

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO

Thiana Paula Schmidt dos Santos

A QUIROPAXIA NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA: A
VISÃO DOS QUIROPAXISTAS

São Leopoldo

2008

Thiana Paula Schmidt Dos Santos

**A QUIROPRACTIA NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA: A VISÃO DOS
QUIROPRACTISTAS**

Dissertação apresentada à Universidade
do Vale do Rio dos Sinos como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lucilda Selli

**São Leopoldo
2008**

**Dedico este trabalho à minha amorosa
família, em especial ao meu querido
esposo Dailor.**

AGRADECIMENTOS

Em especial à professora doutora Lucilda Selli, pela orientação, pelo carinho, pelo amparo e pela compreensão. Agradeço por todos os ensinamentos de vida que levarei em meu coração para sempre.

À minhas colegas de mestrado Annie e Cláudia, por estarem presentes em todos os momentos do mestrado, pela amizade e apoio.

A todos os professores do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Unisinos, por terem compartilhado comigo seu conhecimento.

A todas as minhas maravilhosas famílias, Schmidt, Oliveira, Santos, Dossin, pela compreensão nos momentos de ausência, pela motivação e confiança.

Ao meu esposo Dailor, meu maior incentivador, amor, melhor amigo e companheiro de vida.

Aos quiropraxistas que participaram desta pesquisa e que tão gentilmente concederam as entrevistas.

Aos meus amigos e amigas queridas, sem os quais, a vida não valeria a pena, em especial Marta e Ranieli, que já passaram e estão passando por esta mesma jornada.

Aos alunos da disciplina de Exame Físico do Curso de Quiropraxia do Centro Universitário Feevale, pela confiança, paciência e acolhimento em mais um desafio.

À Nossa Senhora, por segurar minha mão e guiar-me pelo caminho da vida nos momentos mais difíceis.

*“Heaven knows we need never be ashamed of our tears, for they are rain upon the
blinding dust of earth, overlying our hard hearts”*

Charles Dickens, *Great Expectations*, 1860-61.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer, a partir de entrevistas realizadas com quiropraxistas, o seu conceito de saúde coletiva, a relação que estabelecem entre quiropraxia e saúde coletiva, bem como possíveis espaços de atuação dos mesmos nesta área. O estudo caracterizou-se como exploratório com abordagem qualitativa através da análise de conteúdo. Participaram da pesquisa 15 quiropraxistas graduados, atuando na profissão há no mínimo dois anos e residentes na região Metropolitana de Porto Alegre, Vale do Sinos e Serra Gaúcha. A coleta de dados se deu em julho de 2008 através de entrevista semi-estruturada. Os resultados indicam que os quiropraxistas entrevistados apresentam um bom conhecimento a respeito do conceito de saúde coletiva. Estes profissionais apontaram a relação entre quiropraxia e saúde coletiva, com destaque para ações de cunho preventivo e educativo, bem como sinalizaram diversos espaços para a possível atuação do quiropraxista em saúde coletiva, principalmente o Sistema Único de Saúde. Ainda, destacaram a necessidade de se avançar da prática em consultório particular para espaços que correspondam ao sistema de saúde vigente com enfoque para espaços de atuação multidisciplinar. Apesar do conhecimento sobre o que é saúde coletiva, da identificação da estreita relação entre quiropraxia e saúde coletiva e da visualização de possíveis espaços de atuação do quiropraxista nesta área, concluiu-se que a invisibilidade social do quiropraxista e o não reconhecimento como profissional da área da saúde, influenciam sua prática tornando-a reclusa ao consultório, centralizada na figura do paciente e restrita a indivíduos com poder aquisitivo.

Palavras-chave: Quiropraxia. Saúde Coletiva. Conhecimento.

ABSTRACT

The present research study aimed at verifying, through interviews carried out with chiropractors, what their concept of collective health is; the relationship between collective health and chiropractic, as well as possible areas in collective health in which chiropractors can be engaged in. This is an exploratory research with a qualitative approach carried out through content analysis. Fifteen chiropractors who had been practicing for a minimum of two years in the Porto Alegre Metropolitan area, in the Sinos Valley and Mountains region in Southern Brazil, participated on the research. The data was collected in July 2008, by the use of a semi-structured interview. A good concept of what collective health is was verified among the chiropractors. They were also able to establish an important relationship between collective health and chiropractic, mainly related to preventive and educational measures, as well as to envision several possible areas in which chiropractors can engage in regarding collective health, not only private practice, but also other environments. They have indicated the current health system e multidisciplinary settings as main work environments for chiropractors in collective health. Although chiropractors present a good knowledge about collective health, the lack of work opportunities for chiropractors in the health system results in a patient centered practice focused on intervention, distanced from measures towards collective health, which ends up reproducing the biomedical model.

Key words: Chiropractic. Public Health. Knowledge.

LISTA DE ABREVIATURAS

CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA.....	10
Introdução.....	11
1. Problematização.....	16
2. Tema.....	19
3. Delimitação do Tema.....	19
4. Fundamentação Teórica.....	20
4.1. A Racionalidade Médica e a Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa.....	20
4.2. Quiropraxia.....	27
4.3. Quiropraxia e Saúde Coletiva.....	37
5. Problema de Pesquisa.....	40
6. Pressuposto.....	40
7. Objetivos.....	41
7.1. Objetivo Geral.....	41
7.2. Objetivos Específicos.....	41
8. Metodologia.....	41
8.1. Caracterização da Pesquisa.....	41
8.2. Grupo de Estudo.....	42
8.3. Local e Período.....	43
8.4. Instrumentos de Coleta de Dados.....	43
8.5. Instrumentos de Análise de Dados.....	44
8.6. Aspectos éticos.....	45
9. Cronograma.....	46
10. Orçamento.....	47
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICES.....	58
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
Apêndice B – Roteiro para a entrevista.....	61

ANEXOS.....	63
Anexo A – Atestado de Defesa de Qualificação de Projeto de Pesquisa.....	64
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Feevale.....	66
RELATÓRIO DE PESQUISA.....	68
1. Trajetória Metodológica.....	69
1.1. O Método.....	69
1.2. O Contato com os Quiropraxistas.....	69
1.3. A Coleta de Dados: Entrevistas.....	70
2. Análise e Discussão dos Resultados.....	71
2.1. Quem são os quiropraxistas entrevistados.....	71
2.2. Categorias de análise.....	72
2.2.1. Primeira Categoria: O Conceito de Saúde Coletiva.....	72
2.2.2. Segunda Categoria: A Relação Quiropraxia e Saúde Coletiva.....	83
2.2.3. Terceira Categoria: Áreas de Atuação do Quiropraxista em Saúde Coletiva.....	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES.....	109
ARTIGO.....	115

PROJETO DE PESQUISA

A Quiropraxia na construção da Saúde Coletiva: a visão dos quiropraxistas

ABRIL, 2008.

INTRODUÇÃO

Pode-se compreender a saúde coletiva como um campo científico voltado para a produção de saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde e onde operam distintas disciplinas que o contemplam, sob vários ângulos. Ela também pode ser compreendida como âmbito de práticas onde diversos agentes realizam ações em diferentes organizações e instituições, dentro e fora do espaço convencionalmente chamado de “setor saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Assim, a saúde coletiva aproxima profissionais de diversas áreas do conhecimento que possuem ferramentas de trabalho distintas. A vasta diversidade da área é rica no que diz respeito a alternativas de abordagem das variadas facetas daquilo que se apresenta como o ponto de convergência de interesse: a saúde das populações (BARROS, 2006).

Na busca de uma melhor compreensão do processo saúde-doença e melhoria das condições de saúde da população, além da medicina alopática de tradição ocidental, houve um interesse maior, em anos recentes, por outras abordagens e paradigmas de saúde (CHAPMAN-SMITH, 2001).

Dentre essas novas abordagens que emergiram nos últimos anos, pode-se destacar algumas que são consideradas relativamente recentes no cenário da saúde brasileira, como é o caso da acupuntura, fitoterapia e homeopatia, que recentemente receberam, através da Portaria 971 do Ministério da Saúde, de 03/05/2006, autorização para a sua utilização nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a).

Existe, entretanto, uma profissão que reclama um espaço próprio no campo da saúde no Brasil: a quiropraxia. Em fase de regulamentação legislativa (FRAGA, 2001), conta ela, atualmente, com dois cursos de graduação oferecidos pelo Centro Universitário Feevale em Novo Hamburgo/RS e pela Universidade Anhembi Morumbi/SP, devidamente reconhecidos pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2006b).

Reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma profissão independente na área da saúde (WHO, 2005), a quiropraxia se dedica à prevenção, diagnóstico e tratamento de alterações do sistema músculo-esquelético e os efeitos dessas alterações sobre o sistema nervoso e a saúde em geral e aborda o tratamento do paciente como um todo, não apenas limitado a um processo patológico. O papel da quiropraxia nos cuidados com a saúde é caracterizado pelo tratamento das necessidades de pacientes com acesso direto, integrado e conservador, enfatizando condições neuro-músculo-esqueléticas e a promoção da saúde (CHAPMAN-SMITH, 2001).

Apesar da filosofia que fundamenta a quiropraxia ser voltada para o cuidado holístico e promoção da saúde, percebe-se que os profissionais da área se detêm em tratar doenças, em uma prática centrada na figura do paciente. A profissão sempre enfatizou a importância de atividades de prevenção e educação do paciente em sua teoria, porém não é o que se vivencia na atualidade, ou seja, a mesma está sendo desviada de sua filosofia (BAIRD, 2002).

Nas últimas décadas, a concepção do processo saúde-doença vem sendo alvo de reflexão e mudança. Os atores sociais comprometidos com o ideário da Reforma Sanitária no Brasil vêm desenvolvendo um processo de ampla participação da sociedade na redefinição das políticas públicas de saúde. A grande meta é reorganizar as ações e os serviços, na busca de assegurar o acesso universal e equânime à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Um dos maiores desafios a serem superados diz respeito à capacitação de recursos humanos para atuarem na complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo sua filosofia e gestão enquanto ação social centrada nos valores da saúde coletiva (BRASIL, 2003b). A formação dos profissionais de saúde ainda está

centrada nas técnicas biomédicas, fragmentadas, curativo, em que o atendimento ao indivíduo aparece como eixo principal.

Devido à crescente ênfase em prevenção e promoção de saúde, é importante que a quiropraxia se faça atenta ao real conhecimento que quiropraxistas possuem acerca do tema saúde coletiva. A falta ou deficiência de tal conhecimento pode prejudicar a integração da profissão junto aos sistemas de saúde do futuro, limitando assim, a habilidade que quiropraxistas teriam para contribuir com os assuntos ligados à saúde pública, bem como limitar o potencial destes profissionais para atuarem em uma variedade de papéis dentro de um diverso sistema de saúde (HAWK et al., 2005).

Tal realidade, aliada às experiências que tive durante o período no qual cursei a disciplina de Saúde Pública no curso de graduação em quiropraxia, fizeram com que nascesse em mim a idéia de realizar um projeto de pesquisa que contemplasse os assuntos “quiropraxia” e “saúde coletiva”. Até o momento de cursar a disciplina, não havia tido contato prévio com questões referentes à saúde coletiva, saúde pública, SUS, princípios do SUS e tantos outros termos que hoje me são familiares.

Por um conflito de horários entre meu trabalho e o horário da disciplina de Saúde Pública dentro do curso de quiropraxia, a coordenação do curso me autorizou a cursar a disciplina dentro do curso de enfermagem. Mal poderia imaginar que aquele conflito representaria, para mim, a oportunidade para conhecer um mundo novo e apaixonante, distante daquele para o qual estava sendo preparada.

Ao longo da graduação em quiropraxia, a questão saúde coletiva não havia sido levantada. A preparação acadêmica estava focada na formação de profissionais tecnicamente qualificados e especializados, aptos a atender pacientes de todas as faixas etárias dentro de um consultório. A prática estava sendo focada no tratamento de pacientes isolados e seus sintomas.

Durante a realização da disciplina, novas questões me foram apresentadas. SUS, histórico do SUS, 8ª Conferência Nacional de Saúde, Unidade Básica de Saúde, doenças de notificação obrigatória, Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, saúde coletiva, saúde pública e etc.

Por ser a única aluna que não pertencia ao curso de enfermagem, freqüentemente a docente me convidava a compartilhar as experiências da quiropraxia dentro da saúde coletiva, porém sempre a deixava desapontada com minha repetida colocação: “Professora, a quiropraxia não faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e também não sei como ela pode contribuir para a saúde coletiva”. Certo dia a docente me chamou para conversar e perguntou: “Thiana, saúde coletiva não é somente o SUS. Como a quiropraxia espera ser plenamente reconhecida como profissão da área da saúde em nosso país, e até mesmo mundialmente, se a mesma não contempla questões relacionadas à saúde coletiva?”.

Observa-se então que, apesar das limitações políticas impostas à quiropraxia (a profissão ainda está em fase de regulamentação), na verdade são os profissionais quiropraxistas os responsáveis por fazer com que a quiropraxia torne-se uma forte ferramenta para a construção de saúde coletiva. Foi assim que surgiu a motivação para a realização de uma pesquisa em nível de mestrado, para que pudessem ser buscadas as respostas para minhas indagações, tendo em vista que o papel e a posição da quiropraxia dentro do sistema de saúde devem ser transformados a fim de que ela possa contribuir efetivamente para a saúde coletiva.

Tal transformação requer que os serviços em quiropraxia integrem-se aos diversos sistemas de saúde vigentes. Um importante aspecto que deve ser relatado é que também há uma evidência econômica para esta integração, pois o tratamento quiroprático é uma alternativa que apresenta baixo custo e alto benefício para o tratamento de condições músculoesqueléticas (MANGA, 2000).

Por caracterizar-se como um serviço de saúde que oferece tratamento conservador, que nem sempre necessita de uma equipe auxiliar, o tratamento quiroprático gera, assim, mínimos custos adicionais ao tratamento. Portanto, um dos benefícios da quiropraxia deve-se ao fato de que ela viabiliza a realização de um tratamento eficaz e de baixo custo para desordens músculoesqueléticas (BALDWIN, 2001).

Em estudos que avaliam a sobrecarga econômica das doenças, as lesões e desordens músculoesqueléticas apresentam-se, respectivamente, como a segunda e terceira causas que mais geram custos dentre os problemas de saúde. Elas estão em primeiro lugar na

prevalência de problemas de saúde crônicos e incapacidade em longo prazo, bem como estão entre as principais causas para limitações das atividades diárias e incapacidade em curto prazo. Ademais, encontram-se em primeiro lugar como queixa principal para que a população procure atendimento de profissionais da saúde e segunda como razão para uso de medicamentos (MANGA, 2000).

Nos Estados Unidos, a dor lombar representa 21% do total das compensações que são destinadas às doenças do trabalho, sendo que ela atinge jovens e adultos que se encontram no período de maior produtividade de suas vidas. No Brasil, a morbidade representa a segunda causa de demanda em consultas médicas na rede de serviços de saúde, sendo expressivo o número de indivíduos precocemente incapacitados para o trabalho (BRASIL, 2001).

Estudos relatam que o uso da quiropraxia para o tratamento da lombalgia e cervicalgia mostrou-se no mínimo tão eficaz quanto outras abordagens de tratamento mais comumente utilizadas, como o cuidado médico alopático, incluindo o uso de medicação (GARNER et al., 2007).

Ao realizar pesquisa para meu Trabalho de Conclusão de Curso da graduação junto a colegas e docentes quiropraxistas do curso de quiropraxia do Centro Universitário Feevale, foi possível constatar que o modelo de quiropraxia observado neste grupo reproduzia os padrões do modelo biomédico, sem um enfoque para a saúde coletiva. Na época, 2006, a maioria dos participantes assumiu não se interessar pela saúde coletiva e acreditava que ações como a integração da quiropraxia ao SUS seria prejudicial para os quiropraxistas, pois os mesmos não seriam corretamente remunerados por seus serviços (SCHMIDT, 2006).

É justamente por ter sua prática atual centralizada principalmente na figura do paciente que a quiropraxia tem dificuldades para estabelecer qual sua conexão com a saúde coletiva. Tal constatação é prejudicial tanto para a população quanto para a profissão, que deixa de realizar ações de cunho coletivo e acaba por não mostrar sua relevância, deixando de se firmar dentro do cenário de saúde atual (BAIRD, 2002). Por outro lado, entende-se que ela também representa a possibilidade de prospectar-se em novos e relevantes estudos.

Assim, levando-se em consideração a vivência pessoal e o rastreamento bibliográfico, ficou evidente o não estabelecimento de uma integração entre a prática dos quiropraxistas e a saúde da coletividade. Estes fatores possibilitaram vislumbrar a necessidade de um estudo aprofundado sobre a questão tematizada, dando origem ao problema norteador desta pesquisa: conhecer como os profissionais quiropraxistas reconhecem o papel da quiropraxia na produção de saúde coletiva e quais práticas quiropráticas sinalizam esta junção.

1. PROBLEMATIZAÇÃO

No que se refere especialmente à inserção da quiropraxia na saúde coletiva, sendo que esta é concebida a partir de uma concepção de sociedade, de mundo e de relação solidária entre as pessoas, verifica-se grande distância entre o proposto pela filosofia holística da profissão e o que realmente é efetivado na prática.

Tal constatação torna-se relevante, principalmente ao observar-se que o uso da medicina tradicional e da medicina complementar e alternativa aumentou consideravelmente nos últimos anos não apenas em países em desenvolvimento, mas também em países desenvolvidos. A porcentagem da população que usa a medicina tradicional e a medicina complementar e alternativa é de aproximadamente 50% em muitos países que possuem alta renda, tais como o Canadá, França, Alemanha, Grã-Bretanha e Estados Unidos (WHO, 2005).

