

## **Medicinas complementares: experiências de pessoas idosas vinculadas a um plano de saúde nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro**

*Complementary medicines: experiences of people related to health insurance in the cities of Sao Paulo and Rio de Janeiro*

*Medicinas complementarias: experiencias de personas mayores vinculadas a un plan de salud en las ciudades de Sao Paulo y Rio de Janeiro*

Maria Elisa Gonzalez Manso

Leonardo Garcia Góes

**RESUMO:** As medicinas complementares são um conjunto de práticas que não pertencem ao escopo da medicina convencional, que tem por finalidade ampliar o cuidado integral do ser humano. Esta pesquisa traz um estudo qualitativo que analisa a utilização de práticas complementares por um grupo de idosos vinculados a um plano de saúde, nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Todos os entrevistados procuraram as práticas complementares sem, contudo, abandonar o serviço biomédico, constituindo assim, um rico itinerário terapêutico.

**Palavras-chave:** Terapias Complementares; Doença Crônica; Seguro Saúde.

**ABSTRACT:** *Complementary medicines are a set of practices that do not belong to the scope of conventional medicine, whose purpose is to expand the integral care of the human being. This research presents a qualitative study that analyzes the use of complementary practices by a group of elderly people linked to a health plan, in the cities of Rio de Janeiro and São Paulo. All interviewees sought complementary practices without, however, abandoning the biomedical service, thus constituting a rich therapeutic itinerary.*

**Keywords:** *Complementary Therapies; Chronic disease; Health insurance.*

**RESUMEN:** *Las medicinas complementarias son un conjunto de prácticas que no pertenecen al ámbito de la medicina convencional, que tiene por finalidad ampliar el cuidado integral del ser humano. Esta investigación trae un estudio cualitativo que analiza la utilización de prácticas complementarias por un grupo de ancianos vinculados a un plan de salud, en las ciudades de Río de Janeiro y São Paulo. Todos los entrevistados buscaban las prácticas complementarias sin abandonar el servicio biomédico, constituyendo así un rico itinerario terapéutico.*

**Palabras clave:** *Terapias Complementarias; Enfermedad crónica; Seguro de salud.*

## **Introdução**

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) brasileira tem tido pouco apoio, caracterizado pelo baixo incentivo financeiro, poucos investimentos na formação de profissionais e baixo monitoramento relacionado à inserção dessas práticas na atenção primária à saúde. Dessa forma, pouco se sabe acerca de quais as suas possibilidades de expansão e inserção da Medicina Tradicional e Complementar no sistema de saúde brasileiro, e como ela pode contribuir para seu fortalecimento (Sousa, & Tesser, 2017). Por outro lado, alguns estudos internacionais evidenciam que a Medicina Tradicional e Complementar tem sido custo-efetiva para os sistemas de saúde e seguros de saúde (Baars, & Kooreman, 2014; Herman, *et al.*, 2012)

No Brasil, a atenção à saúde não é característica única do sistema público de saúde, posto que a legislação permite que as pessoas possam, pessoalmente ou através de um empregador, contratar um plano de saúde. Desde sua regulamentação pela lei 9656 de 1998, também conhecida como Lei dos Planos de Saúde (Lei 9656 de 1998), estes planos de saúde são obrigados pela legislação a fornecer cobertura a todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (Manso, 2017); daí a inclusão de cobertura à homeopatia e acupuntura, desde que praticadas por estes profissionais.

Contudo, apesar da cobertura oferecida, pouco se sabe sobre a utilização das Medicinas Complementares e Tradicionais por este setor, não tendo sido encontrada nenhuma pesquisa que trate sobre o tema.

Este artigo tem como objetivo apresentar como um grupo de idosos, usuários de um plano de saúde, moradores nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, vivenciam a utilização das Medicinas Complementares e Tradicionais.

## **Metodologia**

Trata-se de estudo qualitativo, realizado durante o período incluso entre o primeiro semestre de 2015 ao primeiro semestre de 2017, nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, com 34 usuários de um plano de saúde. Optou-se por trabalhar com entrevistas abertas, a fim de se perceber os significados que os indivíduos atribuem a suas experiências, atos e decisões.

