Plano de Ação (2014-2023)⁰⁹ a instituição de canais de escuta dos usuários que permitam compreender o modo como tem experimentado tais práticas, especialmente sobre quem as pratica, quando e porque buscam as PICs, benefícios obtidos e a qualificação dos profissionais que as conduzem.. Ampliar os estudos pode cooperar para a garantia de oferta das PICs com qualidade, eficiência e segurança para os usuários.

A prática de Chi Kung (CK) compreende um conjunto amplo de técnicas de exercícios corporais. Seus movimentos e posturas são realizados de modo coordenado com questões psíquicas, principalmente o relaxamento e a respiração. O CK inclui, também, massagem e meditação. A flexibilização e o fortalecimento do corpo são considerados meios para atingir a harmônica circulação da energia e o uso da respiração é fundamental, pois se trata de um elemento importante para se alcançarem os propósitos previstos nessas práticas¹⁰.

Assim, este estudo tem como objetivo compreender a condição e percepção de saúde, bem como a corporeidade após a prática de Chi Kung para usuários de unidade especializada em reabilitação.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo e qualitativo, que busca compreender o sentido ou a lógica interna que os sujeitos atribuem às ações, representações, sentimentos, opiniões e crenças¹¹.

O cenário de pesquisa foi uma unidade especializada em reabilitação (UER) de um município do interior de Minas Gerais. A instituição mantida pelo governo municipal atende exclusivamente pelo SUS. No momento da pesquisa, a equipe técnica da unidade era composta por dez fisioterapeutas, dois psicólogos e um terapeuta ocupacional. Dentre os serviços ofertados, destacavam-se fisioterapia, cinesioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional, acupuntura, Reiki e os grupos de CK.

A pesquisa foi desenvolvida com usuários de três grupos de CK da UER. Estes aconteciam duas vezes por semana, em dias e turnos alternados, e eram conduzidos por uma fisioterapeuta com especialização em CK e outras práticas integrativas.

Em um primeiro momento, os pesquisadores participaram de encontros dos grupos e apresentaram a pesquisa. Posteriormente, foram convidados os praticantes do CK que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: participante do grupo de CK como parte de seu tratamento na instituição há pelo menos três meses, com 18 anos ou mais, independente do sexo, escolaridade e necessidade de saúde atendida.

Os critérios de exclusão consistiram em: não dispor de condições para deslocar-se até o local de realização do grupo focal (GF) e possuir comprometimentos de saúde que não permitissem a comunicação com os pesquisadores e outros praticantes do CK.

No período de construção dos dados, de abril a maio de 2016, os três grupos de CK atendiam cerca de 25 usuários. Considerando as recomendações para a condução de grupos focais¹².

O GF foi conduzido com utilização de um roteiro com questões norteadoras que exploravam as motivações para a prática de CK, utilização de outros serviços de saúde na rede SUS e contribuições da prática integrativa e complementar para sua saúde. Houve a atuação de uma moderadora e de uma observadora que anotava as interações entre os participantes.

O GF ocorreu em sala com condições de sigilo e privacidade, e foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise de conteúdo em sua modalidade temática guiou a organização e análise dos dados¹¹. No processo analítico, cada integrante da equipe desenvolveu a leitura flutuante do material produzido no GF com mapeamento das unidades de sentido.

O delineamento das categorias ocorreu em equipe com revisão das convergências e possíveis divergências, com posterior leitura coletiva. Os resultados foram interpretados à luz da produção acadêmica sobre as PICs.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 51105915.7.0000.5154). Neste artigo, foram atribuídos nomes de músicos brasileiros para identificar os participantes e garantir sigilo e privacidade.

RESULTADOS

Perfil dos praticantes de Chi Kung

Participaram nove usuários envolvidos com as atividades de CK. A Tabela 1 apresenta a caracterização em relação ao sexo, faixa etária, escolaridade e religião. A maioria dos participantes era do sexo feminino (77,8%), na faixa etária de 19 a 59 anos (77,8%), autodeclarou-se parda (44,5%), em união estável (44,5%) e com ensino fundamental incompleto (66,7%). Em relação à religião, houve diversidade de credos (Tabela 1).

TABELA 1.
Perfil sócio demográfico dos participantes. Minas Gerais, 2016.