Dentre as abordagens terapêuticas da medicina complementar e alternativa, a quiropraxia apresenta-se como uma das mais bem estabelecidas na América do Norte. Nos Estados Unidos e Canadá, aproximadamente dois terços das consultas realizadas para dor nas costas são realizadas por quiropraxistas (COULTER; SHEKELLE, 2005).

Queixas de dor relacionadas à coluna representaram duas dentre as três principais razões pelas quais mais de um terço dos americanos fizessem uso de terapias alternativas durante o ano de 2005 (MOOTZ, 2007). O uso dessas abordagens terapêuticas atingiu tal proporção ao longo dos anos, que a OMS criou um grupo de

trabalho dentro do Departamento de Drogas Essenciais e Políticas Mediciniais denominado Medicina Tradicional (WHO, 2002).

Assim, faz-se importante atentar para o fato de que um dos princípios essenciais da quiropraxia é o princípio do holismo. O propósito do tratamento quiroprático não é apenas aliviar um sintoma ou tratar uma das causas deste sintoma, mas também proporcionar cuidados holísticos, abordando o paciente como um todo (CHAPMAN-SMITH, 2001).

Esta concepção vem ao encontro do discurso atual em saúde coletiva voltado para a promoção da saúde, que abre espaço para legitimar outras formas de conhecimento, além do modelo biomédico, e integrar outras racionalidades médicas (CARVALHO, 1996).

Devido ao crescimento e popularidade de abordagens de saúde que não a medicina alopática, faz-se necessária a discussão sobre qual a contribuição destas terapias para a saúde coletiva e como as mesmas podem se inserir nos sistemas de saúde, de forma a proporcionar abordagens que avancem do modelo de fazer saúde centrado no indivíduo para o modelo coletivo.

Apesar da filosofia e educação em quiropraxia incentivarem práticas voltadas para ações preventivas e de promoção da saúde, constata-se cada vez mais que os profissionais quiropraxistas detêm sua prática em tratar doenças e sintomas, centrando sua prática cada vez mais na figura do paciente (BAIRD, 2002).

Tal constatação vai contra a proposta de saúde do país, uma vez que esta preconiza profissionais com um perfil capaz de viabilizar e implementar projetos, ações e serviços de saúde integrais e equânimes, que avancem do modelo biomédico, hospitalocêntrico, para um modelo voltado para a saúde coletiva (BRASIL, 2003b).

A falta ou carência de conhecimentos relacionados à saúde coletiva pode limitar não somente a inserção da profissão na proposta de saúde vigente, mas também o reconhecimento da quiropraxia como profissão da área da saúde (HAWK et al., 2004). Portanto, se a quiropraxia almeja consolidar-se como profissão da área da saúde no

Brasil e participar ativamente da construção da saúde coletiva em nosso país é necessário que os profissionais da área identifiquem e entendam qual seu papel dentro dessa construção.

Um dos principais obstáculos a serem superados na realização desta pesquisa diz respeito à pouca literatura disponível a respeito do tema quiropraxia e saúde coletiva, visto que há carência de periódicos indexados que publiquem artigos e outros materiais referentes a quiropraxia.

Tal fato pode ocorrer, pois, por ainda ser uma profissão nova na área da saúde, a quiropraxia tem se dedicado ao longo dos últimos anos principalmente a realizar pesquisas de cunho quantitativo que comprovem a eficiência científica da profissão, deixando de lado outras questões, dentre elas a saúde coletiva.

Entretanto, a discussão de outros temas e a realização de outras pesquisas voltadas não somente para o quantitativo, mas também para o qualitativo, se faz necessária para um conhecimento de outros aspectos que possibilitem uma visão holística do ser humano, afinal, a profissão ainda luta por seu reconhecimento e regulamentação junto aos sistemas de saúde de diversos países.

No Brasil, percebe-se a realização de esforços para o estabelecimento de práticas que contemplem uma participação ativa da quiropraxia na saúde coletiva. O Centro Universitário Feevale de Novo Hamburgo/RS, instituição de ensino superior na qual me graduei e hoje atuo como docente, estabeleceu um convênio com a prefeitura da cidade de Estância Velha/RS, no qual estagiários do curso de quiropraxia atendem pacientes na Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no bairro Centro do município. Os atendimentos ocorrem em salas cedidas dentro da própria UBS e podem ser agendados durante o período letivo da instituição de ensino.

Outra iniciativa da instituição acima referida foi a realização de um projeto de extensão denominado “Construindo a Integralidade em Saúde”. Neste projeto, acadêmicos do curso de quiropraxia tiveram a oportunidade de trabalhar com a questão da educação em saúde, fornecendo informações educativas e preventivas voltadas aos cuidados com a postura corporal. O projeto foi realizado com alunos da 3ª à 5ª série do

ensino fundamental da Escola Municipal de Ensino Fundamental São João, localizada na cidade de Novo Hamburgo/RS (CUF, 2008).

Mais recentemente, esta mesma instituição de ensino estabeleceu convênios com duas empresas de grande porte da região do Vale do Sinos, com o intuito de oferecer cuidados quiropráticos aos trabalhadores dessas empresas, em uma tentativa de inserir a quiropraxia na saúde do trabalhador.

Conscientizar quiropraxistas para seu papel e responsabilidade enquanto profissionais de saúde comprometidos com a saúde coletiva é relevante, não só para a população, mas também para a profissão. Ambos seriam beneficiados se quiropraxistas tivessem ciência de que sua formação holística possibilita esta prática, contribuindo não só para o reconhecimento da profissão, mas também para sua inserção junto ao sistema de saúde vigente.

2. TEMA

A contribuição da quiropraxia para a construção da saúde coletiva.

3. DELIMITAÇÃO DO TEMA

A contribuição da Quiropraxia para a construção da saúde coletiva a partir da visão dos profissionais quiropraxistas, analisada a partir do conceito de saúde coletiva que esses profissionais apresentam, bem como se há relação entre a Quiropraxia e a saúde coletiva e quais os possíveis espaços de atuação do quiropraxista nesse contexto.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1. A Racionalidade Médica e a Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa

Histórico

A medicina tradicional e a medicina complementar e alternativa apresentam-se como propostas terapêuticas que fogem da racionalidade do modelo médico dominante, que adota uma concepção de ser humano parcial e reducionista, assentada na biologia e com altos níveis de especialização (QUEIROZ, 2000).

Durante a Idade Média, a visão de mundo dominante na Europa, assim como na maioria das outras civilizações, era orgânica, caracterizando-se pela interdependência dos fenômenos da natureza e pela subordinação das necessidades individuais à comunidade. A estrutura científica apresentada por esta visão de mundo orgânica, fundamentava-se na filosofia grega clássica, com Aristóteles, caracterizando-se pelos ideais contemplativos de compreensão do Ser e suas causas, cujo objetivo principal era compreender o significado dos fenômenos e não exercer a predição e o controle sobre estes.

A tradição da medicina hipocrática guiava a saúde e o fenômeno da cura, sendo que esta tradição compreendia a saúde como um estado de equilíbrio entre as influências ambientais e as forças inerentes aos organismos vivos, o poder de cura presente na natureza e a doença como um distúrbio que acabava por envolver a pessoa como um todo, não apenas seu corpo, mas também sua mente, sua auto-imagem, sua dependência do meio ambiente físico e social, bem como sua relação com o mundo em que vivia (QUEIROZ, 1986; CAPRA, 1997; LUZ, 1988).

O deslocamento da medicina moderna, de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças tem início no Renascimento, no final do século XV ao início do século XVI. O saber foi então transformado em instrumento com a finalidade de exercer domínio e controle sobre a natureza e os próprios homens, contrapondo-se aos pressupostos de Aristóteles predominantes na medicina durante a Idade Média que

concebiam a unidade orgânica dos seres vivos, onde a doença apresentava-se como expressão de alterações globais do organismo em interação com o seu meio físico e social (LUZ, 1988).

Na história da medicina moderna, o pensamento médico oscilou entre duas representações fundamentais da doença: uma ontológica e outra dinâmica. A primeira concepção apresenta-se como organicista, mecanicista em termos de causalidade e ainda é predominante atualmente. A outra concepção é apresenta-se como naturalista, sendo na maioria das vezes vitalista, onde a concepção dinâmica supõe um equilíbrio ou uma harmonia das forças vitais do homem, sendo a doença seu desequilíbrio. Portanto, na concepção “dinâmica”, a doença apresenta-se como uma expressão sintomática do desequilíbrio da vida e não uma entidade mórbida. A saúde a vem a ser o equilíbrio das forças vitais e esta visão era compartilhada pelos médicos da Idade Média (CANGUILHEM, 1982; LUZ, 1988).

A partir do século XVII até o século XIX, a tendência vitalista passa a ser superada pela ciência médica, que estabelece o seu postulado no racionalismo moderno e estrutura o novo método de investigação, defendido por Descartes, o qual envolvia a descrição matemática da natureza e o método analítico de raciocínio. Esta perspectiva provocou uma mudança radical na noção de um universo orgânico, vivo e espiritual, que foi substituída pela visão do mundo como se fosse uma máquina, metáfora esta que permanece dominante na era moderna (CAPRA, 1997).

Assim, o pensamento de Descartes objetiva distinguir a verdade do erro em todos os campos do saber e o conhecimento pode ser utilizado para controlar a natureza. Esta concepção contribuiu para a característica fundamental do pensamento moderno que consiste em decompor os pensamentos e problemas em suas partes componentes e em organizá-las em sua ordem lógica, mostrando-se muito útil no desenvolvimento das teorias científicas, porém incapaz de contemplar todos os aspectos da necessidade humana (CAPRA, 1997).

No desenvolvimento da história da ciência ocidental, a concepção mecanicista de vida estabeleceu-se no desenvolvimento da física, da fisiologia, da química de várias doenças e, por conseqüência, estabeleceu-se também nas atitudes da medicina em

relação à saúde e a doença. A influência sobre o pensamento médico resultou no modelo biomédico vigente, que constitui o alicerce conceitual da medicina científica moderna, levando em consideração o corpo humano com objetividade, através das categorias das doenças, entidades mórbidas, corpo doente, organismo, fato patológico, sintomas, fazendo com a saúde passe a ser vista como a ausência de uma patologia. Na medicina moderna, a saúde é entendida como a eliminação da doença no corpo dos indivíduos (FOUCAULT, 1998).

O objetivo do conhecimento na racionalidade médica passa a ser a patologia, reconhecendo nos indivíduos os sintomas pertinentes de uma ou outra doença e o objeto da clínica são o combate e a eliminação dessa realidade. A saúde então passa a ser considerada a ausência de sintomas. Ao concentrar sua prática em partes cada vez menores do corpo humano, a medicina moderna acaba por perder uma visão global do ser humano em sua totalidade e, por reduzir a saúde a um fenômeno mecânico, não pode mais se ocupar com a cura (LUZ, 1996).

A cura não é mais compreendida como um fenômeno no qual estão envolvidos uma interação complexa entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais dos indivíduos, esta é substituída pela mera cessação de sintomas. O vitalismo, que era levado em consideração antes do século XV, apresenta-se deslocado diante desta racionalidade, não encontrado mais um espaço epistemológico (CAPRA, 1997; LUZ, 1988).

A concepção de Descartes, que estabelece os métodos para se pensar o corpo como máquina, influenciou a prática de assistência à saúde em diversos e relevantes aspectos como a crescente dependência da assistência médica de uma tecnologia complexa, a tendência para a especialização e a propensão dos profissionais de saúde de cuidar apenas das partes específicas do corpo, deixando de lado o ser humano como um todo (CAPRA, 1997).

No final do século XVIII, o modelo racionalista e mecanicista da racionalidade científica dominante passa a legitimar o poder das verdades científicas, nas universidades e institutos, sobretudo as verdade das Ciências Naturais, incluindo a medicina, onde qualquer teoria ou conceito que fuja dos limites impostos pela

morfologia do modelo científico corre o risco de ser considerada não científica, portanto não verdadeira (LUZ, 1988).

Outra influência importante aconteceu no início do século XX nos Estados Unidos, quando a Associação Médica Americana encomendou uma pesquisa sobre as escolas médicas americanas, tendo como objetivo de dar à educação médica uma sólida base científica através de verbas vindas de fundações para a pesquisa (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

O resultado desta pesquisa foi o famoso Relatório Flexner, publicado em 1910, que balizou o ensino da medicina nesse país, através de rigorosas diretrizes que ainda hoje são obedecidas. A partir do relatório, a escola de medicina deveria fazer parte de uma universidade com corpo docente permanente e dedicado ao ensino e à pesquisa. O objetivo principal era a formação dos acadêmicos e a pesquisa relacionada às doenças, não a assistência aos doentes (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Assim, o desenvolvimento da medicina moderna implicou a perda de uma visão global do ser humano e deste com seu meio ambiente. O modelo cartesiano dominante impossibilitou o reconhecimento e inserção de outras teorias e conceitos que iam contra o reducionismo da visão mecanicista, aceitando apenas como válidos os modelos terapêuticos aceitos pela comunidade científica.

Entretanto, a natureza dos cuidados em saúde vem mudando drasticamente à medida que entramos no século XXI. O rápido crescimento da ciência e da tecnologia produziu um grande impacto sobre os cuidados com a saúde, acabando por modificar o modo como a medicina é praticada, até mesmo alterando a visão acerca dos processos que fazem com que os seres humanos se tornem doentes ou sadios. Mais recentemente, os alicerces deste modelo começaram a ser abalados ao se depararem com os limites dessa ciência na resolução dos problemas de saúde da população (GERBER, 2000).

Diante desta realidade, torna-se necessário uma nova visão de mundo que tenha como principal foco não mais a fragmentação da realidade e a especialização profissional, mas uma construção holística do ser humano e dos processos à ele atrelados.

Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa

Ao analisar-se o modelo assistencial, constata-se que a crise na saúde relaciona-se também às limitações apresentadas pelo paradigma da biomedicina, sendo que o sistema atual privilegia as especialidades médicas focadas em dimensões exclusivamente biológicas (CAPRA, 1997). Tal realidade resulta no detrimento de uma abordagem que considere as dimensões psicossociais, éticas, culturais e econômicas, reforçando a manutenção de uma postura fragmentada e reducionista, por parte da equipe de saúde, em relação aos usuários do sistema.

Esta crise paradigmática da biomedicina deve ser considerada importante no aumento crescente de interesse por outras racionalidades médicas. Nos últimos 30 anos, no mundo ocidental, outras medicinas e práticas de cuidados em saúde vêm ganhando força e adeptos de maneira consistente e crescente, tornando-se cada vez mais respeitados, procurados e inseridos nos âmbitos de pesquisa e atenção à saúde (TESSER; LUZ, 2002).

Este movimento tem recebido atenção por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) e apresenta-se ativo dentro e fora do sistema de saúde, sendo implantado nos diversos campos do saber. De acordo com a OMS, saúde resulta em um estado completo bem-estar físico, mental, social e espiritual e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”, revelando a natureza holística da saúde.

O conceito atribuído à medicina holística remonta a Hipócrates, entretanto o termo “holismo” foi introduzido na década de 20 do século XX por Jan Christian Smuts, com a finalidade de realizar distinção entre uma abordagem baseada no tratamento do interagente como um todo, um indivíduo, e aquela baseada no reducionismo (DUNFORD; ELDIN, 2001).

Esse modelo contempla o ser humano como um sistema de forças energéticas, bem como de estruturas físicas e atividade bioquímica. A partir deste enfoque, a saúde apresenta uma definição “positiva”, entendida como resultado de um equilíbrio individual. A estrutura física é essencial, mas a premissa reducionista de que não há

nada mais além dessa estrutura acaba por ignorar as forças que animam a forma física (DUNFORD; ELDIN, 2001).

Em 1986 as resoluções finais da VIII Conferência Nacional de Saúde recomendam a introdução das práticas alternativas na rede pública de atendimento. A nível Federal, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), que incluía os ministérios da Saúde, Educação, Previdência, Trabalho e Planejamento, publica a resolução 04 de 08/03/1988, na qual fixa as primeiras diretrizes para a implantação de algumas terapias alternativas nos serviços públicos de saúde, dentre as quais, por exemplo, a homeopatia. Após a implantação do SUS, várias coordenadorias locais de terapias “alternativas” e “complementares” foram criadas nos Estados (LUZ, 1996).

Recentes estudos internacionais estabeleceram que a quantidade de gastos em cuidados de saúde alternativos, tais como a quiropraxia, é considerável e estimada em aproximadamente US\$ 12 bilhões de gastos anuais saídos do bolso do paciente para cuidados de saúde alternativos nos Estados Unidos, comparável ao gasto para cuidados hospitalares também pagos pelos pacientes (EISENBERG et al., 1998).

Uma pesquisa publicada em 2005 realizou uma análise descritiva da quiropraxia na América do Norte. Em relação a terapias utilizadas na prática a mais comum apresentou-se como sendo o ajuste quiroprático, entretanto, os quiropraxistas também relataram utilizar uma grande variedade de terapias que não o ajuste, sendo a educação do paciente a mais comumente relatada (COULTER; SHEKELLE, 2005).