### ***O grupo de entrevistados***

A grande maioria da população brasileira recorre ao sistema público de saúde, de acesso universal e gratuito, para sanar seus problemas de saúde. Mas a legislação brasileira também prevê a possibilidade de compra de serviços de atenção à saúde, a qual pode ser diretamente realizada pelos consumidores ou mediante a aquisição dos denominados planos de saúde ou convênios médicos. Dentre estes últimos, os seguros saúde cobrem uma parcela da população situada nos estratos socioeconômicos mais elevados, por se tratarem de planos, individuais ou familiares, pagos com renda própria. Estas pessoas caracterizam-se ainda, em sua grande maioria, por nível de escolaridade elevado e fácil acessibilidade ao sistema de saúde (ANS, 2018).

O senso comum que impera entre muitos dos profissionais de saúde brasileiros credita a esta camada da população, por suas características de elevada renda e escolaridade, apenas a utilização de tratamentos originados na medicina biomédica hegemônica, através da procura de serviços de alta tecnologia e hospitais ditos de ponta, reservando-se para as camadas mais desfavorecidas economicamente, menos escolarizadas e menos urbanizadas, a procura por tratamentos alternativos e religiosos (Concone, 2003).

Não que isto não ocorra, mas várias pesquisas demonstram que pessoas com alta renda e escolaridade preferem utilizar Medicinas Complementares e Tradicionais, por vários motivos que incluem, entre outros, o medo dos efeitos colaterais produzidos pelos medicamentos alopáticos, a visão fragmentada da medicina hegemônica, a despersonalização e desumanização da relação médico-paciente (Manso, 2015). Para comprovar, ou não, esta crença, surgiu esta pesquisa.

Todos os entrevistados são idosos, portadores de doenças crônicas diagnosticadas por médicos e em tratamento, todos possuem seguro-saúde, não têm déficits cognitivos e, de maneira geral, ainda se encontram ativos no mercado de trabalho. Estes entrevistados foram escolhidos aleatoriamente, através de sorteio, totalizando 34 informantes.

### ***Delineamento metodológico***

Optou-se pela entrevista aberta, a fim de permitir que os informantes discorram livremente sobre o tema, sendo as perguntas do investigador dirigidas apenas para dar mais profundidade às reflexões (Minayo, 2013). Estas foram realizadas tanto nas residências quanto nos locais de trabalho, de acordo com a opção pessoal do entrevistado e de sua disponibilidade.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas pelos pesquisadores, permitindo leituras e releituras, agregando-se variações na voz e tom das falas e anotações de diário de campo. A leitura exaustiva das transcrições permitiu apreender uma visão de conjunto e das particularidades, contribuindo na identificação dos núcleos de sentido, buscando a lógica peculiar e interna do grupo (Minayo, 2013).

A relevância deste estudo deriva, principalmente, das características do grupo estudado, já que não foram encontradas pesquisas semelhantes realizadas no Brasil com grupos como o escolhido para esta pesquisa.

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo, tendo sido aprovada sua realização segundo o CAAE 48125015.9.0000.0062 de 2015, Número do Parecer: 1.219.878.

## Resultados e Discussão

Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu a dimensão espiritual no conceito de saúde, incluindo questões como significado e sentido da vida, entendendo a espiritualidade como um conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material (Oliveira, & Jujges, 2012). A mesma organização designa a Medicina Tradicional e Complementar como um conjunto heterogêneo de práticas, saberes e produtos agrupados por não pertencerem ao escopo da medicina convencional (Barros, Siegel, & Simoni, 2007; Sousa, & Tesser, 2017).

Pensando no conceito acima apresentado, foi instituída no Brasil a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde – PNPIC-SUS, aprofundando e ampliando o cuidado integral do ser humano. Quando foi criada a PNPIC (2006), eram ofertados apenas cinco procedimentos, porém, em 2017, foram incorporadas 14 atividades, atualmente chegando a 19 as práticas disponíveis atualmente no SUS: ayurveda, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, termalismo social/crenoterapia e yoga.