Variável	N.º	%
Sexo		
Feminino	7	77,8%
Masculino	2	22,2%
Faixas etárias		
De 19 a 59 anos	7	77,8%
60 anos e mais	2	22,2%
Etnia		
Branca	3	33,3%
Negra	1	11,1%
Parda	4	44,5%
Amarela	1	11,1%
Estado Civil		
Solteiro	3	33,3%
União Estável	4	44,5%
Divorciado/separado	1	11,1%
Viúvo	1	11,1%
Religião		
Católica	3	33,3%
Espírita Kardecista	3	33,3%
Evangélica	3	33,3%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	6	66,7%
Ensino médio incompleto	1	11,1%
Ensino médio completo	2	22,2%

Foram construídas duas categorias temáticas: *Caminhar na Rede SUS*; e *Percepções de saúde e corporeidade*.

Caminhar na Rede SUS

Os usuários foram inquiridos sobre quais instituições de saúde da Rede SUS utilizavam para cuidar de sua saúde. Observou-se utilização de ambulatórios municipais (100%); de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes Saúde da Família (66,7%); de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (55,6%) e de ambulatórios e hospitais universitários (33,3%).

Quanto ao encaminhamento para tratamento na UER, foram citados alguns pontos da Rede, tais como: UPA, ambulatórios municipais e ambulatórios vinculados às instituições de ensino. Quanto à extensão corporal envolvida, verificou-se: membros inferiores (44,5%), membros inferiores e coluna (22,2%), dores no corpo em geral/fibromialgia (22,2%) e membros superiores (11%).

No GF os usuários trazem as queixas motivadoras:

O meu também foi por causa de um rompimento da rótula. Eu tava praticando esporte, tava jogando futebol. E eu já tinha machucado o joelho uma vez, mas não desta forma que foi agora. Agora rompeu a rótula, assim, bem dizer quase total. (Nando)

O meu foi inflamação no cotovelo, aí eu fui no ortopedista [no ambulatório municipal] e ele falou pra fazer a fisioterapia. (Cássia)

Eu também vim porque eu tô fazendo tratamento com o doutor [ortopedista] e ele me encaminhou pra cá. (Rita)

O que me trouxe aqui foram as dores, que eu sentia muita dor no corpo. Eu tava direto no UPA, reclamando de dor nas costas, nas pernas, no ombro, pescoço. Aí o pessoal me falou pra procurar o médico [no ambulatório municipal] e o doutor me deu o encaminhamento e eu vim pra cá. (Maysa)

Quando eu cheguei na UER, eu cheguei um bagaço, eu cheguei um bagaço praticamente. [...] E eu tenho acompanhamento no ambulatório [federal de ensino], de 3 em 3 meses. (Elis)

No que se refere ao tempo de atendimento na UER, 55,6% dos participantes estavam em atendimento há até seis meses; 22,2% de seis meses a um ano e 22,2% há 13 meses e mais. E, a maioria dos participantes praticava o CK há até seis meses (66,7%); 22,2% praticavam há 13 meses e mais e, 11,1% estavam inseridos de seis a 12 meses.

O encaminhamento para a UER estava focado no atendimento por fisioterapeuta e, segundo os participantes, os médicos não se referiram ao CK ou outras terapias complementares como possibilidades terapêuticas. Após a adesão aos grupos, alguns usuários esclareceram aos médicos sobre a oferta do CK na UER:

Ela [a médica] pergunta como que eu estou. Aí eu falo que eu tô continuando na fisioterapia e no grupo. Aí ele falou pra eu continuar, que era pra não parar, que se tava sendo bom pra mim, pra continuar. (Maysa)

Eu falei as técnicas que a gente fazia pra ele [o médico], mas não sabia o nome, aí ele falou: “Tá vendo, o que você tá fazendo é pro corpo todo, você não tá fazendo só pro braço. Você já tá garantida, você já tá fazendo o cuidado completo”. (Cássia)

Eu chegava lá [no ambulatório] praticamente arrastada. Chegava lá arrastada, e agora não. Agora eu vou sozinha. Ele [o ortopedista] ficou bobo de ver, da penúltima e a última vez que eu fui ver ele. Eu fui sozinha sem ninguém me acompanhando. Ele assustou a hora que me viu. Aí ele falou: “Onde que você tá fazendo fisioterapia?” [...] Ele falou pra mim: “Eu não tive a oportunidade ainda de conhecer esse lugar lá, já ouvi falar.” Aí eu contei pra ele da fisioterapia, que não é uma fisioterapia, é uma fisioterapia chinesa. (Elis)

Alguns dos participantes compartilharam outras experiências em serviços de saúde que, segundo eles, eram centradas no uso de aparelhos e nas quais não havia comprometimento dos profissionais. Para tecer essas críticas, compararam o atendimento recebido em clínicas privadas e na atenção primária com o trabalho executado pela profissional responsável pelo CK na UER:

Ele [médico] falou que no postinho [unidade básica de saúde] têm fisioterapeuta, uma vez por semana [profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família]. Eu cheguei a ir. Cheguei lá e eles falaram que não podiam fazer nada pela gente, que o que eu preciso é aparelho. Você vê que se cada postinho desse que tivesse uma fisioterapeuta fizesse isso que é feito aqui [grupo Chi Kung], [...] se tivesse um interesse maior, entendeu? (Cássia)

Mas elas [fisioterapeutas] não têm o interesse de buscar, eles não me fornecem nada [...] Eles não têm nada, mas eles também não vão além, não buscam. (Carmen)

Onde eu fiz particular, a fisioterapeuta nem me pôr a mão ela punha. Ela chegava perto de mim, embrulhava aquela placa na toalha e enfiava debaixo de mim, ligava o aparelho, ficava aquele trem quente, a hora que vencia os minutos ia lá e desligava. Ela nunca chegou perto de mim, nunca ergueu minha perna, nunca pegou no meu calcinhar, nunca tentou alongar minha perna, nunca tentou fazer nada comigo, entendeu? Era eu sozinha. E eu ainda pagava. (Elis)

Notou-se admiração para com a profissional que os atende na UER:

Já falei pra ela: "Você atende bem, você conversa bem, você ensina, você não só passa." Porque o bom líder, vai na frente e mostra como faz, e põe a mão em você e mostra: "É assim, assim e não só manda você fazer." [...] ela não muda, todo dia é a mesma coisa, o mesmo ensinamento, a mesma dedicação, o mesmo humor, você entendeu? (Nando)

Mas ela é uma profissional excelente [...], ela ama o que ela faz, não é pra qualquer um. [...] Ela faz com carinho, ela dá atenção pro paciente. É poucos, pra conseguir o resultado que a fisioterapeuta consegue, você não acha? (Renato)

A [profissional] ajuda muita gente. (Rita)

Além da admiração, os participantes se mostraram atentos aos detalhes dos ensinamentos da prática do CK e relataram que esta característica se apresentava, também, na profissional, descrita como detalhista e cuidadosa:

. [fisioterapeuta] é muito delicada [...]. No começo que eu comecei a fazer com a [profissional], ela me ajudava. Ela punha a mão no meu pé, levantava a minha perna, eu não dava conta de levantar. (Elis)

Ela [fisioterapeuta] é muito detalhista, o bom dela é isso. Que ela faz as coisas e, ao mesmo tempo, ela mostra: "Aqui você está fazendo, a hora que você levantar e for embora você vai continuar fazendo." [...] ela ensina porque ela quer te ver bem, isso é muito importante. (Nando)

Assim, ela é determinada, enquanto ela não vê que você tá fazendo aquele exercício, aquele determinado exercício corretamente, ela não sossega. (Cássia)

Percepções de saúde e corporeidade

Os usuários referiram mudanças em suas condições corporais e, a partir delas, redução de suas queixas. Relatos de dores anteriores à lesão atual também foram contempladas neste cuidado:

Antes de chegar aqui eu não tava andando bem, hoje eu já tô bem melhor, tô andando quase normal [...] não dobrava a perna, inchava bastante. E com a realização desse tratamento aqui está sendo bastante proveitoso porque tá voltando ao normal [...]. (Rita)

Que nem, por causa de um acidente de moto que eu tive eu tenho problema do lado da lombar esquerda. Então, acaba que os exercícios que eu tô praticando aqui tá diminuindo muito estas dores, sabe? E eu vim por causa de um joelho e tô tratando outra coisa [...]. (Nando)

Além do alívio significativo de suas dores, os praticantes de CK apontaram diferenças positivas em seu estado mental e psíquico, revelando melhorias na autoestima e segurança em seu próprio corpo no dia-a-dia. Estas percepções sinalizam os impactos globais da prática e dialogam com a medicina tradicional chinesa na qual corpo, mente e alma estão interligados:

Psicologicamente, fisicamente, a autoestima da gente, tudo meu mudou. Ele [CK] deixa a gente mais calma, eu, por exemplo, quando eu venho aqui eu fico mais calma, eu durmo bem, eu fico mais relaxada, entendeu? Tanto fisicamente quanto mentalmente. Ele abrange mais, mentalmente na gente. Sabe? Ele descansa mais, quando você faz esse exercício. (Elis)

Esta visão integral foi verbalizada em diferentes momentos do GF. Os participantes perceberam mudanças em suas formas e posturas corporais após o início do CK, especialmente na respiração, em sua forma de andar, seu jeito de sentar, levantar e até mesmo de dormir:

Da forma como a gente sentava, talvez doía as costas toda hora você tinha que ficar mexendo pra ver se para de doer. Da forma que a profissional vem ensinando a gente, a forma de sentar, a forma de anda. Além de você estar trabalhando ali o físico, você aprende a prestar atenção no exercício que você tá fazendo. Então, aquilo ali acaba fazendo você trabalhar mais a forma de você fazer as coisas direito. [...] Lá fora a gente pode usar também, que nem, o encaixe de quadril, respiração, isso aí é aprender bastante. Você aprendendo a respirar, aprendendo a andar [...]. (Nando)

Eu aprendi a ver o meu jeito de dormir. Eu levantava de qualquer jeito. Aprendi que não pode, primeiro tem que jogar as pernas pra baixo, pra depois você levantar da cintura pra cima, eu levantava de qualquer jeito... eu não tinha postura. (Elis)

A partir deste ponto de vista onde os participantes começam a olhar para sua própria saúde, existe um novo senso que antes lhes era despercebido, o de autoconhecimento e de educação em saúde, pois estes começam a participar ativamente em seu autocuidado.

Para além da promoção do autocuidado, o alívio de dor e a melhor condição emocional são apontados pelos usuários como possibilidade de redução dos medicamentos utilizados:

Ultimamente nem preciso de remédio mais, até parei de tomar, todos os remédios. Antes de vir pra cá eu tomava anti-inflamatório e remédio pra dor, depois que eu comecei a fazer eu não tomo nada disso mais, acabou as dores. (Renato)

A quantidade de remédio que a gente toma, você pode conversar com todo mundo, já diminuiu demais. Os remédios falam por si. (Cássia)

Na percepção dos usuários, a maior motivação para a adesão aos grupos de CK relaciona-se à possibilidade que essa prática fornece a seus integrantes de realizarem um trabalho complexo em que todo o corpo é mobilizado:

Pra dor não voltar. Pra você ver, o meu problema foi no braço, mas me ajudou em outras partes do corpo, então não é só... (Cássia)

Tinha dor nas costas, isso mudou, entendeu? Muita dor na batata da perna e não tenho mais. Entendeu? Então, começou pro braço e melhorou outras coisas. E outras coisas que melhorou é o que motiva pra não parar... (Carmen)

Além disso, outras dimensões que não somente a física são abarcadas. É possível notar essa articulação das diferentes dimensões da vida humana quando os depoentes afirmam se beneficiar psicologicamente da prática do CK:

Não somente a parte afetada da dor né, mas sim de tá reintegrando todo o corpo, você tá reabilitando todo o corpo [...] você acaba trabalhando da cabeça aos pés [...]. Você acaba colocando o corpo todo em um ato assim, normal, que você não sente dor, você passa a trabalhar, melhor, dormir melhor, você acorda mais animado no dia a dia [...] E mentalmente. Mentalmente parece que você assim, porque a dor, ela acaba afetando né? O nervosismo, o mau humor. (Nando)

Psicologicamente, fisicamente, a autoestima da gente, tudo meu mudou. Psicologicamente, fisicamente, mentalmente, tudo. Tudo. (Elis)

As diversas formas de motivação que aparecem nos relatos dos participantes se vinculam diretamente às percepções de seu “novo corpo” e suas possibilidades, especialmente pela energia gerada com o CK:

Você tem mais um ânimo pra trabalhar, pra fazer, pra conversar. E tem mais aptidão física, de fazer as coisas. Dá bastante energia, uma energia que a gente não tem só com a fisioterapia normal, mas você acaba trazendo aqui, você vê que você faz o exercício você gasta a energia, mas ao mesmo tempo, você sai daqui você sai bem melhor. Aquela mesma energia, você perde uma energia, mas você ganha uma energia positiva, que você leva ela pro seu dia. (Nando)

As narrativas no GF evidenciaram que os benefícios percebidos pelos usuários, os estimulam à adesão ao grupo. Para além das dores e lesões que motivaram a busca pela UER, os praticantes referiram o desenvolvimento de atitudes preventivas:

É onde que eu falei que o que nós estamos aprendendo aqui dentro a gente pode [...] evitar, a gente pode prolongar uma vida melhor. [...] Se acontecer de se machucar pode ser que pode acontecer melhor [...] de uma forma menor ou nem acontecer, por causa de uma boa postura que a gente tá aprendendo aqui dentro. (Nando)