Mais de um terço dos americanos afirmaram terem usado terapias alternativas no último ano, sendo que a dor nas costas e no pescoço representaram duas dentre as três principais razões para tal uso (MOOTZ, 2007). Dos sistemas médicos complementares ou alternativos, a quiropraxia está em primeiro lugar dentre as modalidades mais estabelecidas na América do Norte. Aproximadamente dois terços de todas as visitas feitas à profissionais da saúde devido à dores na coluna são feitas à quiropraxistas (COULTER; SHEKELLE, 2005).

Em uma recente pesquisa da American Association of Retired Persons quase dois terços (63%) dos americanos de 50 anos de idade ou mais afirmaram ter utilizado

terapias complementares ou alternativas. Quarenta por cento utilizaram quiropraxia, massagem ou alguma outra forma de trabalho corporal. Uma alta porcentagem de adolescentes americanos, entre os 14 e 19 anos de idade, também utiliza terapias complementares ou alternativas. Em uma pesquisa nacional recente publicada pelo National Center for Complementary and Alternative Medicine, 80% relataram ter usado tais terapias pelo menos em um episódio de suas vidas e 50% relataram o uso noo do último mês (CAPLAN, 2007).

A comunidade holística e a saúde coletiva são aliadas naturais, apesar de talvez não o reconhecerem. Ambas rejeitam o reducionismo do modelo biomédico. Ao invés, profissionais holísticos e profissionais da saúde coletiva enfatizam a prevenção de doenças e a importância de se olhar para as pessoas como parte de uma comunidade e não como máquinas humanas individuais. Tais concordâncias filosóficas profundas poderiam formar a base para uma aliança benéfica mútua entre estas duas comunidades (HYMAN, 2007).

Profissionais holísticos devem apoiar cuidados de saúde universais que estejam ao lado do público e não dos interessados em lucros e ao lado da compaixão ao invés do comercialismo. Estes profissionais deveriam apoiar a justiça social e o bem comum (ALTOM; CURCHILL, 2007).

Alguns membros da comunidade médica, tais como hospitais, também poderiam se tornar grandes aliados. De acordo com a American Hospital Association, aproximadamente 27% de todos os hospitais americanos oferecem uma ou mais terapias complementares ou alternativas, sendo que foi a demanda dos pacientes a principal razão para a oferta de tais terapias (CAPLAN, 2007).

Assim, devido a uma maior integração entre terapias complementares ou alternativas e a saúde coletiva, e para uma aproximação maior do tema em problematização, torna-se importante trazer algumas informações preliminares sobre o estudo em foco.

4.2. Quiropraxia

Precursos do ajuste quiroprático

Apesar de suas origens estarem profundamente perdidas na história, a prática da manipulação espinhal está perto de ser universal. Os primeiros episódios de manipulação certamente ocorreram muito antes das primeiras documentações conhecidas a respeito de seu uso. O que havia sido feito e passado adiante oralmente por muitos anos foi mais tarde eventualmente colocado no papel (WILLIS, 2003).

Por centrar-se a prática terapêutica da quiropraxia principalmente na manipulação espinhal, torna-se relevante traçar um histórico acerca desta prática, sendo que seu início e desenvolvimento se deram a partir de civilizações muito anteriores à sociedade e quiropraxia contemporâneas.

Práticas manipulativas anteriores a quiropraxia

A manipulação articular parece sempre ter sido parte da medicina chinesa. Desde o início ela estava ligada a massagem, apenas recentemente é que ela foi separada e apresentada como uma disciplina distinta. Assim como em outras áreas geográficas, seu uso era baseado nos resultados de achados empíricos e foi perpetuada de geração em geração através de heranças culturais e ensinamentos a discípulos, conseqüentemente, a documentação inicial de seu uso é fragmentada (NG, 1986).

O primeiro livro dedicado à manipulação foi brevemente mencionado no Nei Jing (*“The Yellow Emperor’s Classic of Medicine”*), aproximadamente três séculos antes de Cristo, infelizmente, o livro foi perdido. Os primeiros praticantes de artes manipulativas realizavam massagem, reduziam deslocamentos e fraturas e manipulavam articulações que passaram por lesões traumáticas, tais como as encontradas nas guerras (NG, 1986).

Entretanto, de uma perspectiva quiroprática, é interessante perceber que desde seu início, a manipulação chinesa era usada para tratar algumas desordens internas. A primeira descrição conhecida a respeito da manipulação está registrada nos escritos de Pien Chiao, aproximadamente no século V antes de Cristo. Em seus escritos, ele

recomendava a manipulação para o cansaço, reumatismo, desordens do sistema nervoso, insônia, dor lombar e para alguns tipos de paralisia (REDWOOD; CLEVELAND, 2003).

Assim como todas as formas de artes curativas, a manipulação teve seus períodos de exaltação, como durante a dinastia Tang, e períodos durante os quais ela não teve tanto prestígio. Especialmente nos períodos em que foi largamente utilizada, ela foi usada não apenas para fins curativos, mas também como auxiliar na prevenção de doenças, entretanto, a maior parte de seu uso pode ter sido massagem ou alguma espécie de trabalho em tecido mole (NG, 1986).

Outras tradições médicas orientais, incluindo as da Índia, também apresentavam formas de manipulação espinhal. Realizada por atendentes de banho, ela era geralmente considerada como parte da higiene pessoal e não um procedimento médico. Deve-se mencionar que medidas preventivas como a higiene, dieta saudável e condições apropriadas para se viver são de grande importância para a medicina Ayurvedica indiana e não somente itens periféricos como os observados durante períodos recentes na história (GAUCHER-PESLHERBE; DONAHUE; WIESE, 1995b).

Apesar da maioria dos quiropraxistas, osteopatas e médicos modernos que praticam manipulação serem orgulhosos de traçarem sua linhagem à Hipócrates (século V), as técnicas que ele usava apresentam pouca semelhança com os métodos modernos. Uma minoria liderada pelo médico e PhD. K.A. Ligeros, afirma que Hipócrates e médicos gregos da época de Hipócrates realizavam a manipulação da coluna de uma forma similar àquela realizada por quiropraxistas atualmente. Ligeros parece extrapolar o conhecimento de Hipócrates em relação à coluna e sistema nervoso, bem como a documentação mostrando que ele usava a manipulação a certo ponto que similaridades com a quiropraxia moderna parecem inevitáveis (GAUCHER-PESLHERBE; DONAHUE; WIESE, 1995b).

Entretanto, pouca evidência apóia a visão de uma disciplina pré-quioprática durante aquela época. A maioria dos historiadores pode concordar com Elizabeth Lomax quando a mesma afirma que apenas estudos acadêmicos podem estabelecer se os gregos meramente tentaram reposicionar vértebras deslocadas por trauma (a interpretação

convencional) ou se realmente manipulavam colunas freqüentemente como terapia para uma série de disfunções (WILLIS, 2003).

Durante o século XVII, todos os autores publicados se voltavam para o mesmo método, independentemente de ser grego, romano, bizantino, árabe, espanhol, turco, italiano, francês ou alemão. O paciente era atado e deitado sobre uma superfície rígida; tração era aplicada em direção à cabeça e pés enquanto uma pressão era aplicada à uma região selecionada da coluna. A pressão ou movimento de golpe rápido era aplicado pelas mãos, pés ou até mesmo nádegas do terapeuta simplesmente sentando nas costas do paciente. Ocasionalmente, um pedaço de madeira também poderia ser usado como alavanca (REDWOOD; CLEVELAND, 2003).

Formas de manipulação praticadas entre povos primitivos eram similares àquelas praticadas pelas civilizações antigas, porém eram freqüentemente acompanhadas por um ritual religioso ou magia. A interconexão entre religião e cura sempre se fez presente. Em referência à manipulação, Gaucher-Peslherbe lembra o antropólogo Mircea Eliade quando a mesma afirmava que através da história, ossos e articulações foram relacionadas a significados simbólicos e místicos (GAUCHER-PESLHERBE; DONAHUE; WIESE, 1995b).

O antigo costume de crianças e pequenos adultos caminharem sobre as costas de um indivíduo foram documentadas em várias partes do mundo, incluindo a América do Norte e América do Sul, Polinésia. Através de dados deixados por freis espanhóis do século XVI, o quiropraxista e antropólogo C.W. Weiant relata que os astecas distinguiram o que chamavam de um “doutor verdadeiro” de um “doutor falso”. Uma das qualificações de um doutor verdadeiro era seu conhecimento acerca de como as articulações funcionavam corretamente (ZARBUCH, 1986).

Um dos textos mais antigos sobre a manipulação vertebral foi publicado pelo Frei Moulton em 1656. O livro, apesar de seu longo título “*The Compleat Bone-Setter, Wherein the Method of Curing Broken Bones and Strains and Dislocated Joints, together with Ruptures, Commonly Called Bellies*”, é altamente ilustrativo. Revisado, ampliado e publicado em inglês, tinha apenas duas páginas que descreviam técnicas manipulativas (ANDERSON, 1983).

Apesar de “*The Compleat Bone-Setter*” ter sido escrito durante um período no qual médicos ainda usavam manipulação, o livro meramente recomendava seu uso, porém não a ensinava. A maior parte do treinamento era através do contato com um professor (ANDERSON, 1983).

Até o século XVIII, a manipulação vertebral era ubíqua e sua utilização não era seriamente questionada. Lomax (1977) atribui a perda de seu prestígio entre médicos devido à cárie óssea de origem tuberculosa na coluna vertebral, frequentemente diagnosticada durante esse período. Médicos famosos, como sir Percival Pott, acreditavam que todas as deformidades da coluna eram causadas pelas cáries e assim, não deveriam ser manipuladas. Eles consideravam tal ato como má prática médica, deixando claro que o tratamento preferido para deformidades na coluna deveria ser descanso e ulceração local induzida (LOMAX, 1977).

Nem todos historiadores concordam com Lomax sobre o motivo pelo qual a manipulação perdeu sua popularidade, eles apenas concordam que ela realmente a perdeu. Johan Schultes, que faleceu em 1645 foi o último autor publicado a ensinar a manipulação vertebral como parte da medicina regular. Apesar da descontinuação da manipulação da coluna por médicos ter transcorrido por um período de mais de cem anos, nenhuma evidência de seu uso após o fim do século XVII pode ser encontrada. Johannes Fossgreen sugere que outra causa pode ter sido o medo de contato contagioso (ANDERSON, 1983).

Tal argumento é apoiado por evidências de médicos nos séculos XVII e XVIII, que se distanciavam de seus pacientes em face do surgimento de doenças contagiosas tais como a altamente virulenta forma de sífilis trazida de volta à Europa das Américas por aventureiros que haviam introduzido a varíola aos índios americanos (WILLIS, 2003).

Em 1993, Pierre Gaucher-Peslherbe discute um cenário mais complicado e sutil em seu trabalho intitulado “*Chiropractic: Early Concepts in Their Historical Setting*”. Na medicina, os tecidos moles e principalmente os músculos, tornaram-se o centro da atenção e deslocamentos vertebrais e subluxações foram descartadas da atenção médica. Como resultado, a massagem se tornou um tratamento recomendado e a manipulação foi condenada devido ao seu progresso enquanto terapia. Tais mudanças estão de acordo

com a imagem cultural de hoje. A medicina estava se tornando mais profissionalizada. Qualquer coisa que fosse tradicional era associada com praticantes leigos e então rejeitada (GAUCHER-PESLHERBE; DONAHUE; WIESE, 1995b).

Após a queda em sua popularidade, a prática da manipulação espinhal foi novamente colocada em foco em 1895, nos Estados Unidos. Daniel David Palmer, um homem que até aquele momento havia estudado e praticado curas magnéticas, decidiu dedicar-se ao ajustamento ou manipulação vertebral, criando assim, toda uma nova profissão com filosofia e práticas distintas (CHAPMAN-SMITH, 2001).

Daniel David Palmer e a formulação da teoria quiroprática

A ocasião do primeiro ajuste quiroprático é, certamente, o primeiro mais importante evento na quiropraxia. Daniel David Palmer (D.D. Palmer), canadense de nascimento, executou o primeiro ajuste em Harvey Lillard, um homem afro-americano, no dia 18 de setembro de 1895 em Davenport, Iowa, Estados Unidos da América.

D.D. Palmer estava estudando e praticando a chamada cura magnética desde 1889 e sua evolução da cura magnética para a quiropraxia foi gradual. Ele havia estudado os campos da anatomia, fisiologia, neurologia e patologia e usou seu conhecimento extensivo para desenvolver a teoria para explicar seus sucessos clínicos. A cura magnética era uma espécie de cura de energia envolvendo o posicionar das mãos, que pode também ter feito uso de massagem e manipulação de vários tipos (GAUCHER-PESLHERBE, 1995a).

Quando D.D. Palmer aplicou sua recém desenvolvida técnica a outros pacientes, ele observou que outras disfunções respondiam aos empurrões que ele usava para reposicionar vértebras. Um de seus pacientes apresentava um problema cardíaco que havia falhado em responder positivamente ao tratamento médico usual. D.D. Palmer examinou a coluna do paciente e encontrou a quarta vértebra torácica deslocada. Ele então teorizou que ela pudesse estar exercendo pressão contra os nervos que enervavam o coração (REDWOOD, CLEVELAND, 2003).

Após D.D. Palmer ter ajustado este segmento da coluna de seu paciente, o mesmo experimentou alívio de seus sintomas. Desta segunda tentativa, D.D. Palmer começou a pensar que se duas doenças, tão distintas como a surdez e problemas cardíacos, surgissem a partir do “pinçamento” dos nervos, então outras doenças poderiam surgir devido a uma causa similar (WILLIS, 2003).

D.D. Palmer aceitou seu primeiro aluno em 1897 e logo estudantes estavam se graduando de sua “*Palmer School of Infirmary*”, mais tarde renomeada “*Palmer School of Chiropractic*” (PSC) para praticar e ensinar quiropraxia.

Em 1903, D.D. Palmer e seu filho B.J. Palmer criaram uma parceria que deveria continuar até 1906. Naquele ano, D.D. Palmer foi processado e julgado culpado no condado de Scott, no estado americano de Iowa, de praticar medicina sem licença. Após tal episódio ele vendeu sua cota da “*Palmer School of Chiropractic*” para seu filho e mudou-se para o oeste, onde abriu escolas nos estados de Oklahoma, Oregon e Califórnia. Após deixar Davenport, D.D. Palmer reuniu uma coleção de seus escritos em sua obra de 1000 páginas intitulada “*The Chiropractor’s Adjuster: A Textbook of the Science, Art, and Philosophy of Chiropractic for Students and Practitioners*” em 1910 (REDWOOD, CLEVELAND, 2003).

Defesa da quiropraxia nos tribunais: a luta para regulamentar a profissão

A quiropraxia foi apenas um dos vários novos grupos de curandeiros que surgiram no final do século XIX, entre curandeiros com ervas, homeopatas, curandeiros magnéticos, etc. Com o passar dos anos ela se mostrou ser uma das mais fortes sobreviventes dentre as abordagens acima referidas e hoje é ensinada e praticada em todo mundo (CHAPMAN-SMITH, 2001).

Atualmente a quiropraxia é considerada uma das formas de terapia manual mais popularmente utilizadas, sendo sua prática profissional regulada em mais de quarenta países (WHO, 2005). Porém, o cenário de prática da profissão nem sempre se apresentou desta forma. Um dos principais problemas enfrentados pelos quiropraxistas no início da profissão foi o conflito com a medicina e a luta pela regulamentação da profissão (que segue até hoje em diversos países).

Um importante acontecimento na história da quiropraxia foi a luta para defender quiropraxistas nos tribunais contra a acusação de praticar medicina ilegalmente. Apesar de D.D. Palmer não ter sido o primeiro a ser acusado de praticar medicina ou osteopatia sem licença (ele foi a julgamento e considerado culpado da acusação em 1906), o julgamento de Shegataro Morikubo (graduado pela “*Palmer School of Chiropractic*” em 1903) em La Crosse, estado de Wisconsin, em 1907 foi um evento que ajudou a determinar a estratégia que quiropraxistas adotariam para se defender contra futuras acusações de prática de medicina sem licença (PETERSON; WIESE, 1995).

Na ocasião, o júri absolveu Morikubo. O advogado de defesa, Tom Morris, convenceu o júri de que a quiropraxia não era osteopatia ou medicina, ao invés disso, ela era uma nova forma de tratamento. B.J. Palmer manteve Tom Morris como conselheiro para a associação que havia criado, chamada “*Universal Chiropractors Association*” e eles continuaram a usar o argumento de que a quiropraxia era uma ciência separada e distinta da medicina.

O principal propósito da “*Universal Chiropractors Association*”, tendo B.J. Palmer como secretário por 20 anos, era angariar fundos para pagar fianças e multas para quiropraxistas detidos por prática ilegal da medicina. Ademais, seu propósito era defender quiropraxistas nos tribunais e fazer lobby para criar leis estaduais para quiropraxistas exercerem a profissão. Até 1927 a “*Universal Chiropractors Association*” havia defendido quiropraxistas em 3300 casos judiciais (PETERSON; WIESE, 1995).

Duas gerações de quiropraxistas americanos foram perseguidas por praticar medicina sem habilitação durante a primeira metade do século e como anteriormente visto, muitos acabaram sendo presos. O primeiro estado americano a licenciar a prática de quiropraxia foi Minnesota, em 1905, e após longos anos de lutas o último foi Louisiana em 1974 (CHAPMAN-SMITH, 2001).

Foi com a mobilização de quiropraxistas, e muitas vezes de seus pacientes, e com a realização de inúmeras pesquisas que a quiropraxia conseguiu caminhar rumo ao reconhecimento de sua prática como sendo uma profissão de atendimento primário na

área da saúde, com filosofia e técnicas próprias. Algumas destas pesquisas e relatórios são descritos a seguir.