As medicinas complementares podem auxiliar no hiato entre o cuidado biomédico e as reais necessidades dos indivíduos, pois essas práticas envolvem mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, expandindo a visão sobre a promoção da saúde, potencializando o cuidado. Com isso, é possível uma nova compreensão do processo saúde/doença, de forma holística e empoderadora (Borges, *et al.*, 2013; Dalmolin, & Heidemann, 2017).

Além do SUS, como dito, os planos de saúde ofertam medicinas complementares, porém em número limitado frente ao estipulado pela PNPIC. Há oferecimento de homeopatia, se realizada por médico, e de acupuntura. Esta última, desde 2012, vem sendo progressivamente coberta pelos planos de saúde, quando realizada por profissionais de nível superior que prestam serviço à assistência suplementar com especialidade em Acupuntura, reconhecida pelos seus respectivos Conselhos Federais (Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Cirurgiões Dentistas, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros, Farmacêuticos, Psicólogos e Nutricionistas) (CNS, 2012).

Dos 34 informantes entrevistados por esta pesquisa, 27 (9%) residem em São Paulo e 7 (21%) na cidade do Rio de Janeiro. O grupo, sorteado aleatoriamente entre os usuários do seguro-saúde moradores destas cidades, foi composto paritariamente por 17 homens e 17 mulheres. A idade do grupo variou entre 61 a 92 anos para as mulheres, e 60 a 89 anos para os homens, com média de 72 anos de idade.

O grupo pesquisado apresenta elevado grau de instrução, sendo que 56% dos participantes tem ensino superior completo, alguns com mais de um curso de pós-graduação, tanto *lato* quanto *stricto sensu*.

Os pesquisados compartilham entre si o fato de apresentarem pelo menos uma doença crônica diagnosticada por médico. Acometendo 31 (91%) destes indivíduos, a hipertensão arterial é a enfermidade mais frequente. A seguir destacam-se os cânceres e a obesidade, seguidos por diabetes, Doença Arterial Coronariana (DAC) e Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), aqui no caso, o enfisema. Dentre os cânceres, há quatro pessoas com diagnóstico de câncer de próstata, duas com câncer de mama, uma com câncer de ovário, uma com câncer de sigmoide e um com câncer de pulmão. Apenas 6 (18%) destes idosos apresentam uma doença crônica, sendo a média de doenças crônicas por pessoa idosa entrevistada de 3 doenças.

A dor crônica aparece no grupo associada majoritariamente à osteoartrose, mas também é referida pelos entrevistados com hérnia de disco, lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide. A dor é pouco estudada na população em geral e, neste grupo pesquisado, foi referida por onze entrevistados (32%).

A dor é uma experiência individual e subjetiva, mas cada cultura possui sua própria linguagem de dor, o que permite que esta seja socialmente reconhecida. As culturas também impõem um padrão de tolerância à dor diferente para o homem e para a mulher, sendo que do homem espera-se mais tolerância.

Marques (2011) destaca que a linguagem da dor é uma linguagem de sofrimento que permite que as pessoas se reconheçam com dor, tida como psicológica e parte da condição humana. Lima e Trad (2007) ressaltam ser a dor um sintoma que afronta a racionalidade médica, pois não é possível comparar o normal e o patológico, já que a dor é uma experiência subjetiva. Mesmo quando assumida como doença pelo sujeito, permanece invisível ao olhar médico.

Dessa forma, as pessoas procuram vários tratamentos sem melhora e os médicos passam a orientar o enfermo a “*aprender a viver com a dor*” (p. 2675), pois se encontram impossibilitados de tratá-la dentro da ótica biomédica. As mulheres, identificadas culturalmente como cuidadoras, são as que oferecem o primeiro cuidado ao quadro doloroso no próprio domicílio, com chás e remédios caseiros.