Eu não vou ter problema não [...] Então, assim, a gente vai fazendo hoje, você já tá adiantando coisas que poderiam vir pela frente, você já tá prevenindo por agora [...] se tivesse aprendido isso antes, poderia não ter isso. (Renato)

Os aprendizados de uma forma mais saudável de cuidado se desdobram na socialização dos conhecimentos com familiares:

Eu ensino pro meu marido que ele tem que levantar assim, ensino meu pai também. (Rita)

Minha filha é muito alta. Ensinei ela pôr o balde em cima da cadeira pra passar pano, o rodo dela a gente comprou um cano de PVC [para colocar no cabo] e ficar um pouco maior. (Cássia)

DISCUSSÃO

O cenário de estudo é uma unidade especializada em reabilitação, que integra o nível secundário de atenção à saúde. Uma das características comuns aos participantes do estudo é ter sido atendido em outros pontos da rede e serem referenciados para a instituição em decorrência de demandas por reabilitação. O referenciamento estava direcionado à reabilitação centrada no atendimento por fisioterapeutas.

Os participantes não referiram indicações dos médicos para a utilização da acupuntura ou do CK. Tal fato pode estar relacionado ao desconhecimento dos serviços ofertados na Rede SUS em âmbito municipal e, também, à resistência dos profissionais dos diversos pontos da rede em incorporar as PICs, como foi observado em estudo desenvolvido em outro município mineiro¹³. Cabe ainda considerar que a formação para atuar em PICs é um dos principais desafios destacados pela OMS.. É imperativo o investimento do Estado na oferta de oportunidades de formação em PICs para garantir sua expansão.

Alguns praticantes do CK referiram que, diante de melhorias no quadro de saúde, foram inquiridos pelos médicos sobre o atendimento na reabilitação e esclareceram sobre as práticas corporais. A recomendação médica para a continuidade no grupo diante da melhora observada indica o caráter complementar que as práticas assumiram na atenção à saúde dos participantes e reiteram o poder do discurso médico nos processos de cuidado.

Os usuários da UER, assim como os profissionais de diferentes pontos da rede, desconheciam a existência dos grupos de CK e só tiveram acesso às práticas quando convidados e esclarecidos pela fisioterapeuta. O caso em pauta é bastante específico, pois é a única iniciativa existente na rede SUS no município mineiro. Assim, entende-se que divulgar a experiência pode contribuir para ensejar a implementação de novas práticas e incitar a discussão da PNPIC pelos gestores, conselheiros da saúde e comunidade em geral.

O protagonismo da fisioterapeuta na criação e manutenção dos grupos de CK também é apontado em outros trabalhos^{07,14}, como elemento importante para avaliar a institucionalização das práticas. Quando as iniciativas se dão por esforços dos profissionais sem o devido apoio dos gestores, a possibilidade de interrupção e descontinuidade da oferta é verificada, pois não há uma política de estado e sim “de pessoas”⁰⁷. O interesse e o investimento dos profissionais para introduzir novas práticas de cuidado podem ser genuínos e confrontados com a chamada inércia institucional¹⁴.

Quando da elaboração do projeto da presente pesquisa, a UER mantinha grupos de Lian Gong, suspensos diante do desligamento da fisioterapeuta responsável. Tal fato expõe os desafios para a manutenção das práticas e reafirma a importância da institucionalização, como já explicitado em experiências como as de São Paulo (SP)¹⁵ e Amparo (SP)⁰⁸.

Pesquisa realizada com coordenadores de unidades da atenção primária de municípios da região de Campinas-SP, aponta outros desdobramentos da falta de incorporação das PICs como parte do processo de trabalho das equipes: sobrecarga de trabalho para aqueles responsáveis pelas PICs; conflitos com as atividades da equipe e falta de prioridade para as PICs diante de várias ações da instituição, além de conflitos de baixo reconhecimento e visibilidade nas relações internas¹⁴.

Ainda sobre a atenção que os usuários receberam nas instituições de saúde, em alguns relatos é possível perceber críticas ao modelo de atenção hegemônico presente até mesmo nas UBS e ESF do município. Os

participantes reportaram pouco “compromisso” dos profissionais com a resolução de suas necessidades em saúde, consideradas como específicas da atenção especializada e dependentes de tecnologia.

Vislumbraram a possibilidade de realizar o CK na atenção primária à saúde (APS), motivo pelo qual criticaram o posicionamento das profissionais do Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) de que sem equipamento não seria possível “fazer nada” e da profissional de clínica privada, cujo atendimento estava restrito aos equipamentos, “sem colocar a mão” na usuária. Dito de outro modo: os participantes captaram a essência das tecnologias leves⁰³ e das potencialidades do cuidado nos territórios, como descrito na literatura¹⁵.