Durante os anos 90, diversos relatórios de pesquisa eram favoráveis à quiropraxia. O estudo RAND, de 1992, descobriu que a manipulação da coluna beneficia alguns pacientes que apresentam dor lombar aguda e que é apropriada para muitos pacientes com dor lombar aguda e para alguns com dor lombar sub-aguda (SHEKELLE et al., 1992).

Em um estudo publicado no “*British Medical Journal*”, Meade et al. observaram uma melhora de 29% em pacientes com dor na coluna tratados pela quiropraxia quando comparados àqueles cujo tratamento foi administrado após algum episódio de internação hospitalar (MEADE et al., 1995).

No Canadá, dois estudos comissionados pelo governo da província de Ontário, de autoria do economista em saúde Pran Manga, em 1993 e 1998, recomendaram que o governo aumentasse a cobertura oferecida pela quiropraxia, expandisse privilégios à profissão e facilitasse uma maior cooperação entre quiropraxistas e profissionais da área médica (MANGA, 1993).

Em 1994 a “*U.S. Agency for Health Care Policy and Research*” lançou o “*Clinical Guidelines Number 14: Acute Low Back Problems in Adults*”, que concluiu que a manipulação da coluna é um dos tratamentos mais eficazes e seguros para a dor lombar (BIGOS, et al., 1994).

A quiropraxia atualmente

Após um breve levantamento histórico da quiropraxia, se faz importante, neste momento, registrar a situação atual da profissão, o que possibilitará maior compreensão acerca de sua abrangência enquanto profissão da área da saúde e sua importância enquanto ferramenta para a construção da saúde coletiva.

No passado, muitas teorias foram postuladas para explicar a sobrevivência e expansão do papel dos quiropraxistas. Essas teorias variavam entre a visão dos quiropraxistas como profissionais que ofereciam um benefício psicossocial para aqueles pacientes os quais a medicina tradicional era incapaz de ajudar (FIRMAN; GOLDSTEIN, 1975) ou que foram rejeitados pela mesma por serem psicossomáticos, até a noção de que quiropraxistas ofereciam serviços substitutos em localidades onde médicos alopatas não eram oferecidos (CLEARY, 1982; YESALIS et al., 1980).

Atualmente a quiropraxia é definida como uma profissão na área da saúde que se dedica ao diagnóstico, tratamento e prevenção de alterações do sistema músculo-esquelético e os efeitos dessas alterações sobre o sistema nervoso e a saúde em geral. Há uma ênfase em tratamentos manuais, incluindo a manipulação vertebral. A palavra quiropraxia, formada a partir dos radicais gregos “*práxis*” e “*keiros*”, significa prática ou tratamento manual (CHAPMAN-SMITH, 2001).

Os conceitos e princípios que diferem a filosofia da quiropraxia das demais profissões da área da saúde são muito significativos para a maioria dos quiropraxistas e influenciam suas atitudes e abordagens em relação à saúde. Um dos principais princípios da profissão são os conceitos de holismo e homeostase (WHO, 2005). A homeostase que refere-se ao conceito de que o corpo possui uma capacidade inerente de cura e de resistência a doenças. Assim, existe uma tendência natural do organismo a retornar a um estado de saúde (CHAPMAN-SMITH, 2001).

A prática da quiropraxia enfatiza o tratamento conservador do sistema musculoesquelético, sem o uso de medicamentos ou cirurgia. Há uma ênfase em manipulação articular, para a qual o termo “ajustamento” é tradicionalmente utilizado. Causas e conseqüências biopsicossociais também são fatores significantes no tratamento do paciente. Enquanto profissionais de contato primário em saúde, quiropraxistas reconhecem a importância de se encaminhar pacientes para outros profissionais da área da saúde quando necessário ou aqueles que se beneficiam de um tratamento conjunto (WHO, 2005).

Não somente restrita aos quadros de dor, a prática quiroprática tem revelado outras aplicabilidades e possibilidades em que sua abordagem tem o potencial de promover o

bem-estar do indivíduo. Para que todo este potencial da profissão possa ser maximizado, a formação acadêmica adequada torna-se imprescindível, como recomenda a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005).

Segundo Lopes (2004), o termo quiropraxista é aplicado ao profissional da área de saúde capaz de diferenciar e diagnosticar, entre as condições de saúde, as suscetíveis de tratamento através dos métodos terapêuticos empregados pela quiropraxia, ou aquelas que exigem encaminhamento a outro profissional ou, quando possível, aqueles que se beneficiam de um tratamento conjunto.

O propósito da prática quiroprática baseia-se no estudo do sistema neuro-músculo-esquelético no qual a medula espinhal, que é envolvida pelas vértebras, é uma continuidade do tronco encefálico. Esta é o meio de comunicação entre pele, músculos e articulações com o encéfalo e vice-versa e comunica-se com o corpo através dos nervos espinhais que formam o sistema nervoso periférico (CHAPMAN-SMITH, 2001). Estes se dirigem aos ossos, músculos, articulações, ligamentos, músculos e pele do corpo através desse sistema, que é responsável por informar ao encéfalo e ser informado a respeito de pressão, equilíbrio, posição e dor.

Chapman-Smith (2001) afirma que os nervos, via sistema nervoso autônomo, controlam o funcionamento dos órgãos internos ou viscerais através destas informações para o encéfalo ou, a partir dele, para o organismo. A quiropraxia busca manter em equilíbrio este sistema de comunicação entre encéfalo, sistema nervoso periférico, sistema nervoso autônomo que pode entrar em disfunção a partir de alguma redução na amplitude de movimento articular, encurtamento ou tensão muscular. A quiropraxia pretende, assim, restaurar a função do sistema nervoso.

A quiropraxia está focada na relação entre uma estrutura anatômica, principalmente a coluna vertebral, e sua função coordenada pelo sistema nervoso, e como esta relação pode manter e restaurar a homeostase. A homeostase, por sua vez, é regulada pelo sistema nervoso que detecta a quebra do estado balanceado, emitindo mensagens na forma de impulsos neurais para contrabalançar esses desvios (TORTORA, 2000).

Sem utilizar medicamentos, empregando movimentos rápidos e precisos, que podem ou não ser acompanhados por um estalido causado pela acomodação das articulações durante o alinhamento, o quiropraxista pode buscar reorganizar o sistema estrutural corporal e permitir um melhor fluxo nervoso. Os pontos onde mais comumente ocorrem as interferências no sistema nervoso são as articulações, sendo o foco da quiropraxia a coluna vertebral (STRANG, 1985).

Apesar da manipulação quiroprática não ser completamente aceita como cuidado médico padrão, a evidência para seu uso no tratamento de problemas como lombalgia e cervicalgia tem se mostrado tão eficaz quanto abordagens de tratamento mais comumente utilizadas, tais como tratamento médico padrão, incluindo medicamentos, sem os potenciais danos da medicação (BRONFORT et al., 2004; GROSS et al., 2004).

Assim, a presença de um quiropraxista como parte de uma equipe de cuidados primários em saúde pode oferecer uma opção de tratamento para os quais médicos poderiam referenciar pacientes para o tratamento daqueles problemas musculoesqueléticos que talvez não sejam de grande prioridade médica, mas que sejam criticamente importantes para o funcionamento do indivíduo na sociedade (GARNER et al., 2007).

4.3. Quiropraxia e Saúde Coletiva

Por configurar-se a saúde coletiva com um núcleo de saberes e de práticas sociais que apresentam como objetivo o conjunto das necessidades sociais e de saúde e que, assim, fornece suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais face às problemáticas de saúde/doença e da organização da assistência, pode-se afirmar que tudo que diz respeito à saúde da população, diz respeito à saúde coletiva (CARVALHO; CECCIM, 2006).

A saúde coletiva se afirma como um campo científico e âmbito de práticas que se mostra aberto à incorporação de propostas que sejam inovadoras. Ela tem a capacidade de articular-se efetivamente a paradigmas científicos inéditos que sejam capazes de

tratar do complexo tema saúde-doença-cuidado levando em consideração sua historicidade e integralidade (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Contratempos e dificuldades no campo de atenção à saúde fazem parte da realidade do Brasil, o que justifica a crescente demanda de modelos alternativos. O surgimento de novos paradigmas em saúde estaria relacionado a diversos acontecimentos, situações e condicionamentos complexos, de natureza socioeconômica, cultural e epidemiológica (LUZ, 1997).

Juntamente com este crescimento na utilização de cuidados alternativos, pesquisadores e educadores, dentro e fora da quiropraxia, começaram a vislumbrar um papel mais relevante para quiropraxistas em se tratando de oferecer serviços de prevenção em saúde ortodoxos, tais como recomendações para evitar comportamentos que levam a um estilo de vida sedentário e à obesidade, aconselhamento em relação a dieta e nutrição apropriadas, tabagismo e câncer (GREEN, 2001; HAWK, 2001).

Devido à crescente ênfase em prevenção e promoção de saúde, é importante que a quiropraxia preste muita atenção ao conhecimento que seus profissionais possuem a respeito do campo da saúde pública (HAWK, 2000). Um conhecimento insuficiente a respeito desta área pode prejudicar a integração da profissão a sistemas de saúde, limitando a habilidade de quiropraxistas para contribuir com ações de cunho coletivo e seu potencial de atuar em uma variedade de papéis nos sistemas de saúde vigentes (HAWK, 2001).

As faculdades de quiropraxia treinam quiropraxistas para diferenciar e tratar uma variedade de condições clínicas, mesmo sendo este treinamento frequentemente limitado a um ambiente de aprendizagem didático. Embora os quiropraxistas exibam algumas características clínicas relacionadas aos cuidados primários em saúde, há evidências que sugerem existir uma grande necessidade de se aumentar a realização de ações de prevenção não somente voltadas para problemas musculoesqueléticos (HAWK, 1995).

Alguns quiropraxistas continuam enfatizando a detecção e remoção de subluxações vertebrais como o único método de prevenção primária, deixando recomendações de

cunho preventivo para outros profissionais da saúde (RUPPERT, 2000). Pergunta-se, então, como quiropraxistas poderão assumir o papel de profissionais de cuidado primário em saúde se estes não educarem consistentemente seus pacientes em relação à prevenção de agravos à saúde (GLOBE; AZEN; VALENTE, 2005).

Atualmente, pouca informação tem sido sistematicamente coletada acerca das atitudes de quiropraxistas americanos em relação a serviços clínicos preventivos para caracterizar seu entendimento sobre o papel da profissão dentro da saúde coletiva, bem como identificar possíveis necessidades educacionais. Se quiropraxistas pretendem realizar ações de cunho coletivo, como a prevenção de agravos e promoção de saúde, faz-se essencial que sua formação esteja preparada para incluir as competências necessárias (HAWK et al., 2004).

Assim, percebe-se a importância que as instituições de ensino assumem na educação dos futuros profissionais da área da saúde. A participação da academia no contexto do desenvolvimento sanitário de uma população não está apenas relacionada a conhecer em detalhes a sua realidade sanitária e propor maneiras de ação, mas também reside na sua adequação interna, com o objetivo de preparar seus alunos para essas realidades (COSTA NETO; LOPES; PEÇANHA, 1996).

Educação quiroprática para a saúde coletiva

No que diz respeito ao papel das instituições de ensino superior, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a) aponta que as mesmas devem: desenvolver atividades pedagógicas na rede de serviços de saúde; produzir conhecimento a partir dos serviços de saúde, sendo que a Educação Permanente pode atuar para transformar as práticas de ensino-aprendizagem e de produção de conhecimento. Devem, ainda, atuar no território em articulação com os serviços de saúde, mobilizando docentes e estudantes.

Entretanto, todos esses avanços estão em contraponto à formação de recursos humanos na saúde, uma vez que os profissionais tendem a não possuir o perfil adequado para atuar nessa nova lógica. O profissional egresso pela maioria das universidades atualmente, apresenta características como: enfoque biologicista centrado em sua especialidade; tendência a medicalizar o processo saúde/doença; posição individualista

e crítico do SUS e defensor de uma visão liberal e autônoma da profissão (AMORETTI, 2005).

O Ministério da Saúde passou a assumir papel ativo na formação de recursos humanos para trabalhar no Sistema Nacional de Saúde, antes delegado ao Ministério da Educação, ao participar da elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde, aprovadas entre 2001 e 2004, que afirmavam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (CUTOLO, 2003).

Portanto, constata-se, atualmente, a existência de uma demanda social pela formação de recursos humanos da área da saúde para a organização do sistema de saúde vigente. O novo perfil do profissional deve, portanto, levar em conta a conjuntura nacional e internacional de reorientação dos sistemas de saúde, assim, esse perfil inclui, dentre outras coisas, maior conhecimento de saúde coletiva (AMORETTI, 2005).

Assim, legitima-se novamente a realização desta proposta de pesquisa, sendo que ela tem como problema norteador o papel da quiropraxia na construção da saúde coletiva.

5. PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a contribuição da Quiropraxia para a saúde coletiva a partir da visão de quiropraxistas?

6. PRESSUPOSTO

A quiropraxia contribui para a construção da saúde coletiva a partir da visão destes profissionais.

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo Geral

Conhecer qual o entendimento do quiropraxista acerca de saúde coletiva.

7.2. Objetivos Específicos

- a) Constatar o que os quiropraxistas entrevistados compreendem por saúde coletiva;
- b) Descrever, nos depoimentos dos quiropraxistas, a relação existente entre quiropraxia e saúde coletiva;
- c) Identificar, a partir dos dados coletados, as possíveis áreas de atuação do quiropraxista em saúde coletiva.

8. METODOLOGIA

8.1. Caracterização da Pesquisa

Metodologia em ciências sociais é a escolha de um caminho e instrumental próprios da abordagem da realidade e apresenta-se como o leque de técnicas que viabilizam apreender a realidade, bem como o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 2007).

O presente estudo caracterizar-se-á como trabalho com abordagem qualitativa e de caráter exploratório através de análise de conteúdo.

O objetivo de uma pesquisa qualitativa é explorar a gama de opiniões, as diferentes representações acerca do assunto em questão (BAUER; GASKELL, 2005). A abordagem qualitativa procura aprofundar a compreensão de grupos, segmentos e pequenas realidades, objetivando o desvendamento de sua lógica interna e visão acerca de determinadas questões, expressadas em opiniões, crenças, valores, relações, atitudes e práticas (MINAYO, 2007).

O método qualitativo de pesquisa não apresenta qualquer utilidade na mensuração dos fenômenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para observação de vários elementos simultaneamente. Em um pequeno grupo, no entanto, a abordagem qualitativa é capaz de propiciar o conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos (VICTORA et al., 2000).

O objetivo desta pesquisa é analisar a compreensão que um grupo de quiropraxistas têm a respeito do papel da quiropraxia para a construção da saúde coletiva, portanto, a abordagem qualitativa apresenta-se como a mais indicada, visto que ela lida com interpretações das realidades sociais (BAUER; GASKELL, 2003).

8.2. Grupo de Estudo

Em pesquisa do tipo qualitativa, Triviños (1987) destaca a possibilidade de se decidir por uma amostragem intencional, considerando uma série de condições: sujeitos que são essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, para o esclarecimento do assunto em foco; facilidade de encontrar as pessoas; tempo dos indivíduos para a entrevista, entre outros, e o tamanho da população.

Portanto, decidiu-se utilizar como sujeitos da pesquisa quiropraxistas portadores do título de Bacharel em Quiropraxia, graduados de instituições de ensino superior brasileiras que possuem o curso de Bacharelado em Quiropraxia, que estejam atuando profissionalmente como quiropraxista há pelo menos dois anos e que estejam localizados preferencialmente nas regiões Metropolitana de Porto Alegre, Vale do Sinos e Serra Gaúcha. O motivo pela delimitação das regiões de atuação deu-se pela incapacidade da pesquisadora de viajar para outras regiões mais distantes e pelo tempo disponível para a realização da pesquisa.

Os critérios para inclusão no estudo serão:

- ser quiropraxista graduado por uma instituição de ensino superior brasileira que possua o curso de Bacharelado em Quiropraxia devidamente reconhecido pelo Ministério da Educação;
- estar atuando profissionalmente há pelo menos dois;

- estar localizado em município pertencente às regiões Metropolitana de Porto Alegre, Vale do Sinos e Serra Gaúcha.

O número de amostrados entrevistados terá como parâmetro a saturação dos resultados (MINAYO, 2007).

8.3. Local e Período

As entrevistas com os quiropraxistas participantes do estudo serão realizadas no local de trabalho e/ou residência dos profissionais, bem como em outros locais à combinar com a pesquisadora. A pesquisa será realizada durante o mês de julho de 2008.

8.4. Instrumentos de Coleta de dados

A coleta de dados será realizada através de entrevista semi-estruturada, que combinará perguntas abertas e fechadas, contendo questões referentes ao entendimento do entrevistado sobre saúde coletiva e o papel da quiropraxia na saúde coletiva e identificação de práticas na quiropraxia que remetem à saúde coletiva.

O instrumento utilizado para a coleta de dados na pesquisa qualitativa visa realizar a mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica (MINAYO, 2007). Para um estudo de caso a entrevista semi-estruturada se caracteriza como uma das fontes de informações mais importantes, uma vez que enfoca diretamente o tópico do estudo e fornece inferências causais percebidas (YIN, 2005).

Enquanto a utilização de um questionário pressupõe hipóteses e questões fechadas que têm como ponto de partida as referências do pesquisador, a entrevista tem como objetivo compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos da investigação e contém poucas questões (MINAYO, 2007). Para esta pesquisa optou-se pela utilização da entrevista semi-estruturada, onde o entrevistado terá a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo

entrevistador. As mesmas serão coletadas até o momento em que as respostas começarem a se tornar repetitivas, indicando a saturação do tema.