A partir de quando se sentiram doentes, ou após o recebimento do diagnóstico, este grupo de idosos entrevistados procuraram atendimento dentro do modelo biomédico, o que é corroborado por várias outras pesquisas realizadas com portadores das mesmas afecções.

O tratamento alopático com consultas médicas e exames é sempre procurado, apesar de médicos e adoecidos terem representações diferentes sobre o processo de adoecimento. Este comportamento representa a medicalização da sociedade atual, em que o médico é tido como o único profissional de saúde socialmente legitimado para propiciar melhora das enfermidades (Wendhausen, & Rebello, 2004).

Entretanto, e assim como constatado por Dalmolin e Heidemann (2017), paralelamente ao setor profissional, várias práticas de alívio e cura foram procuradas por todos os participantes deste grupo pesquisado.

Nas unidades básicas de saúde, essas terapias são praticadas por profissionais que em geral não exercem o cuidado denominado biomédico, inserido na cosmovisão da medicina ocidental hegemônica, sendo que o acesso ocorre, ou por demanda espontânea, ou por encaminhamento de outros profissionais. Não há um protocolo específico para o acesso a estas terapias complementares (Sousa, & Tesser, 2017). Este comportamento de encaminhamento também foi observado para o grupo pesquisado, em que a fitoterapia, a acupuntura e a homeopatia, ou foram prescritos por profissionais de saúde, ou foram buscadas espontaneamente pelos adoecidos. Estas terapias são vistas pelos entrevistados como uma continuidade do tratamento biomédico, algo que o complementa.

Laplantine e Rabeyron (1989) destacam que as medicinas alternativas são mais procuradas pela classe média e alta, urbana, jovem e principalmente mulheres, o que não é corroborado pelas pesquisas mais recentes, que mostram que, independentemente do estrato social, do local de moradia e do sexo, os adoecidos percorrem vários itinerários terapêuticos que incluem diferentes medicinas.

Nesta pesquisa, apesar dos entrevistados pertencerem, em sua maioria, aos estratos sociais médio e alto e serem moradores urbanos, as medicinas alternativas foram procuradas tanto por homens quanto mulheres.

As medicinas alternativas buscam preencher um vazio estabelecido com a modernidade e fragmentação da medicina. Como o sofrimento humano é desconsiderado pelos médicos, estas medicinas ganham importância ao colocar a relação curador-paciente em primeiro lugar e não a tecnologia como ocorre com a biomedicina (Tesser, & Barros, 2008). A medicina popular nas sociedades complexas está profundamente integrada à vida social e estruturas simbólicas de uma comunidade. Como produto de diversos períodos históricos e de diferentes tradições, ela permite integrar diferentes conceitos de doenças e terapias a padrões socialmente aceitos.

A partir dos anos 60-70 do século passado, houve uma reabilitação de medicinas como a ayurvédica e a tradicional chinesa acompanhada por uma revitalização das medicinas xamânicas e ligadas às religiões afro-brasileiras, principalmente nos grandes centros urbanos. Na América Latina há, hoje em dia, portanto, três grandes grupos de medicinas alternativas, todas com grande número de seguidores: a medicina tradicional indígena, a medicina afroamericana, e as medicinas denominadas complementares. A primeira é a expressão das culturas locais, alicerçada em um sistema de cura baseado na integração homem-natureza. Desta advêm as benzedeiras e erveiros. Já a medicina afroamericana, que também se ancora na fitoterapia, é mais espiritualista, sendo a cura realizada mediante entidades. É mais utilizada para doenças espirituais ou para aquelas que a biomedicina não tem perspectiva, como algumas doenças crônicas. Quanto às complementares, incluem a ayurvédica, a medicina tradicional chinesa e a homeopatia (Luz, 2005).

Entre o grupo pesquisado, a fitoterapia aparece prescrita por nutricionistas, amigos ou familiares. A fitoterapia tem uma longa tradição, sendo empregada por todas as culturas. No Brasil, é prática que faz parte da cultura de vários povos, considerada um conhecimento de domínio popular, na maioria das vezes passada de geração a geração mediante tradição oral. O uso de ervas na forma de chás, emplastos, banhos ou outras formas é ainda prática frequente entre a população de maneira geral. Vários estudos demonstram os resultados simbólicos, farmacológicos e econômicos da utilização de plantas medicinais (Ministério da Saúde, 2010).