O entendimento dos participantes está em consonância tanto com a PNPI⁰⁵ quanto com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), sobre o lugar estratégico da APS na oferta das PICs. Estudos^{07,16} têm assinalado a sinergia entre a PNPI e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o alcance das PICs nos territórios. O incremento das práticas nas APS tem sido uma característica das experiências nacionais, como indica pesquisa⁰⁷ na qual observou-se que 74,35% da oferta das PICs ocorria na APS. De modo que:

“Inserir as PICs na APS é reconhecer o pluralismo terapêutico necessário no manejo complexo do cotidiano das unidades de saúde, que requer abordagem familiar e comunitária, desenvolvendo a longitudinalidade do cuidado e a integralidade da atenção, premissas convergentes da APS e das PICs.”⁰⁷

O usuário em contato com as PICs (re)constrói as representações hegemônicas de saúde, doença, tratamento e cura. Cria outras visões que frequentemente valorizam o sujeito e sua relação com o terapeuta como elemento fundamental do processo saúde-doença-cuidado bem como o uso de tecnologias leves⁰¹. A qualidade existente na relação terapeuta-paciente é um aspecto central para as PICs. Esta deve ser de cuidado e de atenção aos diversos desdobramentos que, porventura, possam estar atrelados a uma pessoa e sua dor, ou ao seu adoecimento.

De modo ampliado, os participantes descreveram a construção de relações terapêuticas calcadas na escuta, na construção de vínculos e no aprendizado. Os praticantes do CK apontam temas cruciais que tocam na institucionalização das PICs no SUS e que implicam na capacitação dos profissionais e na construção de uma nova cultura de atenção à saúde calcada na integralidade⁰⁷.

Os dados aqui apresentados estão em consonância com os achados de outra investigação¹⁷ em relação à oferta das PICs em serviços especializados. A abordagem integral das demandas dos usuários influencia no atendimento em modalidades individuais e, também, em práticas corporais¹⁷. Os participantes do estudo faziam uso da fisioterapia, da acupuntura e eram praticantes do CK. A singularidade do cenário deste estudo reside no fato de que a oferta das PICs ocorre em um serviço de reabilitação cujas ações são centradas na medicina convencional. Assim, é possível que o acesso à acupuntura e a posterior adesão às práticas corporais do CK tenham sido influenciados pelo vínculo com a fisioterapeuta que os atendia e perdurou mesmo após a consecução do tratamento convencional.

Dentre as práticas corporais constantes na PNPI, o CK é uma prática terapêutica que pode ser compreendida, aprendida e executada pelas pessoas com relativa facilidade, apesar de sua complexidade, rompendo com a passividade dos tratamentos ocidentais de saúde e com o acesso restrito às práticas preventivas e integrativas^{08,18}.

O CK apresenta ação terapêutica e preventiva de fácil assimilação, que pode ser praticada de forma autônoma pelos indivíduos, permitindo acrescentar aos cuidados de especialistas a *autoterapia*, que potencializa a eficácia da prevenção e do tratamento, reduzindo reincidências. A combinação variada de recursos se dá em função das necessidades de cada indivíduo¹⁸.

Verificou-se benefícios da prática do CK proporcionou em suas vidas, tanto na dimensão física quanto psíquica. Trouxe mais segurança em relação ao próprio corpo no que concerne a posturas básicas na vida cotidiana e a atitudes relacionadas à confiança em si mesmo e à autoestima. Usuários de práticas corporais na APS do município de São Paulo relataram melhoras na mobilidade, memória, manejo de doenças crônicas, equilíbrio, depressão e ansiedade¹⁵.

A prática regular desta forma de ginástica chinesa, tanto na terceira idade quanto em pessoas com algum tipo de limitação física, permite a movimentação adequada para liberar músculos, ligamentos, tendões, melhorando e expandindo a amplitude de movimentação das articulações e, com isso, a diminuição das dores¹⁸.

A garantia de bem-estar psicológico e a melhoria na qualidade do sono são resultados comumente encontrados com o CK em pelo menos um mês de prática. Além de incrementar o senso de controle, promove a autodescoberta e a sensação de bem-estar nos praticantes, desenvolvendo mais flexibilidade e adaptabilidade em seus pensamentos, emoções e comportamentos. Ademais; melhora o processo de auto regulação mental; prevenindo desordens dessa natureza; diminuindo estresse, incertezas, ansiedade e depressão¹⁸.