A realização de um roteiro para a entrevista semi-estruturada deve desenvolver os vários indicadores que são considerados fundamentais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. Por seu papel como orientador e guia para o desenvolvimento da interlocução, é importante que o roteiro seja construído para que permita flexibilidade nas conversas e absorver novos temas e questões colocadas pelo interlocutor como sendo relevante (MINAYO, 2007).

8.5. Instrumentos de Análise de Dados

A análise dos dados consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas, recombinar as evidências tendo em vista os pressupostos iniciais do estudo (YIN, 2005).

Os dados obtidos através das entrevistas serão sistematizados e analisados utilizando-se a análise de conteúdo (MINAYO, 2007).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, sejam eles quantitativos ou não, que vão permitir a realização de inferências de conhecimentos relativos às condições nas quais foram produzidas estas mensagens (BARDIN, 2007).

A análise de conteúdo tem como objetivo chegar a inferências lógicas tendo como base as unidades de codificação ou de registro que organizam os dados coletados em categorias. Está relacionada com a lingüística, pois procura conhecer aquilo que encontra-se por trás das palavras e trabalha a palavra ou a prática da língua realizada por emissores e estes, por sua vez, expressam significados. A compreensão da linguagem como expressão da realidade ou como significado é o ponto de partida para que sejam originadas as unidades de registro e para que sejam elaboradas categorias de acordo com os objetivos da pesquisa (BARDIN, 2007).

A realização desta análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência representem algum significado para o objeto analítico visado (MINAYO, 2007).

Operacionalmente a análise desdobra-se em três diferentes etapas: a pré-análise; a exploração do material; tratamento dos dados obtidos e interpretação (BARDIN, 2007; MINAYO, 2007).

Na fase de pré-análise será feita a transcrição das fitas na íntegra, a determinação das unidades de registro (palavras-chave ou frase), das unidades de texto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 2007).

Na fase de exploração do material será realizada a codificação ou enumeração dos dados, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Na fase do tratamento dos resultados, os mesmos serão submetidos à análise colocando-se em relevo as informações obtidas. A partir dessa fase serão feitas inferências e a realização de interpretações previstas na fundamentação teórica (BARDIN, 2007; MINAYO, 2007).

8.6. Aspectos Éticos

O presente projeto de pesquisa será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Feevale para avaliação após sua apresentação e subsequente aprovação pela banca examinadora.

O procedimento de coleta de dados iniciará a partir da apresentação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a resolução 196/96 de Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), a cada um dos participantes. Será esclarecido que a coleta se dará de forma voluntária, que a cada participante será garantido o sigilo de sua identidade e que não haverá ônus financeiro envolvendo a pesquisa.

Após o aceite de cada sujeito em participar do estudo, o mesmo assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, permanecendo uma com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa, onde constará o telefone do pesquisador e todas as informações sobre a pesquisa de forma clara e fácil compreensão.

9. CRONOGRAMA

Revisão de literatura	Julho de 2007 a abril de 2008
Elaboração do projeto de pesquisa	Setembro de 2007 a março de 2008
Qualificação do projeto de pesquisa	Abril de 2008
Adequação do projeto	Maior de 2008
Encaminhamento ao CEP	Junho de 2008
Pesquisa de campo	Julho de 2008
Análise dos dados e elaboração do artigo	Setembro a novembro de 2008
Defesa da dissertação	Dezembro de 2008

10. ORÇAMENTO

À pesquisadora serão acarretados todos e quaisquer custos decorrentes da realização desta pesquisa.

Material de Consumo	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Caneta esferográfica	1 caixa (50 unidades)	R\$ 26,35	R\$ 52,70
Cartucho de impressora	5 unidades	R\$ 70,00	R\$ 350,00
Combustível	4 tanques	R\$ 110,00	R\$ 440,00
Pacote de 500 folhas A-4	5 pacotes	R\$ 13,00	R\$ 65,00
Pilhas AAA	1 cartela (2 unidades)	R\$ 3,70	R\$ 3,70
Total do material de consumo			R\$ 911,40

Material Permanente	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Gravador portátil digital	1 unidade	R\$ 350,00	R\$ 350,00
Pen drive	1 unidade	R\$ 30,00	R\$ 30,00
Total do material permante			R\$ 380,00

Serviços	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Encadernação	8 unidades	R\$ 2,00	R\$ 16,00
Fotocópias	1000 cópias	R\$ 0,13	R\$ 130,00
Telefone	100 minutos	R\$ 0,79	R\$ 79,00
Total de serviços			R\$ 225,00
Custo total da pesquisa	Subtotal	10% imprevistos	Total
Material de Consumo	R\$ 911,40	R\$ 91,14	R\$ 1002,54
Material Permanente	R\$ 380,00	R\$ 38,00	R\$ 418,00
Serviços	R\$ 225,00	R\$ 22,50	R\$ 247,50

Total de materiais e serviços de verba para a pesquisa			R\$ 1668,04
--	--	--	--------------------

REFERÊNCIAS

ALTOM, L.K.; CHURCHILL, L.R. Pay, pride and public purpose: why American doctors should support universal healthcare. **Medscape General Medicine**, v. 9, n. 01, p. 40, 2007. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=17435645>. Acesso em: 09 de março de 2008.

AMORETTI, R. A educação medica diante das necessidades sociais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 136-46, 2005.

ANDERSON, R.T. On doctors and bonesetters in the 16th and 17th centuries. **Chiropr. Hist.**, v. 3, n. 1, p. 11-15, 1983.

BAIRD, R. et al. Chiropractic within public health: a fish on a bicycle? **Dynamic Chiropractic**. Nov. 4, 2002. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3987/is_200211/ai_n9162272. Acesso em: 09 de setembro de 2007.

BALDWIN, M.L. et al. Cost-effectiveness studies of medical and chiropractic care for occupational low back pain: A critical review of the literature. **The Spine Journal**, v. 1, n. 2, p. 138-147, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2007.

BARROS, A.J.D. Produção científica em saúde coletiva: perfil dos periódicos e avaliação pela Capes. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. Esp., p. 43-49, 2006.

BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

BIGOS, S.J. et al. **Acute low back problems in adults: clinical practice guideline No. 14**. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96 contendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.** Brasil, 1996. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2008.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. **Caminhos para as mudanças na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS.** Brasília, maio de 2003a. Disponível em: http://www.forgrad.ufam.edu.br/arquivo/caminhos_para_a_mudanca_da_form.doc. Acesso em: 07 de fevereiro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da saúde. **Projeto Ver-SUS Brasil: vivência e estágio na realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil.** Brasília, setembro de 2003b. Disponível em: http://www.calenf.ufsc.br/downloads/Projeto_VerSUS.pdf. Acesso em: 15 de dezembro de 2007.

_____. Diário Oficial da União. **Portaria nº 902 de 10 de abril de 2006 – seção 1, nº 71, quarta-feira, 12 de abril de 2006, página 9.** Brasília: Imprensa Nacional, 2006a.

_____. Diário Oficial da União. **Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006 – seção 1, nº 84, quinta-feira, 4 de maio de 2006, página 20.** Brasília: Imprensa Nacional, 2006b.

BRONFORT, G. et al. Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: a systematic review and best evidence synthesis. **The Spine Journal**, v. 4, n. 3, p. 335-356, 2004.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CAPLAN, R.L. Chiropractic and the changing US health care marketplace: where we are going and what needs to be done. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 30, n. 06, p. 401-406, 2007.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1997..

CARVALHO, A.I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. IN: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M.D.; CARVALHO, Y.M. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. Hucitec: São Paulo, 2006.

CHAPMAN-SMITH, D. **Quiropraxia, uma profissão na área da saúde**. São Paulo: Anhembi Morumbi, 2001.

CLEARY, P.D. Chiropractic use: A test of several hypotheses. **American Journal of Public Health**, v. 72, n. 7, p. 727-730, 1982.

COSTA NETO, M.N.; LOPES, C.B.; PEÇANHA, L.M.F. Um estudo sobre o conhecimento dos formandos de 1995 da universidade de Brasília sobre o sistema único de saúde. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, v. 7, n. 4, p. 5-23, 1996.

COULTER, I.D; SHEKELLE, P.G. Chiropractic in North America: a descriptive analysis. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 28, n. 2, p. 83-89, 2005.

CUF. Centro Universitário Feevale. **Construindo a Integralidade em Saúde**. Projeto. Centro Universitário Feevale, 2008. Disponível em:

<http://www.feevale.br/voluntario/vwDetalheOportunidadeVoluntaria.asp?idProjeto=58>.

Acesso em: 17 de março de 2008.

CUTOLO, L. R. A.; DELIZOICOV, D. Caracterizando a escola médica brasileira. **Arq. Catarin. Méd.**, v. 32, n. 4, p. 24-34, 2003.

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

EISENBERG, D.M. et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. **Journal of the American Medical Association**, v. 280, n. 18, p. 1569-1575, 1998.

FRAGA, A. **Projeto de lei 4199/2001: prevê a regulamentação da quiropraxia no Brasil**. Câmara dos Deputados: Brasil, 2001. Disponível em: http://www2.camara.gov.br/internet/proposicoes/chamadaExterna.html?link=http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Lista.asp?ass1=4199&co1=&Ass2=&co2=Ass3=. Acesso em 14 de setembro de 2007.

FIRMAN, G.; GOLDSTEIN, M.S. The nature of chiropractic: A psychosocial view. **New England Medical Journal**, v. 293, p. 639-642, 1975.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1998.

GARNER, M.J.; et al. Chiropractic care of musculoskeletal disorders in a unique population within Canadian community health centers. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 30, n. 3, p. 165-170, 2007.

GAUCHER-PESLHERBE, P.L. Daniel David Palmer: alchemy in the creation of chiropractic. **Chiropr. Hist.**, v. 15, n. 2, p. 22-27, 1995a.

GAUCHER-PESLHERBE, P.L.; DONAHUE, J.; WIESE, G.C. Daniel David Palmer's medical library: the founder was "into the literature". **Chiropr. Hist.**, v. 15, n. 2, p. 63, 1995b.

GERBER, R. **Um guia prático da medicina vibracional**. São Paulo: Cultrix, 2000.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GLOBE, G.; AZEN, S.P.; VALENTE, T. Improving preventive health services training in chiropractic colleges: a pilot impact evaluation of the introduction of a model public health curriculum. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 28, n.9, p. 702-707, 2005.

GREEN, B.N. Reform in public health education in chiropractic. **Top. Clin. Chiropr.**, v. 8, n. X, p. 27-41, 2001.

GROSS, A.R. et al. 2004. A Cochrane Review of Manipulation and Mobilization for Mechanical Neck Disorders. **The Spine Journal**, v. 29, n. 14, p. 1541-1548, 2004.

HAWK, C. The role of chiropractic in providing clinical preventive services. **Top. Clin. Chiropr.**, v. 2, n. 1, p. 45-54, 1995.

HAWK, C. Should chiropractic be a "wellness" profession? **Top. Clin. Chiropr.**, v. 7, n. 1, p. 23-23, 2000.

HAWK, C. Toward a wellness model for chiropractic: the role of prevention and health promotion. **Top. Clin. Chiropr.**, v. 8, n. 4, p. 1-7, 2001.

HAWK, C. et al. A survey of US chiropractors on clinical preventive services. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 27, n. 08, p. 287-298, 2004.

HAWK, C. et al. Implementation of a course on wellness concepts into a chiropractic college curriculum. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 28, n. 6, p. 423-428, 2005.

HYMAN, M. The origin of diseases: musings on ecology and the evolution of medical ideas. **Altern. Ther. Health. Med.**, v. 13, n. 02, p. 10-13, 2007.

LOMAX, E. Manipulative therapy: an historical approach. IN: BURGER, A.A.; TOHIS, J.S. **Approaches to the validation of manipulation therapy**. Springfield: Charles C. Thomas, 1977.

LOPES, E. S. M. Centro Universitário Feevale. Curso de Quiropraxia. **A história da quiropraxia no Brasil entre 1920 e 2004 [Monografia de Quiropraxia]**. Novo Hamburgo, RS, 2004. [2] f. Monografia (Conclusão do Curso de Quiropraxia) - Centro Universitário Feevale, 2004.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M.T. **A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil**. São Paulo: Dynamis, 1996.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 145-176, 1997.

MANGA, P. et al. **The effectiveness and cost-effectiveness of chiropractic management of low-back pain**. Ontario: Kenilworth Publishing, 1993.

MANGA, P. Economic case for the integration of chiropractic services into the health care system. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 23, n. 2, p. 118-122, 2000.

MEADE, T.W. et al. Randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient management for low back pain: results from extended follow up. **British Medical Journal**, v. 311, n. 7001, p. 349-351, 1995.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOOTZ, R.D. Chiropractic's current state: impacts for the future. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 30, n. 1, p. 1-3, 2007.

NG, S.Y. A brief review of manipulation in Chinese history. **Eur. J. Chiropr.**, v. 34, n. 1, p. 24, 1986.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32 (4): 492-499; 2008.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316; 1998.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PETERSON, D.; WIESE, G. **Chiropractic: an illustrated history**. St. Louis: Mosby, 1995.

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

QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 16, n. 2, p. 363-375, 2000.

REDWOOD, D.; CLEVELAND, C.S. **Fundamentals of Chiropractic**. St. Louis: Mosby, 2003.

RUPPERT, R.L. A survey of practice patterns and the health promotion attitudes of US chiropractors. Maintenance care: part I. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 23, n. 1, p. 1-9, 2000.

SCHMIDT, T. P. Centro Universitário Feevale. Curso de Quiropraxia. **O conhecimento dos acadêmicos do curso de quiropraxia e quiropraxistas acerca dos princípios do sistema único de saúde [Monografia de Quiropraxia]**. Novo Hamburgo, RS, 2006. [57] f. Monografia (Conclusão do Curso de Quiropraxia) - Feevale, 2006.

SHEKELLE, P.G. et al. Spinal manipulation for low-back pain. **Ann. Intern. Med.**, v. 117, n. 7, p. 590-598, 1992.

STRANG, V. V. **Essential Principles of chiropractic**. Davenport: Palmer College of Chiropractic, 1985.

TESSER, C.D.; LUZ, M. T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 2, p. 363-372, 2002.

TORTORA, G. J. **Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VICTORA, C.M.; KNAUTH, R.D.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

WHO. **World Health Organization traditional medicine strategy 2002-2005**. WHO, 2002.

_____. **World Health Organization guidelines on basic training and safety in chiropractic**. WHO, 2005.

WILLIS, J. Forerunners of the chiropractic adjustment. .IN: REDWOOD, D.; CLEVELAND, C.S. **Fundamentals of Chiropractic**. St. Louis: Mosby, 2003.

YESALIS, C.E.; WALLACE, R.B.; FISCHER, W.P.; TOKHEIM, R. Does chiropractic utilization substitute for less available medical services? **American Journal of Public Health**, v. 70, n. 04, p. 415-417, 1980.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZARBUCH, M.V. A profession for “bohemian chiropractic”: Oakley Smith and the evolution of naprapathy. **Chiropr. Hist.** v. 6, n. X, p. 77-82, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A aluna Thiana Paula Schmidt dos Santos do Mestrado em Saúde Coletiva da UNISINOS está desenvolvendo uma pesquisa, orientada pela Prof^a. Dra. Lucilda Selli, com quiropraxistas sobre a visão que os mesmos possuem a respeito do papel da quiropraxia na construção da saúde coletiva. O objetivo do estudo é conhecer como quiropraxistas compreendem a saúde coletiva e identificar práticas de quiropraxia voltadas para a saúde coletiva. Os convidados a participar da pesquisa são quiropraxistas das regiões Metropolitana de Porto Alegre, Vale do Sinos e Serra Gaúcha. Eles serão entrevistados sobre o assunto de estudo em local e em data e horário a combinar. A entrevista será semi-estruturada e compreenderá os seguintes tópicos: saúde coletiva; o papel da quiropraxia na saúde coletiva; identificação de práticas de quiropraxia em saúde coletiva. As falas serão gravadas em fita K7, com a autorização do participante e posteriormente transcritas. As fitas serão guardadas pela pesquisadora por cinco anos e após este período serão destruídas.

A participação na pesquisa será confirmada através da leitura e assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: uma para o participante do estudo e a outra para a pesquisadora. Este participante terá a garantia de que:

- As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para atender os objetivos da pesquisa e nunca poderão servir para prejudicar o participante do estudo;
- O participante poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, sem a necessidade de avisar a pesquisadora e sem prejuízo algum;
- O integrante da pesquisa receberá todos os esclarecimentos necessários antes e durante o estudo;
- O nome da pessoa que forneceu as informações nunca aparecerá quando os resultados forem divulgados;
- Os participantes não terão gastos por participar da pesquisa, bem como as questões não causarão qualquer espécie de constrangimento;
- Ao final da pesquisa, os resultados estarão à disposição dos participantes.