A: *“Eu tive úlcera alguns tempos atrás, eu tive úlcera no duodeno, muitos anos que ela me perturbou, eu me lembro de ter feito um tratamento com um remédio de ervas de uma farmácia lá de São José do Rio Preto, e ela me deu um tratamento durante três meses e sumiu a úlcera, ela deixou de me incomodar, e na endoscopia só tinha uma cicatriz.”*

B: *“Tomo chá de pata de vaca para prevenir diabetes.”*

H: *“Tomo chá de pata de vaca e como linhaça por indicação da nutricionista.”*

Dalmolin e Heidemann (2017) observam que, para a população, a principal forma de cuidado com a saúde é o uso de plantas medicinais. Estes autores destacam que os profissionais de saúde percebem que a fitoterapia é uma alternativa eficaz para o tratamento de doenças; no entanto, demonstram insegurança sobre seu uso. As pessoas notam este pouco conhecimento e falta de segurança, o que dificulta mais ainda a relação médico-paciente.

A homeopatia foi citada como tratamento por apenas três entrevistados, o que é corroborado por outras pesquisas que demonstram sua pouca utilização como tratamento no Brasil. (Gentil, *et al.*, 2010). Relacionada ao tratamento do estresse e enfermidades agudas, não é, entretanto, reconhecida por estes entrevistados como efetiva para as doenças crônicas que os acomete:

Z: *“Tratei uma amigdalite há muitos anos atrás. Funcionou muito bem, não precisei operar. Para diabetes, não confio.”*

C: *“Melhora muito estresse, uso direto, me ajuda muito, não nas crises [de falta de ar].”*

H: *“Quando tenho dor de garganta ou algo assim, recorro à uma homeopatia, compro medicamentos homeopáticos na farmácia.”*

Ambas, a homeopatia e a medicina chinesa são consideradas medicinas vitalistas, em que a vida é tida como um movimento de energia vital, que, quando desequilibrado, gera doença. Sendo a doença um desequilíbrio, o indivíduo como um todo deve ser reequilibrado, o que pode explicar a procura destas terapias para o tratamento do estresse por estes entrevistados (Ferreira, & Luz, 2007).

Os estudos de Sousa, *et al.* (2017) mostram que a maior oferta em Medicina Tradicional e Complementar realizada pelo SUS é de práticas corporais, seguidas de outras práticas em medicina chinesa, como a acupuntura. Além das terapias acima mencionadas, várias práticas corporais foram citadas pelos entrevistados nesta pesquisa. Assim, o Tai Chi e o Lian Gong foram citadas por 5 entrevistados, a Yoga por 3 e a meditação por um entrevistado. Estas práticas são utilizadas por estes como sendo propiciadoras da integração mente-espírito, sendo vistas como eficazes para tratamento do estresse, principalmente pelos entrevistados mais jovens.

Contudo, neste grupo pesquisado, foi a acupuntura a medicina complementar mais utilizada principalmente para o alívio de dores, mas também para o controle do estresse e para o emagrecimento. Os participantes que a procuraram não a veem como tratamento efetivo para a doença que os acomete, mas por melhorar alguns de seus sintomas; entendem que ela proporciona melhor qualidade de vida e alívio:

C: *“Eu fiz um regime, fiz acupuntura, achei muito legal acupuntura, por que muda o metabolismo, mas não ensina como manter, já viu?”*

T: *“Um pouco de acupuntura para o stress. Não acho que a acupuntura alcance tanto como um entupimento de uma artéria, a mim não me convence, mas pode proporcionar um certo conforto, uma certa harmonia, a prática da acupuntura sou favorável.”*

S: *“Já fiz acupuntura para as dores da artrose e melhorou um pouco, melhorei bem por um tempo; agora está começando de novo.”*