Com o uso do CK, foi possível notar a diminuição do uso de medicações, sendo que este é um dado importante quando é pensada a valorização destas formas de cuidado dentro do SUS¹⁹. Estudo desenvolvido com idosos praticantes de Lian Gong também apontou a redução na utilização de medicamentos, incorporação de uma percepção positiva de saúde, autonomia em ações de autocuidado e redução dos impedimentos para atividades da vida diária²⁰.

O tema da desmedicalização da saúde e da incorporação de novas formas de cuidado historicamente esteve circunscrito à academia. Com as PIC, especialmente o CK, evidencia-se uma possibilidade ímpar de colocar em foco alternativa diferenciada de atuar na reabilitação e expandir as possibilidades de promoção da saúde. Tal empreitada caracteriza-se enquanto esforço na busca por valorização e propagação de práticas que contemplam a totalidade humana e a integralidade da atenção.

Muitos problemas físicos derivam - ou ao menos se agravam – com o estresse mental ou emocional, por isso a tranquilidade interior proporcionada pelo CK não pode ser subestimada¹⁸. Esta prática ajuda a gerenciar o estresse, a raiva, entre outros sentimentos que podem afetar o cotidiano e a mente dos sujeitos.

Entende-se o autocuidado como elemento primordial para as novas práticas em saúde pela possibilidade de desenvolvimento de habilidades pessoais e de empoderamento dos sujeitos²¹. A promoção da saúde é um campo de propostas, ideias e práticas que está em crescimento na saúde pública, prima por uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e propõe a articulação de saberes técnicos e populares, assim como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução²².

As PICs apresentam elementos que podem confluir com os princípios da promoção da saúde e, como tal, revelam-se desmedicalizantes. Vê-se que esta é uma questão de extrema importância para as PICs: a inserção de práticas que potencializam a autonomia dos indivíduos; a conscientização do processo saúde-doença, fazendo com que os indivíduos se tornem parte deste processo²⁰. Cabe também destacar a relevância da equipe multiprofissional, a descentralização do tratamento, o qual não deve ficar vinculado exclusivamente à figura do médico^{08,15}.

Nas interações e vínculos em grupo, os sujeitos estão interligados de modo a produzirem formações e processos psíquicos específicos²³. Apesar de serem individuais, essas novas formações serão compartilhadas globalmente entre eles, ou seja, mesmo cada sujeito construindo novas ideias e percepções sobre si e sobre as atividades praticadas, estas serão elaboradas por todos os participantes ali presentes, sendo, portanto, consideradas uma construção grupal.

Além de pensar sobre essas novas construções, os sentimentos partilhados são também levados em consideração quando é trazida à tona a questão da grupalidade. No momento em que os participantes adentram o grupo, estão sofrendo com suas próprias dores e dificuldades e, a partir desse encontro, podem identificar sujeitos com questões similares e partilhar, então, as angústias que antes guardavam apenas para si²³.

Estar em um atendimento onde há a participação de outras pessoas com dificuldades físicas e dores parecidas, além de trazer um senso de empatia e reconhecimento, é proveitoso para que os profissionais

acolham mais pacientes que precisam desse cuidado. Devido ao caráter integrativo e coletivo da prática do CK na UER, nota-se que ela contribuiu também para tirar as pessoas do isolamento, facilitando o restabelecimento e/ou a ampliação da comunicação e da interação, auxiliando na formação de redes de apoio.

As práticas corporais como o CK encontram na APS especial potencial para expandir a circulação dos usuários pelos territórios, fomentar a intersectorialidade¹⁵ e relações horizontalizadas entre trabalhadores e usuários, pautadas pela dialogicidade e articulação de saberes²⁴.

CONCLUSÃO

A pesquisa possibilitou o contato e melhor conhecimento da prática do CK e proporcionou a apreensão do seu valor enquanto modo de cuidado e atenção integral à saúde. Tal fato se mostrou evidente por meio dos relatos positivos que, ao mesmo tempo em que expuseram a resolutividade da prática, justificaram a motivação para adesão e continuidade do processo de cuidado proporcionado pelo CK.

Foi possível acessar as percepções de usuários do SUS dessa prática integrativa e complementar e compreender o modo como o CK contribuiu para a (re)construção de suas percepções de corpo, saúde e cuidado. Mudanças em suas condições corporais se estabeleceram e, à partir delas, as queixas que antes apareciam de forma marcante dão lugar a outras atitudes e cuidados consigo mesmos. O destaque recai sobre a intimidade maior consigo mesmos, no sentido de empoderamento em relação ao próprio corpo, deixando de ocupar lugar passivo na resolução de questões relacionadas à saúde e à qualidade de vida.