Data: ___/___/___

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Contato: Thiana Paula Schmidt dos Santos

E-mail: thischmidt@yahoo.com

Telefone Residencial: (51) 3273-8328

Celular: (51) 9314-7335

APÊNDICE B
Roteiro para a entrevista

UNISINOS**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Entrevista nº: _____

DADOS SOBRE O QUIROPRAXISTA

- Nome: _____
- Idade: _____
- Sexo: _____
- Estado civil: _____
- Renda: () 0 à 3 salários mínimos
 () 4 à 6 salários mínimos
 () 7 à 10 salários mínimos
 () Acima de 10 salários mínimos
- Formação acadêmica:

- Tempo de experiência profissional como quiropraxista:

ENTREVISTA**1. O que você entende por saúde coletiva?****2. Para você, a quiropraxia e a saúde coletiva estão relacionadas?****3. Sugerir as áreas de atuação do quiropraxista que mais se identificam com saúde coletiva.**

ANEXOS

ANEXO A**Atestado de Defesa de Qualificação de Projeto de Dissertação**

ATESTADO

ATESTO, para os devidos fins, conforme consta nos assentamentos da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, que **THIANA PAULA SCHMIDT**, aluna do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA - nível de Mestrado, realizou a defesa de Qualificação do Projeto de Dissertação intitulado "*O papel da quiropraxia na construção de saúde coletiva: a visão dos quiropraxistas*", defendido no dia 28 de abril de 2008.

ATESTO, ainda, que a banca examinadora foi constituída pela Prof^a. Dr^a. Lucilda Selli (Orientadora), pelo Prof. Dr. José Roque Junges e a pela Prof^a. Dr^a. Elisabete Kasper.

São Leopoldo, 28 de abril de 2008.


Eusébio Schneider

Gerente de Registros Acadêmicos

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Feevale



**AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Feevale analisou o projeto:

Título: A quiropraxia na construção da saúde coletiva: a visão dos quiropraxistas

Processo nº 4.06.03.08.1043

Líder do Projeto: Lucilda Selli

Classificação no Fluxograma da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP:

(x) Grupo III

Tipo da proposta: Pós-Graduação

Parecer geral do projeto protocolado: aprovado

Comentários gerais sobre o projeto:

Em conformidade com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, e com as normas internas do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Feevale, todos os documentos necessários à análise do projeto acima referido por este Comitê foram apresentados.

Este projeto preserva os aspectos éticos dos sujeitos da pesquisa, sendo, portanto, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Feevale.

Reiteramos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição encontra-se à sua disposição para equacionar eventuais dúvidas e/ou esclarecimentos que se fizerem necessários.

Novo Hamburgo, 21 de julho de 2008.


Prof.ª Ms. Márcia Otero Sanches

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Feevale

Data de recebimento desse parecer: 25/07/2008 Retirado por: Thomaz

RELATÓRIO DE PESQUISA

A Quiropraxia na construção da Saúde Coletiva: a visão dos quiropraxistas

DEZEMBRO, 2008.

1. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

1.1. O Método

Esta pesquisa teve como problema norteador o papel da quiropraxia na construção da saúde coletiva. Para uma adequada construção da proposta de pesquisa deste projeto, torna-se fundamental a utilização de uma metodologia de pesquisa que seja capaz de viabilizar os objetivos propostos pela pesquisadora.

Portanto, foi escolhido trabalhar com a abordagem qualitativa, na qual a metodologia é definida como a escolha de um percurso que possui instrumentais próprios da abordagem da realidade e apresenta-se como uma gama de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade (MINAYO, 2007).

O objetivo desta pesquisa é aprofundar a compreensão apresentada por um grupo de quiropraxistas acerca de questões relacionadas às suas atitudes e práticas em relação à saúde coletiva. O foco de estudo problematiza a relação da quiropraxia e da saúde coletiva a partir da visão de quiropraxistas.

Portanto, a metodologia escolhida para este projeto de pesquisa foi a abordagem qualitativa de caráter exploratório através da análise de conteúdo.

1.2. O Contato com os Quiropraxistas

A pesquisadora entrou em contato com os sujeitos do estudo através de contato telefônico para realizar o convite para a participação na pesquisa e explicar os objetivos da mesma. Uma vez que o quiropraxista aceitou participar da pesquisa, foi realizado agendamento para a coleta das entrevistas em local e horário apropriados, combinados conforme a disponibilidade dos participantes.

1.3. A Coleta de Dados: Entrevistas

Após a aprovação desta pesquisa por uma banca examinadora (ANEXO A), a mesma foi submetida para avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa e devidamente aprovada sob número de processo 4.06.03.08.1043 (ANEXO B). A coleta de dados iniciou-se apenas após os participantes terem lido e assinado em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas para esta pesquisa foram realizadas em local e horário acertados conforme a disponibilidade do quiropraxista, bem como foram gravadas utilizando-se um gravador digital, apenas mediante autorização dos participantes. As entrevistas foram posteriormente transcritas na íntegra para leitura e análise e transferidas do gravador digital para um computador. Cada entrevista foi salva como um arquivo distinto, identificado numericamente e salvo posteriormente em CD, identificados numericamente, de acordo com o número da entrevista que continham.

Este material será guardado pela pesquisadora por um período de cinco anos após o término da pesquisa e posteriormente será destruído. A pesquisadora manterá sigilo sobre o seu conteúdo, utilizará as informações apenas para a pesquisa em questão, para a produção de artigos científicos e garantirá a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Após a realização das entrevistas, ocorreu a ordenação dos dados, que, segundo Minayo (2007), inclui as seguintes etapas:

- a) Transcrição de entrevistas na íntegra, leitura e aprovação da entrevista por parte dos sujeitos da pesquisa;
- b) Releitura do material;
- c) Organização dos relatos em determinada ordem, iniciando assim, um a classificação do material;
- d) Organização dos dados, de acordo com a proposta para a análise dos mesmos, determinando as categorias de análise.

A realização desta fase fornece ao pesquisador uma visão horizontal de seus achados de campo. Este trabalho pode ser compreendido como um processo hermenêutico, no

qual se toma o material empírico como um conjunto que deve ser tecnicamente trabalhado (MINAYO, 2007).

2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1. Quem são os Quiropraxistas entrevistados

Os quiropraxistas entrevistados foram, predominantemente, mulheres (73,3%), com idades entre 24 e 47 anos e solteiros (73,3). Houve predomínio de quiropraxistas com formação em pós-graduação em nível de especialização (40%), em áreas de conhecimento como: saúde do trabalhador, biomecânica, psicologia organizacional e ciências da saúde e do desporto. Profissionais que apresentavam apenas a graduação em quiropraxia representaram 33,3% da amostra, enquanto que 26,6% dos quiropraxistas estavam cursando especialização em áreas como acupuntura, gerontologia e saúde do idoso, gestão em saúde do trabalhador e cinesiologia.

Quanto à renda, 66,66% indicaram receber entre quatro a seis salários mínimos; 20% entre sete a dez salários mínimos; um quiropraxista relatou renda de três salários mínimos e um outro alegou renda superior a dez salários mínimos. Quanto ao tempo de atuação profissional, 60% dos entrevistados atuam há dois anos e meio como quiropraxista; 33,33% há três anos e apenas um entrevistado trabalha há três anos e meio como quiropraxista (6,66%).

Processada a decodificação das entrevistas, passa-se a descrever e analisar os resultados que se referem, nesta apresentação, a ordem das questões formuladas aos quiropraxistas entrevistados. Os conteúdos das questões constituíram-se nas seguintes categorias de análise: o conceito de saúde coletiva; a relação quiropraxia e saúde coletiva e áreas de atuação do quiropraxista em saúde coletiva. Estas são apresentadas em destaque, precedendo a análise e descrições cursivas correspondentes. Em cada dado analisado será pinçado e colocado em destaque (negrito) a idéia central do relato que traduz o dado expandido.

A fim de se preservar a identidade dos participantes do estudo, ao invés de seus nomes ou iniciais, optou-se por utilizar nomes de flores para se referir aos quiropraxistas entrevistados para a pesquisa.

2.2. Categorias de Análise

2.2.1. Primeira Categoria: O Conceito de Saúde Coletiva

A partir do material coletado durante as entrevistas procurou-se identificar o conceito de saúde coletiva que possuem os quiropraxistas entrevistados.

Constatou-se ao longo do rastreamento do referencial teórico, que pouca informação tem sido coletada acerca da atuação de quiropraxistas em relação à saúde coletiva para trazer à luz seu entendimento sobre o papel da profissão dentro da área, bem como identificar possíveis necessidades educacionais. Se quiropraxistas pretendem realizar ações de cunho coletivo, é indispensável que sua formação seja adequada para incluir as competências necessárias nesta área (HAWK et al., 2004).

Como campo específico de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

No processo de busca de dados acerca do conceito de saúde coletiva, os quiropraxistas entrevistados externaram as mais diversas concepções, apontando não somente os aspectos curativos relacionados à profissão, mas também os problemas vivenciados pela população em geral:

“... todas as questões referentes à saúde das pessoas...”

“Eu entendo como todas as questões referentes à saúde das pessoas de um modo geral, independente de plano, ou SUS, eu acho que são as medidas de saúde pra população, o que tu vai ter de programas de saúde pra essa população, tudo que se refere aos cuidados de saúde para todas as pessoas, sem distinção de classe econômica, se tem ou não plano de saúde” (Tulipa).

“... abrange todo o coletivo... não só os problemas de saúde, mas como esses problemas vão atingir a própria população”.

“Saúde coletiva é a saúde que abrange todo o coletivo, população em geral, não só os problemas que a população tem, problemas de saúde, mas como esse problema vai atingir a própria população” (Violeta).

Alguns quiropraxistas manifestaram certa hesitação ao conceituar saúde coletiva, porém expressaram através de suas falas que compreendem o que é saúde coletiva e procuram situá-la no contexto de saúde atual:

“... uma abordagem da sociedade, da saúde coletiva da sociedade.”

“Eu consegui ter algumas idéias, traçar algumas idéias de coisas que eu acabei percebendo que poderiam ser. O que seria saúde coletiva no meu ponto de vista, a saúde coletiva seria uma abordagem da saúde coletiva da sociedade. Essa saúde coletiva poderia estar enfocando vários segmentos da saúde, como saneamento, até a parte de educação, focada principalmente no bem-estar social, físico e psicológico da pessoa que é a definição de saúde segundo a OMS” (Azaléia).

Outros quiropraxistas seguem esta mesma linha de entendimento:

“...a questão da saúde não focada no indivíduo e sim no coletivo...”

“Abordagens em saúde para atingir grandes grupos. Assim, a questão de saúde não focada no indivíduo e sim no coletivo, num grupo” (Girassol).

“Coletiva, digamos um grupo de pessoas...”

“Coletiva, digamos um grupo de pessoas. Se tu me perguntar o que é saúde coletiva eu não sei. Mas sem saber eu diria que seria dentro de

uma cidade, por exemplo, assim, como é que tá a qualidade da saúde do povo daquela cidade, então eu não tenho uma certeza se tem alguma coisa a ver com isso, mas eu ia dizer que tem dentro de um grupo de pessoas, observar a saúde dentro daquele grupo de pessoas” (Margarida).

Os quiropraxistas manifestam certa dúvida e hesitação no momento de definir saúde coletiva. No entanto, na continuidade de suas verbalizações, conseguiram externar o conceito que entende a saúde coletiva como um núcleo de saberes e de práticas sociais que tem como objetivo o conjunto das necessidades sociais e de saúde, podendo-se afirmar, assim, que tudo que diz respeito à saúde da população, diz respeito à saúde coletiva (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Outro dado constatado através das respostas de alguns quiropraxistas estão relacionados a saúde coletiva como tradutora da atenção voltada à populações que apresentam baixa renda econômica:

“...população de baixa renda...”

“Saúde Coletiva é o conjunto de projetos e estruturação da saúde voltada à população geral, população de baixa renda” (Hortência).

O processo saúde-doença caracteriza-se como uma resposta dinâmica que as classes sociais manifestam de maneira diferenciada, de acordo com sua inserção no sistema de produção frente aos determinantes sociais. Assim, esta resposta é dada pelas características de riscos e de potencialidades que são reflexos do processo biológico de desgaste. Por encontrar-se nossa sociedade estratificada em classes sociais, a qualidade de vida de cada uma é diferente, uma vez que a exposição de cada classe social aos processos de risco e ao acesso a processos benéficos ou potencialidades de saúde também é diferente (EGRY, 1996).

Entende-se que a saúde coletiva tradicionalmente volta seu olhar para as populações vulneráveis, uma vez que estas encontram-se fragilizadas e suscetíveis a agravos de saúde. Entretanto, deve-se atentar para o fato de que as ações em saúde coletiva contemplam o sujeito coletivo, sem distinção, seja ela qual for.

Foi possível constatar também que dos quiropraxistas entrevistados, apenas um apresentou uma visão um pouco confusa sobre saúde coletiva e o que esta representa. De início, o dado a seguir faz maior referência à atuação profissional, seguido então de um olhar voltado para o coletivo:

“... são profissionais ou uma clínica multidisciplinar que envolve várias áreas de pesquisa...”

“Na minha opinião, eu entendo que são profissionais ou uma clínica multidisciplinar que envolve várias áreas de pesquisa e de atuação, é isso que eu entendo sobre saúde coletiva, abrange várias disciplinas, digamos assim. Ela abrange todos os grupos sociais, da classe A até a E, todo mundo, por exemplo, num hospital de SUS, hospitais particulares, é isso que eu entendo, tem toda essa abrangência de pessoas, na minha opinião, é geral” (Narciso).

Devido à crescente ênfase em prevenção e promoção de saúde, é importante que a quiropraxia se faça atenta ao real conhecimento que quiropraxistas possuem acerca do tema saúde coletiva. A falta ou deficiência de tal conhecimento pode prejudicar a integração da profissão junto aos sistemas de saúde, limitando assim, a habilidade que quiropraxistas teriam para contribuir com os assuntos ligados à saúde pública, bem como limitar o potencial destes profissionais para atuarem em uma variedade de papéis dentro de um diverso sistema de saúde (HAWK et al., 2005).

Nota-se, portanto, que a falta ou carência de conhecimentos relacionados à saúde coletiva pode limitar não somente a inserção da quiropraxia na proposta de saúde vigente, mas também o reconhecimento da quiropraxia como profissão da área da saúde (HAWK et al., 2004).

É evidente que um conhecimento insuficiente a respeito desta área pode prejudicar a integração da profissão a sistemas de saúde, limitando a habilidade de quiropraxistas para contribuir com ações de cunho coletivo e seu potencial de atuar em uma variedade de papéis nos sistemas de saúde (HAWK, 2001).

No entanto, estudos mostram que a quiropraxia aos poucos vai conquistando seu espaço, apesar de apresentar-se como uma profissão nova no cenário da saúde atual, sendo que o interesse da população pela profissão cresce cada vez mais. Juntamente

com este crescimento, pesquisadores e educadores, dentro e fora da quiropraxia, começaram a vislumbrar um papel mais relevante para quiropraxistas em se tratando de oferecer serviços de prevenção em saúde ortodoxos, tais como recomendações para evitar comportamentos que levam a um estilo de vida sedentário e à obesidade, aconselhamento em relação nutrição, tabagismo e câncer (GREEN, 2001; HAWK, 2001).

A importância da realização de ações de cunho coletivo está presente no documento “*Standards for Doctor of Chiropractic Programs and Institutions*”, publicado pelo “*Council on Chiropractic Education*”. O documento afirma que as responsabilidades do quiropraxista enquanto profissional de atendimento primário em saúde incluem a promoção do bem-estar e avaliação do estado de saúde e que o programa de treinamento clínico deve integrar a avaliação do estado de saúde, a manutenção da saúde e prevenção como elementos do cuidado ao paciente (CCE, 2007).

É importante ter presente que o campo da saúde coletiva fornece suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais face às problemáticas de saúde/doença e da organização da assistência. Portanto, pode-se compreendê-la como um campo voltado para a produção de saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde e onde operam distintas disciplinas que o contemplam, sob vários ângulos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

A maioria dos quiropraxistas fez referência ao aspecto interdisciplinar e multidisciplinar de atuação em saúde coletiva, sendo esta também compreendida como âmbito de práticas onde diversos agentes realizam ações em diferentes organizações e instituições, dentro e fora do espaço convencionalmente chamado de “setor saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000):

“...atuação multidisciplinar... não só individual...multidisciplinar, interdisciplinar...”

“Na verdade eu não entendo muita coisa, mais ou menos o que diz o nome, a saúde da população em geral é essa a primeira coisa que eu penso quando se pensa em saúde coletiva, apesar de eu não conhecer muito a área de atuação... pensando em saúde coletiva, ela abrange a

questão de prevenção e de atuação multidisciplinar, na questão familiar, não só individual, então esse tratamento bem amplo, bem complexo, tanto multidisciplinar, interdisciplinar, quanto não só o indivíduo, a questão de abordar toda a família, o meio dele” (Camélia).

Continuando a discussão, complementa Magnólia:

“...a multidisciplinaridade com acesso a todos, que todas as profissões da área da saúde pudessem ser acessíveis...”

“... eu imagino que seria assim, a multidisciplinaridade com acesso a todos, que todas as profissões da área da saúde pudessem ser acessíveis a toda população, que não tivesse assim carência, que fosse acessível pra todas as áreas, pra todas as camadas sociais. Eu imagino alguma coisa assim nesse sentido” (Magnólia).

A saúde coletiva aproxima profissionais de diversas áreas do conhecimento que possuem ferramentas de trabalho distintas. A vasta diversidade da área é rica no que diz respeito a alternativas de abordagem das variadas facetas daquilo que se apresenta como o ponto de convergência de interesse: a saúde das populações (BARROS, 2006). O trabalho teórico-epistemológico empreendido mais recentemente aponta a saúde coletiva como um campo interdisciplinar (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Por apresentar-se o discurso atual em saúde coletiva voltado para a promoção da saúde através da interdisciplinaridade, a mesma abre espaço para legitimar outras formas de conhecimento além do modelo biomédico e integrar outras racionalidades médicas (CARVALHO, 1996).