K1: *“Acupuntura eu já fiz, tenho uma sobrinha que trabalha com isto, mas devido à distância ficou difícil! A acupuntura deu muito resultado.”*

H: *“Fiz acupuntura por um tempo por causa de dor no abdômen, mas não resolveu nada, também não acho que ia resolver, porque eu tinha uma aderência e a dor só passou quando operei.”*

G1: *“Eu tenho problema na coluna e estou fazendo acupuntura, não digo que cura, mas melhora!”*

Em estudo realizado pelo Centro Nacional de Estatísticas dos EUA, 81% das pessoas acometidas por dor crônica utilizavam algum tipo de terapia complementar, sendo a acupuntura a principal, seguida pelas orações e cura espiritual (Ho, *et al.*, 2009).

A acupuntura é considerada pela OMS como uma prática dentro da medicina tradicional chinesa e encontra-se muito difundida no Brasil, sendo praticada por profissionais da saúde como médicos e fisioterapeutas, sendo, na maioria das vezes, incorporada ao sistema biomédico. Isto tem gerado algumas críticas, pois, ao ser absorvida pelo modelo hegemônico, torna-se desarticulada de um sistema maior de terapêutica e cosmovisão representada pela medicina tradicional chinesa, o que acarreta um empobrecimento dos significados e experiências do adoecimento (Tesser, & Barros, 2008).

O estudo da medicina caracteriza-se pela teoria, pela prática e pela visão de mundo dos agentes, que interagem entre si e com o campo, este último definido como um local de luta, cujo pano de fundo é: *“o monopólio da autoridade definida como capacidade técnica e poder social; ou da competência, enquanto poder falar e agir legitimamente, de maneira autorizada e com autoridade, que é socialmente outorgada a um agente determinado”* (Bourdieu, 2009, pp. 122-123). O campo tem maior autonomia na medida em que quem detém maior competência pode impor sua linguagem de autoridade. Maior competência implica na maior quantidade ou qualidade de capitais: econômico, simbólico, técnico e social.

Assim, atualmente, o campo hegemônico da medicina baseia-se na medicalização e no saber biomédico, sendo a medicina complementar praticada pelos profissionais vinculados ao modelo hegemônico como sendo uma vanguarda, um embate de poder no campo da saúde, o que é visto pelo leigo como um resgate simbólico e histórico contra o excesso de tecnologia e de especialização (Barros, 2000).

Deve-se ressaltar que este grupo pesquisado, por ser usuário de planos de saúde, tem a possibilidade de utilizar nutricionistas, acupunturistas médicos e médicos homeopatas pelo convênio, sem custo além do valor já pago nas mensalidades, porém, todos os que procuraram estes profissionais o fizeram sem relação com o convênio, por indicação de amigos ou de familiares.

## Conclusão

Percebeu-se que os entrevistados, contrariando a crença de que o grupo social ao qual pertencem apenas utilizaria o modelo biomédico para o tratamento de suas enfermidades, buscaram as medicinas complementares em associação com o tratamento alopático, porém, nunca em substituição ao mesmo.

Dessa forma, apesar de haver políticas públicas que defendam essas práticas, ainda é necessário mais investimento e estudo na área, a fim de aumentar a visibilidade e ampliar sua oferta. Da mesma forma, ocorre na saúde suplementar, em que há apenas cobertura parcial dessas terapias.

Algumas limitações foram identificadas nessa pesquisa. Como os entrevistados representam um grupo específico de pessoas, os achados deste estudo não podem ser generalizados. No entanto, estes são achados corroborados por outros estudos realizados no Brasil, mostrando que o itinerário terapêutico dos indivíduos é variado, contemplando tanto o modelo biomédico quanto o conhecimento popular.

## Referências

Baars, E. W., & Kooreman, P. (2014). A 6-year comparative economic evaluation of healthcare costs and mortality rates of Dutch patients from conventional and CAM GPs. *BMJ Open*, 4(8), e005332. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <https://bmjopen.bmj.com/content/4/8/e005332>.