Os limites do estudo se referem às singularidades do cenário analisado, o que inviabiliza generalizações. Contudo, advoga-se a importância de enfatizar o modo como os usuários têm experimentado as PICs e os benefícios percebidos, elementos fundamentais para a institucionalização dessas práticas e a garantia de oferta com eficácia, qualidade, segurança e respeito às práticas culturais.

A divulgação da experiência do CK na UER pode incentivar outros pontos da rede SUS, especialmente a APS, a investir em outras formas de cuidado e promoção da saúde. Trata-se de sensibilizar a comunidade, trabalhadores e gestores na construção de iniciativas locais.

REFERÊNCIAS

1. Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist Ciênc Saúde [Internet]*. 2009 [citado em 23 abr 2020]; 16(2):393-405. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000200007>
2. Otani MAP, Barros NF. A Medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2011[citado em 23 abr 2020]; 16(3):1801-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300016>
3. Mehry EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ed. São Paulo: Hucitec; 2002. 192p.
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS; 2002 [citado em 23 abr 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;jsessionid=ACDF995949BA92445D45E1C8ACF4930C?sequence=1
5. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. 2ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 23 abr 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2e_d.pdf
6. Ministério da Saúde (Br). Portaria n. 849, de 27 de março 2017. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à política nacional de práticas integrativas e complementares. D.O.U., Brasília, DF, 2017 [citado em 23 abr 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf

7. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC. Oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia saúde da família no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado em 23 abr 2020]; 36(1):e00208818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00208818>
8. Bilharinho Jr, CR. Análise institucional e práticas integrativas e complementares em saúde: o caso do Lian Gong. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. *Análise institucional & saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 239-61.
9. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: OMS; 2013. [citado em 23 abr 2020]. Disponível em: https://www.who.int/topics/traditional_medicine/WHO-strategy/es/
10. Miorim R. Aprender com o corpo: estabelecendo relações entre a psicologia analista e as técnicas corporais taoístas [Internet]. dissertação. São Paulo, SP: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2006 [citado em 23 abr 2020]. 151p. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-14112006-010421/publico/Rinaldo_Miorim_MESTRADO_Disserta_o_USP.pdf
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 15ed. São Paulo: Hucitec; 2017. 408p.
12. Barbour R. *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009. 216p.
13. Alves CM, Querino RA. Práticas integrativas e complementares de saúde em Uberlândia, Minas Gerais: o processo de implantação na perspectiva dos trabalhadores. *Hygeia* [Internet]. 2019 [citado em 23 abr 2020];15(32):149-63. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153246912>
14. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado em 23 abr 2020]; 42(1):163-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s111>
15. Galvanese ATC, Barros NF, Oliveira AFPL. Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 23 abr 2020]; 33(12):e00122016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00122016>
16. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, Stefanello J, Iunes DH, Prado RR. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [citado em 23 abr 2020]; 24(11): 4239-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>
17. Sousa IMC, Aquino CMF, Bezerra AFB. Custo-efetividade em práticas integrativas e complementares: diferentes paradigmas. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2017 [citado em 23 abr 2020]; 8(2):343-50. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/557>
18. Livramento G, Franco T, Livramento A. A ginástica terapêutica e preventiva chinesa Lian Gong/Qi Gong como um dos instrumentos na prevenção e reabilitação da LER/DORT. *Rev Bras Saúde Ocup.* [Internet]. 2010 [citado em 23 abr 2020]; 35(121):74-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000100009>
19. Tesser CD, Barros NF. Medicinalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado em 23 abr 2020]; 42(5):914-20. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>
20. Bobbo VCD, Trevisan DD, Amaral MCE, Silva EM. Saúde, dor e atividades de vida diária entre idosos praticantes de Lian Gong e sedentários. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [citado em 23 abr 2020]; 23(4):1151-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.17682016>
21. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2000 [citado em 23 abr 2020]; 5(1):163-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>
22. Tesser CD. Práticas complementares, rationalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado em 23 abr 2020]; 25(8):1732-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>
23. Ávila LA. As tensões entre a individualidade e a grupalidade. *Rev SPAGESP* [Internet]. 2010 [citado em 23 abr 2020]; 11(2):4-9. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v11n2/v11n2a02.pdf>

24. Nascimento MVN, Oliveira IF. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. Estud Psicol. (Campinas) [Internet]. 2016 [citado em 23 abr 2020]; 21(3):272-81. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160026>