Tal realidade é identificada quando um dos entrevistados expressa que a saúde coletiva abrange não só a saúde física, mas também a saúde intelectual, emocional e espiritual. O quiropraxista aproxima o conceito de saúde coletiva do conceito de holismo.

“É a saúde do todo, da coletividade... A saúde física, intelectual, emocional, espiritual...”

“É a saúde do todo, da coletividade, a saúde do povo. Bem basicamente, né? A saúde física, intelectual, emocional, espiritual. Eu até andei dando uma lida, mas não saberia te dizer exatamente, é isso aí, no meu entendimento, são as teorias e as práticas para o bem-estar geral” (Dália).

Nesta mesma linha de entendimento, continua outro quiropraxista:

“... a atuação do quiropraxista vê o ser humano como um todo...”

“... a atuação do quiropraxista vê o ser humano como um todo, no seu coletivo, então eu acho que a saúde coletiva não é só a saúde física que seria o foco da atuação da quiropraxia, mas a saúde psicológica, e todos os fatores que ele [paciente] tem junto, socioeconômicos, fator cultural, de trabalho...” (Tulipa).

O mesmo entrevistado prossegue em sua fala, indicando que esta visão do ser humano como um todo permite ao profissional realizar ações de cunho multidisciplinar:

“... às vezes a causa física... vem de uma série de fatores... então às vezes a atuação também precisa de outro profissional”.

“... o profissional que atende tem que estar ciente de todas essas vertentes do paciente, porque às vezes a causa física não vem de um transtorno orgânico, vem de toda uma série de fatores que estão abalados, a atuação tem que visar isso também, então às vezes a atuação também precisa de outro profissional” (Tulipa).

O paradigma holístico apresenta-se como base de uma nova visão de mundo cujo principal motivo é, não mais a fragmentação da realidade e a especialização profissional, mas a construção integradora de uma realidade. Doença e cura são, nesse sentido, considerados fenômenos complexos que, para serem dimensionados, exigem uma perspectiva que inclua aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, ambientais e espirituais. A medicina científica ocidental moderna, ao focalizar apenas os aspectos biológicos, propõe uma prática parcial e reducionista, uma perspectiva estreita que necessita ser ampliada para dar conta dos problemas engendrados pelos fenômenos da saúde e da doença (QUEIROZ, 2000).

A comunidade holística e a saúde coletiva são aliadas naturais, apesar de talvez não o reconhecerem. Ambas rejeitam o reducionismo do modelo biomédico. Ao invés, profissionais holísticos e profissionais da saúde coletiva enfatizam a prevenção de

doenças e a importância de se olhar para as pessoas como parte de uma comunidade e não como máquinas humanas individuais. Tais concordâncias filosóficas profundas poderiam formar a base para uma aliança benéfica mútua entre estas duas comunidades (HYMAN, 2007).

Dentro deste contexto, destaca-se a atual proposta de saúde do país, que preconiza profissionais com um perfil capaz de viabilizar e implementar projetos, ações e serviços de saúde integrais e equânimes, que avancem do modelo biomédico para um modelo voltado para a saúde coletiva (BRASIL, 2003b).

A maioria dos quiropraxistas compreende o que é saúde coletiva, mas é preciso ter presente que muitos a entendem de modo abrangente, como saúde da população, saúde da população vulnerável. Através de suas falas os profissionais demonstraram que em sua prática o paciente ainda é o alvo principal das ações, deixando de lado o sujeito coletivo preconizado pela saúde coletiva e apresentando uma visão cartesiana, ainda relacionada à especialização:

“...em prol do paciente... várias áreas específicas da saúde... quiropraxia, odontologia, parte de traumatologia...”

“Saúde coletiva, eu não sei ao certo, mas o que vem na minha cabeça é em prol do paciente abrangendo várias áreas da saúde, em prol da saúde do paciente, pra melhora do paciente. Então ela pode abranger várias áreas específicas da saúde, como a quiropraxia, a parte odontológica, parte de traumatologia, parte de psicologia, várias áreas da saúde. Acho que seria isso” (Jasmin).

“... em busca do benefício pro teu paciente...”

“Deixa eu pensar... Na verdade eu acho que é a união de todas as profissões que vão em busca do benefício pro teu paciente, eu acho que é isso” (Papoula).

A saúde coletiva prioriza seu interesse no sujeito coletivo, não no “paciente”. Por ter sua prática atual centralizada principalmente na figura do paciente, a quiropraxia tem dificuldades para estabelecer qual sua conexão com a saúde coletiva. Tal constatação é prejudicial tanto para a população quanto para a profissão, que deixa de

realizar ações de cunho coletivo e acaba por não mostrar sua relevância, deixando de se firmar dentro do cenário de saúde atual (BAIRD, 2002).

Ao analisar-se o modelo assistencial, constata-se que a crise na saúde relaciona-se também às limitações apresentadas pelo paradigma da biomedicina, sendo que o sistema atual privilegia as especialidades médicas focadas em dimensões exclusivamente biológicas (CAPRA, 1997). Tal realidade resulta no detrimento de uma abordagem que considere as dimensões psicossociais, éticas, culturais e econômicas, reforçando a manutenção de uma postura fragmentada e reducionista, por parte dos profissionais da saúde em relação aos indivíduos que os procuram ou que procuram o sistema de saúde.

O profissional egresso pela maioria das universidades atualmente apresenta características como: enfoque biologicista centrado em sua especialidade; tendência a medicalizar o processo saúde/doença; posição individualista e crítico do SUS e defensor de uma visão liberal e autônoma da profissão (AMORETTI, 2005).

Neste sentido, o Ministério da Saúde passou a assumir papel ativo na formação de recursos humanos para trabalhar no Sistema Nacional de Saúde, antes delegado ao Ministério da Educação, ao participar da elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde, aprovadas entre 2001 e 2004, que afirmavam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (CUTOLO, 2003).

A constatação, no entanto, é de que se instala na abordagem clássica da formação em saúde um ensino tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, resultado de planejamento que segue o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional (BRASIL, 2003a).

Percebe-se, atualmente, a existência de uma demanda social pela formação de recursos humanos da área da saúde para a organização do sistema de saúde vigente. O

novo perfil do profissional deve, portanto, levar em conta a conjuntura nacional e internacional de reorientação dos sistemas de saúde, assim, esse perfil inclui, dentre outras coisas, maior conhecimento de saúde coletiva (AMORETTI, 2005).

Enquanto âmbito de práticas, a saúde coletiva contempla tanto a ação do Estado quanto o compromisso da sociedade para a produção de ambientes e populações saudáveis, através de atividades profissionais gerais e especializadas. A saúde coletiva preocupa-se com a saúde pública enquanto saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, populações (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Neste contexto, observou-se que um dos quiropraxistas relacionou saúde coletiva com ações realizadas pelo governo:

“...meu trabalho é mais em consultório... não-governamental...”

“Bom, vem uma expressão da parte de saúde pública, provavelmente, e a saúde... Bom, na realidade eu não tenho experiência com saúde pública, saúde coletiva, na realidade então o meu trabalho é mais em consultório, né, um trabalho mais, como é que eu vou te dizer, não governamental, pode-se dizer, e saúde coletiva provavelmente é a saúde de um número grande de pessoas, provavelmente uma coisa que se interesse mais a um órgão governamental do que um único cidadão, eu acredito” (Lírio).

É necessário que os profissionais da área da saúde tenham uma visão ampliada sobre sua atuação no sistema de saúde vigente. Percebe-se diante da fala do quiropraxista que este não visualiza sua atuação em saúde coletiva, pois mesmo a prática centrada somente no consultório também tem impactos no coletivo. Este espaço deve ser aproveitado para a realização de ações voltadas para a saúde coletiva e não somente para o assistencialismo, a fim de que se possa trabalhar não somente com a doença, mas com a saúde.

O entrevistado abaixo procura aproximar a quiropraxia da saúde coletiva, porém demonstra como alguns quiropraxistas continuam enfatizando a intervenção e o tratamento, deixando de realizar ações de cunho preventivo (RUPPERT, 2000).

“... atendimento em maior escala... em número maior de atendimento...”

“Agora eu não sei se o que eu to pensando é saúde coletiva ou não. Eu acho que a primeira coisa que tu pensa é em atendimento em maior escala, eu acho, em número maior e uma coisa que me vem também assim é logo é saúde pública, né? Como se fosse assim, não o atendimento particular. Logo vem isso de ser em número maior de pessoas, em número maior de atendimento, né, o coletivo seria, não é um atendimento individualizado, seria aquele atendimento num volume maior de pessoas” (Rosa).

As faculdades de quiropraxia preparam quiropraxistas para diferenciar e tratar uma variedade de condições clínicas, mesmo sendo este treinamento freqüentemente limitado a um ambiente de aprendizagem didático. Embora os quiropraxistas exibam algumas características clínicas relacionadas aos cuidados primários em saúde, há evidências que sugerem existir uma grande necessidade de se aumentar a realização de ações de prevenção não somente voltadas para problemas musculoesqueléticos (HAWK, 1995).

Devido à crescente ênfase em prevenção e promoção de saúde, é importante que a quiropraxia preste muita atenção ao conhecimento que seus profissionais possuem a respeito da saúde coletiva (HAWK, 2000).

Ao concluir-se esta categoria de análise, constata-se que os quiropraxistas entrevistados apresentaram diversas construções acerca do tema saúde coletiva, porém demonstraram entendimento sobre o que esta significa, bem como procuram situá-la com relação à quiropraxia no contexto de saúde atual.

Este entendimento foi expresso principalmente através da apresentação da saúde coletiva como sendo um campo de práticas multidisciplinares voltado para a prevenção e promoção de saúde para toda a população e a identificação do paradigma holístico relacionado à quiropraxia como forma de superação do modelo biomédico.

Entretanto, apesar de compreenderem o que é saúde coletiva e que a atuação do quiropraxista identifica-se com os princípios do holismo, os participantes da pesquisa deixaram claro que sua prática atual apresenta visão centrada no “paciente” e não no sujeito coletivo que é preconizado pela saúde coletiva.

A própria filosofia da quiropraxia preconiza uma visão holística do indivíduo que a procura, entendo que este não deve ser compreendido como um sintoma, ou como uma máquina que pode ser fragmentada em partes. Este indivíduo deve ser contemplado a partir das diversas facetas que o compõem (aspectos físicos, espirituais, sociais, culturais) para formar o todo.

Esta categoria de análise indica que os dados que os quiropraxistas apresentam traduzem o que preconiza a filosofia da quiropraxia, mas não correspondem ao que efetuem em sua prática diária, uma vez apontam o tratamento como principal modo de atuação. Assim, visualizou-se a importância de se investigar se estes profissionais estabelecem uma relação entre quiropraxia e saúde coletiva. Este dado será investigado na próxima categoria de análise.

2.2.2. Segunda Categoria: A Relação Quiropraxia e Saúde Coletiva

A presente categoria de análise teve como objetivo identificar através da análise dos dados traduzidos pelos quiropraxistas entrevistados a relação entre quiropraxia e saúde coletiva. A falta ou carência de conhecimentos relacionados à saúde coletiva pode limitar não somente a inserção da profissão na proposta de saúde vigente, mas também o reconhecimento da quiropraxia como profissão da área da saúde (HAWK et al., 2004).

Portanto, se a quiropraxia almeja consolidar-se como profissão da área da saúde no Brasil e participar ativamente da construção da saúde coletiva é necessário que os profissionais da área identifiquem e entendam qual seu papel dentro desta construção, bem como possíveis áreas de atuação.

Para isto, o profissional deve possuir um olhar ampliado quanto a relação quiropraxia e saúde coletiva, uma vez que ela se dá em todos os níveis de atenção, tendo em mente o sujeito coletivo, ou seja, indivíduos também inseridos em “micro saúdes coletivas”, que exercem efeitos na saúde coletiva maior.

A partir desta perspectiva, um entrevistado aponta que:

“... eu visando o bem-estar de uma pessoa... eu vou ajudar o grupo todo”.

“Dentro do meu conceito de saúde coletiva, eu acredito que sim, porque a quiropraxia visa o bem-estar da pessoa, então eu visando o bem-estar de uma pessoa, e aplicando isso dentro de uma comunidade, ou dentro de um grupo de pessoas, eu vou ta ajudando o grupo todo. Isso olhando com o meu tipo de pensamento do que é saúde coletiva e do que é a quiropraxia. Eu acredito que sim, que elas estariam relacionadas” (Margarida).

Foi possível constatar a partir dos dados levantados que a maioria dos participantes do estudo relacionou a quiropraxia à saúde coletiva sinalizando a importância do papel da profissão em ações voltadas para a prevenção e promoção de saúde:

“... o ideal seria trabalhar principalmente na prevenção, na educação...”

“... a questão da prevenção, o ideal seria trabalhar principalmente na prevenção, na educação, o trabalho, principalmente em casa, postura, essas coisinhas que a gente sabe que as pessoas não fazem pra se cuidar e pra prevenir, mas isso é uma coisa que eu acho que ainda ta um pouco longe da gente conseguir” (Camélia).

Prossegue outro quiropraxista:

“... a quiropraxia aborda a prevenção, trabalha com a educação e orientação do paciente...”

“Sim, pois a quiropraxia aborda a prevenção, trabalha com a educação e orientação do paciente, como cuidados básicos, exercício físico... Com informações, obviamente pra pessoa se conhecer. Aquela questão, a pessoa se ver, se entender, ser responsável por si, toda essa parte de não se fixar na doença, mas na causa dela, né” (Dália).

As responsabilidades do quiropraxista enquanto profissional da área da saúde devem incluir a promoção de saúde e não somente a avaliação, diagnóstico e tratamento das necessidades de saúde da população. Estas ações apontam a promoção e a educação em saúde como competências necessárias ao quiropraxista (CCE, 2007).

Assim, o passo inicial para que a integração entre quiropraxia e saúde coletiva ocorra é trazer novamente a atenção da profissão para prevenção e promoção de saúde, uma vez que os profissionais devem estar cientes e contribuir para prioridades em saúde

dentro do sistema de saúde onde se inserem com o intuito de prevenir doenças e promover saúde (HAWK et al., 2005).

Quiropraxistas precisam ser incentivados a incorporar aspectos de educação em saúde em sua prática e a compartilhar informações sobre a mesma com as comunidades nas quais estão inseridos. Desta maneira, a quiropraxia poderá melhorar a qualidade de vida da população (JOHNSON et al., 2008).

Profissionais da medicina alternativa e complementar, como os quiropraxistas, representam um contingente de profissionais que podem complementar e em alguns casos até mesmo dar conta da demanda da oferta de serviços de prevenção de agravos e promoção de saúde (THE UNITED STATES OF AMERICA, 2003).

É muito importante que os quiropraxistas passem a integrar os princípios da saúde coletiva como aspecto essencial ao cuidado do paciente. Intervenções em saúde coletiva, tais como, aconselhar pacientes a como evitar fatores de risco para agravos em saúde, bem como maneiras que estes indivíduos podem integrar fatores de proteção a seus estilos de vida e deste modo melhorar o processo de cura e prevenir futuras doenças.

Alguns exemplos incluem aconselhamento ergonômico sobre uso adequado de teclados a pacientes com queixas para a coluna cervical e extremidades superiores. Esforços dos quiropraxistas para educar pacientes sobre como eles podem reduzir riscos e adotar estilos de vida saudáveis exercem um efeito coletivo de melhora da saúde da população que utiliza o serviço (JOHNSON, 2008).

“... explicando formas adequadas no trabalho, formas de como dormir, como sentar no carro...”

“...explicando formas adequadas no trabalho, tem muitos pacientes que se machucam como dia-a-dia de trabalho, formas de como dormir, como sentar no carro, essas informações básicas eu acho que seria interessante pra população” (Jasmin).

A ação educadora deve se apoiar na ação e no diálogo, numa perspectiva democrática e libertadora, na qual as transformações geradas pela participação possam tornar as pessoas mais ativas e críticas da própria realidade (FREIRE, 1987). Educação em saúde pode ser definida como um conjunto de práticas e saberes que apresentam-se mais ou menos formalizados, oficiais ou não, que se dão no interior do setor saúde (SEMEKE; OLIVEIRA, 2001).

A educação em saúde passa a ser o elo integrador entre o saber técnico e o saber popular marcado por uma colaboração mútua que atinge e reorienta a diversidade de práticas realizada nos serviços de saúde. Mais do que um componente da atenção primária a saúde, exerce função de encorajamento e apoio para que pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas (VASCONCELOS, 2001).

Com relação à educação do paciente, alguns quiropraxistas externaram sua preocupação em instrumentalizar o paciente com conhecimento para que saiba enfrentar sua condição de saúde e prevenir agravos:

“... a pessoa se ver, se entender, ser responsável por si...”

“Sim, pois a quiropraxia aborda a prevenção, trabalha com a educação e orientação do paciente, como cuidados básicos, exercício físico... Com informações, obviamente pra pessoa se conhecer. Aquela questão, a pessoa se ver, se entender, ser responsável por si, toda essa parte de não se fixar na doença, mas na causa dela, né” (Dália).

“... aspectos que a pessoa possa levar adiante...”

“Olha, eu acredito que a gente sempre relacione alguma coisa da quiro com a saúde coletiva, porque enfim é área da saúde tu acaba usando aspectos de prevenção, aspectos que a pessoa também possa levar adiante...” (Orquídea).