Manso, M. E. G., & Góes, L. G. (2019). Medicinas complementares: experiências de pessoas idosas vinculadas a um plano de saúde nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(1), 147-161. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

- Barros, N. F. (2000). *Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica*. São Paulo, SP: Annablume/FAPESP.
- Barros, N. F. D., Siegel, P., & Simoni, C. D. (2007). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde*. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001200030>.
- Borges, D. C., Anjos, G. D., Oliveira, L. D., Leite, J. R., & Lucchetti, G. (2013). Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. *Rev Bras Clin Med.*, 11(1), 6-11. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3380.pdf>.
- Bourdieu, P., & Miceli, S. (1974). *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo, SP: Perspectiva.
- Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar Ans. *Dados Gerais ANS*. Recuperado em 19 julho, 2018, de: <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>.
- Concone, M. H. V. B. (2003). Cura e visão de mundo. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 6(2), 45-59. (mimeo).
- Conselho Nacional de Saúde. CNS. *Resolução 463/2012 de 12 de dezembro de 2012. Prestação de Serviço Multiprofissional para a oferta de Acupuntura pelos planos de saúde*. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://crbm1.gov.br/Resolucao%20463%20CNS.pdf>.
- Ferreira, C. D. S., & Luz, M. T. (2007). Shen: categoria estruturante da racionalidade médica chinesa. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*, 14(3), 863-875. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300010>.
- Gentil, L. B., Robles, A. C. C., & Grosseman, S. (2010). Uso de terapias complementares por mães em seus filhos: estudo em um hospital universitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1293-1299. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700038>.
- Herman, P. M., Poindexter, B. L., Witt, C. M., & Eisenberg, D. M. (2012). Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open*, 2(5), e001046. Recuperado em 01 julho, 2018, de: doi: 10.1136/bmjopen-2012-001046.
- Laplantine, F., & Rabeyron, P. L. (1989). *Medicinas paralelas*. São Paulo, SP: Brasiliense.
- Lima, M. A. G. D., & Trad., L. A. B. (2008). *Dor crônica: objeto insubordinado*. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*, 15(1), s/p. Rio de Janeiro, RJ. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000100007>.
- Luz, M. T. (2005). Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15, 145-176. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>.
- Manso, M. E. G. (2015). *Saúde e Doença: do Controle sobre os Corpos à Perspectiva do Adoecido*. (mimeo).

- Manso, M. E. G. (2017). Envelhecimento, saúde do idoso e o setor de planos de saúde no Brasil. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(4), 135-151. Recuperado em 01 julho, 2018, de: file:///C:/Users/Dados/Downloads/36490-100807-1-SM.pdf.
- Marquez, J. O. (2011). A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciência e Cultura*, 63(2), 28-32. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200010>.
- Minayo, M. C. de Souza. (1998). (Org.). *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis, RJ:
- Regina de Oliveira, M., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17(3). Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>.
- Sousa, I. M. C. D., & Tesser, C. D. (2017). Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00150215. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00150215>.
- Tesser, C. D., & Barros, N. F. D. (2008). Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42, 914-920. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>.
- Wendhausen, Á. L. P., & Rebello, B. C. (2004). As concepções de saúde-doença de portadores de hipertensão arterial. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 3(3), 243-252. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5390/3437>.

Recebido em 30/01/2019

Aceito em 30/03/2019

---

**Maria Elisa Gonzalez Manso** - Doutora em Ciências Sociais e Mestre em Gerontologia, com foco no Social. Pós-doutoranda em Gerontologia Social. Médica e bacharel em Direito. Professora Centro Universitário São Camilo e UNISA SP.

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-5446-233X>

E-mail: [mansomeg@gmail.com](mailto:mansomeg@gmail.com)

**Leonardo Garcia Goes** - Graduando de Medicina Centro Universitário São Camilo (CUSC), São Paulo, SP, Brasil. Participante Programa de Iniciação Científica do CUSC SP e Presidente da Liga Acadêmica de Medicina Integrativa e Espiritualidade.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8578-6791>.

E-mail: [leonardo.goes47@gmail.com](mailto:leonardo.goes47@gmail.com)