Dentro deste contexto, resgata-se a produção social da saúde, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde (*empowerment*), salientando a necessidade do protagonismo social na transformação da sociedade. A promoção em saúde auxilia na construção da autonomia dos sujeitos,

entendendo suas possibilidades e limites visto que a promoção da saúde depende particularmente da participação destes (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Pode-se dizer que promover é educar, informar, conscientizar, participar buscando formas alternativas de melhorar e contribuir nos vários níveis de atenção à saúde, política e socialmente, num esforço coletivo de cidadania na assistência integral aos usuários dos sistemas de saúde (SEMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Sob a ótica da prevenção e da educação em saúde, um dos entrevistados fez referência à importância da atuação da profissão na atenção básica:

“... o ideal seria... inserir a quiropraxia... como uma parte da saúde básica.”

“...as pessoas só vem quando elas não podem mais. Porque o ideal seria o dia que a gente conseguisse inserir a quiropraxia como um cuidado básico, como cuidado, enfim, como uma parte da saúde básica. As pessoas saberem identificar os problemas que a gente pode tratar e virem no início...” (Violeta).

O conceito de saúde vem sendo alvo de reflexões e mudanças desde o movimento da Reforma Sanitária. A atenção básica foi escolhida como estratégia para a contemplação dos princípios doutrinários do SUS visando resgatar a integralidade no cuidado da saúde do cidadão, de forma a melhorar a sua qualidade de vida, assim como diminuir os custos relacionados com tratamento de doenças que podem ser evitadas (CAMPOS; AGUIAR, 2002).

A atenção básica está colocada como prioritária no processo de reorganização e regionalização do sistema nacional de saúde e pode ser definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Apresenta-se como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Tem-se presente que as ações de atenção básica buscam garantir a implementação de propostas que modifiquem os modelos de atenção centrados na doença,

proporcionando maior acesso à população através da equidade em um sistema de saúde integral e de qualidade.

Ainda neste contexto, alguns entrevistados externaram a importância do SUS para atenção básica e como ambiente para efetiva inserção da Quiropraxia na saúde coletiva, sendo que a ausência da profissão no sistema de saúde vigente representa um obstáculo ser superado pela profissão:

“A quiropraxia poderia atuar no cuidado primário... em Unidades Básicas de Saúde...”

“A quiropraxia poderia atuar no cuidado primário... em Unidades Básicas de Saúde... eu acho que seria mais uma coisa como prevenção...” (Violeta).

“... teria que entrar no sistema de saúde como o SUS...”

“... eu acho que teria que entrar no sistema de saúde como o SUS, seria uma boa, não só em planos particulares, mas pra toda população em geral. Acho que essa seria uma boa forma de implantar a quiropraxia” (Jasmin).

A presença de um quiropraxista como parte de uma equipe de saúde possibilita oferecer uma opção de tratamento para os quais médicos poderiam referenciar pacientes para o tratamento de problemas musculoesqueléticos que talvez não constituam prioridade médica de emergência, mas que sejam criticamente importantes para que o indivíduo sintá-se como parte ativa da sociedade (GARNER et al., 2007).

Esta visão ampliada da atuação do quiropraxista pode ser percebida na fala a seguir:

“... ajudando essa pessoa a estar melhor com sua saúde, ela automaticamente fica melhor para a sociedade, pra família, pro trabalho...”

“...deixar essa pessoa apta a atuar no seu mercado de trabalho, a ter um convívio social melhor, porque uma pessoa com dor vai acabar tendo influência no trabalho, no lazer, na relação com a família e a partir do momento que tu tem uma profissão nas mãos que tu pode tá ajudando essa pessoa a estar melhor com sua saúde, ela automaticamente fica melhor para a sociedade, pra família, pro trabalho...” (Tulipa).

Constata-se que os quiropraxistas entrevistados visualizam a atuação da profissão em diversos espaços e de maneiras distintas, porém, parte dos profissionais sinalizou a falta de espaços dentro do sistema vigente para a atuação do quiropraxista, entendendo que a este profissional deveria ser dado acesso e oportunidades de trabalho como possibilidade de inserção na saúde coletiva:

“... estar atuante em áreas públicas. Eu acho que é isso que nos falta”.

“Eu acho que se a quiropraxia pudesse hoje estar dentro da saúde coletiva eu acho que seria mais benefícios ainda... eu acho que antes disso acontecer, claro que a gente precisa de alguns passos burocráticos serem acertados, como a regulamentação do curso, enfim, estar atuante em áreas públicas. Eu acho que isso é que nos falta” (Papoula).

A falta de espaços de atuação em saúde coletiva torna o quiropraxista um agente isolado em sua prática, voltada para o consultório e para os indivíduos que possuem condições econômicas de pagar pela atenção:

“... você tem que ter uma certa condição de poder pagar... no consultório a gente trabalha com pessoas que têm condições de pagar”.

“... a quiropraxia é algo muito novo... ela não é acessível a qualquer pessoa, você tem que ter uma certa condição de poder pagar isso... no consultório a gente trabalha com pessoas que tem condições de pagar” (Magnólia).

“... a quiropraxia ainda é muito direcionada a um grupo específico...”

“... a quiropraxia ainda é muito direcionada a um grupo específico, então essa questão de que tem que abrir mais...” (Orquídea).

Prosseguindo na discussão, outro quiropraxista indica que a partir do reconhecimento da profissão, a mesma conseguirá gradativamente inserir-se em diversos espaços de atuação, enfatizando também que a importância e relevância da atuação do quiropraxista sobreleva a mera técnica:

“... a quiropraxia se estabilizando, a gente vai conseguir entrar em outros mercados...”

“... a gente ainda não ta abrangendo essas outras formas de atuação, mas eu acredito que a quiropraxia se estabilizando a gente vai conseguir entrar em outros mercados que antes a gente achava que pertencia a outros profissionais, mas a gente pode também trabalhar em grupos de pacientes, não só o individual, porque a quiropraxia não é só deitar numa maca e ajustar” (Tulipa).

Atualmente, a quiropraxia procura considerar as diferenças culturais entre a prática clínica e a saúde coletiva com o intuito de avançar para modelos de colaboração entre ambas. Tal colaboração conseguiria, entre outros objetivos, melhorar a saúde através de ações coordenadas/conjuntas, melhorar a qualidade e custo-benefício do cuidado, fortalecer a promoção em saúde e melhorar o acesso à população (JOHNSON et al., 2008).

A partir da referência da Conferência de Alma-Ata 1978, exigindo maior atenção às práticas alternativas em saúde e apoiando-se no atual documento da OMS intitulado “Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, ressalta-se a importância de se criar políticas públicas para a integração de práticas alternativas e complementares às populações (WHO, 2002).

A história do processo de institucionalização das medicinas alternativas vem se escrevendo com muitos percalços nas últimas décadas no Brasil, especialmente com a acupuntura que na segunda metade da década de 90, encontrou obstáculos constantes interpostos pela medicina socialmente hegemônica (LUZ, 2005).

O sucesso social e institucional das medicinas complementares e alternativas pode ser atribuído às novas representações e concepções relacionadas ao processo saúde/doença que estas apresentam. A demanda social por alternativas em saúde e a pressão política em direção a legitimação das medicinas alternativas levarão progressivamente as instituições médicas a absorverem essas terapêuticas de forma institucional (LUZ, 2005).

Além da incorporação ao sistema vigente e do isolamento enquanto profissão, questões relacionadas ao reconhecimento da quiropraxia por parte de outros profissionais da área da saúde assim como pela população, também foi sinalizada pelos quiropraxistas como um obstáculo a ser superado:

“... muitos médicos de uma forma geral ainda são muito desinformados...”

“Eu sou uma das pessoas que com certeza gostaria de atender pelo SUS... Para socializar e trazer informação de uma forma geral, porque muitos médicos de uma forma geral ainda são muito desinformados, as pessoas contra-indicam um negócio que é comprovadamente eficaz” (Dália).

“...a quiropraxia ainda não está difundida, tanto na população em geral quanto na área médica....”

“...as outras áreas da saúde elas não vêem a quiropraxia como uma forma de tratamento, é uma coisa muito isolada ainda a área da quiropraxia... ela ainda não é vista adequadamente, ela não tem o potencial dela como ela deveria ter... a quiropraxia ainda não está difundida, tanto na população em geral quanto na área da saúde, eu acho que tem também muita política no meio tentando barrar a quiropraxia pra que ela [não] se implante adequadamente no sistema de saúde” (Jamin).

A participação na saúde coletiva faz com que profissionais tentem atingir todos os envolvidos no processo (usuários, profissionais, gestores, etc), assim, compreensão construída a respeito de uma área do conhecimento é essencial. Infelizmente, a percepção que se tem a respeito da quiropraxia é freqüentemente imprecisa, baseada em informações antigas ou incorretas. Algumas pessoas acreditam que os quiropraxistas modernos apenas “estalam” as costas e que a quiropraxia possui pouca validação científica (JONHSON et al., 2008).

Quiropraxistas são qualificados para realizar muito mais do que manipular ou “ajustar” a coluna vertebral. Como profissão de saúde conservadora (quiropraxistas não utilizam medicamentos ou cirurgias), a abordagem holística da quiropraxia em relação a saúde, ainda que baseada em evidências, pode oferecer opções a pacientes e programas de saúde que objetivem melhorar a saúde da população.

A quiropraxia tem condições de contribuir positivamente para o desenvolvimento da saúde coletiva. A profissão deve demonstrar interesse em informar a população sobre sua abrangência de atuação e qualificação acadêmica a oferecer à população. Uma melhor comunicação também inclui a publicação de estudos científicos. (JONHSON et al., 2008).

Os cuidados em saúde na virada do último século preocupavam-se em diagnosticar o problema e oferecer o “elixir” adequado, em uma abordagem biológica reducionista ao cuidado em saúde. Atualmente, como consequência do conhecimento aprofundado da estrutura e funcionamento humano, o complexo modelo biopsicossocial da saúde e doença requer a integração do saber de diferentes áreas de conhecimento e o envolvimento de uma equipe de saúde multidisciplinar (PLSEK; GREENHALGH, 2001).

O profissional a seguir critica a medicina alopática no que se relaciona ao reducionismo biológico, a valorização do método sobre o fenômeno e da doença sobre o doente. Ainda, aponta a quiropraxia como uma prática integralizadora, que leva em conta todos os aspectos envolvidos com a saúde do indivíduo:

“...vai estar tirando o sintoma, não na verdade a causa do problema...”

“... as pessoas sentiam falta de um tratamento como a quiropraxia... principalmente essa visão, é uma coisa que as outras profissões não visam esse funcionamento completo e integrado do corpo... medicina, por exemplo, a pessoa chega num consultório médico com dor ele vai trabalhar com analgésico, vai estar simplesmente tirando o sintoma, não na verdade a causa do problema, por isso que se tem bons resultados e as pessoas estão gostando tanto e aderindo” (Camélia).

Entretanto, a superação do paradigma mecanicista não significa a sua exclusão, mas sim a sua transcendência. A opção por algum tipo de medicina alternativa não significa negar procedimentos da medicina alopática, mas incluí-los numa dimensão mais abrangente (QUEIROZ, 2003).

Assim, devido ao crescimento e popularidade de abordagens de saúde que não a medicina alopática, faz-se necessária a discussão sobre qual a contribuição destas terapias para a saúde coletiva e como as mesmas podem se inserir nos sistemas de saúde, de forma a proporcionar abordagens que avancem do modelo de fazer saúde centrado no indivíduo para o modelo de indivíduo como sujeito coletivo.

Apesar da filosofia e educação em quiropraxia incentivarem práticas voltadas para ações preventivas e de promoção da saúde, constata-se que os profissionais

quiropaxistas detêm sua prática em tratar doenças e sintomas, centrando sua atuação cada vez mais na figura do paciente (BAIRD, 2002).

As falas a seguir expressam esta problemática, uma vez que relacionam a relação do quiropaxista com a saúde coletiva no âmbito da intervenção:

“... eu estou atendendo... intervenção são os procedimentos quiropráticos interferindo na saúde do paciente”.

“... eu estou atendendo um número populacional... dentro da forma que eu trabalho eu crio uma intervenção em saúde... intervenção em saúde são os procedimentos quiropráticos interferindo na saúde do paciente” (Lírio).

Este profissional identifica que a relação entre quiropraxia e saúde coletiva se dá em todos os níveis de atenção à saúde, não somente na esfera governamental, que o trabalho de cada profissional, seja onde for, deve ser orientado pelos preceitos da saúde coletiva. Porém, retoma a questão da relação enquanto intervenção.

Outro quiropaxista reforça a mesma fala, compreendendo a relação entre quiropraxia e saúde coletiva como fragmentada, sem relação inter e multidisciplinar. Retoma, então, o modelo biomédico de atenção:

“... é um tipo de tratamento... quiropraxia, fisioterapia, são coisas diferentes...”

“... quiropraxia, como é uma profissão na área da saúde, é um tipo de tratamento, quiropraxia, fisioterapia, são coisas diferentes, mas são profissões na área da saúde. Eu entendo que quiropraxia com certeza pode ser relacionada à saúde coletiva” (Narciso).

O entrevistado a seguir reconhece a saúde coletiva como ambiente diversificado de práticas, porém, lembra o discurso biomédico, no qual se trabalha com a doença e não com a saúde. Curiosamente, este profissional identifica e constrói o coletivo a partir de sintomas:

“... sintomas diferentes... dores diferentes...”

“A cada dia tu atende pessoas diferentes, talvez a saúde coletiva também seja isso, pessoas diferentes, com sintomas diferentes, com problemas diferentes, com profissões diferentes, com dores diferentes... Então talvez o coletivo também esteja ali, tu não atende sempre uma dor de cabeça, uma dor específica, uma queixa específica, então eu acho que o coletivo abrange isso, na quiropraxista tu vais ter queixas diferentes, de pessoas de níveis diferentes, com influencia da atividade do dia a dia, do trabalho” (Rosa).

Um dos entrevistados problematiza esta questão e aponta o modelo biomédico como uma realidade a ser superada pelos profissionais:

“... a gente acaba trabalhando mais com a pessoa doente...”

“... a gente acaba não trabalhando muito com a saúde das pessoas, a gente acaba trabalhando mais com a pessoa doente, vamos usar esse termo...” (Tulipa).

Tal constatação vai contra a proposta de saúde do país, uma vez que ela preconiza profissionais com um perfil capaz de viabilizar e implementar projetos, ações e serviços de saúde integrais e equânimes, que avancem do modelo hospitalocêntrico para um modelo voltado para a saúde coletiva (BRASIL, 2003b).

Apesar da cooperação de profissionais e pacientes de um determinado sistema médico em partilhar paradigmas e representações de sua racionalidade e facilitar as relações terapeuta/paciente, melhorando o processo terapêutico, o risco que se corre com esse sincretismo é o de não se levar em consideração o paradigma dessas racionalidades que são centrados na terapêutica e no processo individual de adoecimento de cada sujeito relacionado a padrões de desarmonia (LUZ, 2005; QUEIROZ, 2003).

Considera-se que a crise existente na área da saúde continua a contribuir para a expansão do movimento em direção as medicinas tradicionais complementares e alternativas. A conquista de espaços para a atuação do quiropraxista dentro do sistema de saúde será significativa principalmente no que diz respeito a esta poder configurar-se como alternativa de resposta adequada a essa crise.

Alguns quiropraxistas criticam o modelo biomédico dominante com relação à medicalização e intervenção exagerada e as próprias atitudes do usuário:

“... não somente a automedicação, mas também a medicação prescrita... os pacientes usam em quantidades absurdas”.

“Eu tenho visto freqüentemente não somente a automedicação, mas também a medicação prescrita, que os pacientes usam em quantidades absurdas. Isso pra mim é uma questão de saúde coletiva na qual a quiropraxia poderia participar, poderia atuar aliviando essas dores, conseqüentemente a pessoa vai deixar de usar medicação” (Girassol).

Há uma diversidade de sentidos e representações relativas à saúde e não à doença na cultura atual e o desenvolvimento de novos valores relacionados ao processo saúde/doença por parte dos usuários das práticas complementares e alternativas.

O modelo biomédico é geralmente aceito pelos usuários dos serviços de saúde, estando seus princípios básicos enraizados em nossa cultura. A maioria dos usuários não entende muito bem a complexidade de seu organismo, pois foram condicionados a acreditar que só o médico sabe o que os deixou doentes e que a intervenção tecnológica é a única coisa que os deixará com saúde novamente (CAPRA, 1997).

O modelo biomédico é muito mais do que um modelo. A profissão médica adquiriu o status de um dogma e para o grande público está inextricavelmente vinculado ao sistema comum de crenças culturais que para suplantá-lo será necessário uma profunda revolução cultural (CAPRA, 1997).

É importante o ensino de atitudes que proporcionem saúde para que as pessoas possam ser libertas da dependência dos médicos de modo que a luta contra a medicalização se relaciona prudentemente ao desenvolvimento da consciência sobre as condições que estão condicionadas nos limites do setor saúde. A educação em saúde serve para que sejam facilitadas as capacidades individuais e dos grupos sociais na manutenção de máximo poder sobre suas vidas, mediante é claro, a intervenção das relações sociais nas quais constroem suas vidas (STOTZ, 1993).

Constata-se que os quiropraxistas entrevistados estabelecem uma relação de significado entre quiropraxia e saúde coletiva e verbalizam esta relação de diferentes formas ao longo da análise desta categoria. Dentre as áreas de atuação apontadas, destacam-se as medidas de prevenção e promoção e educação em saúde.

Os profissionais participantes da pesquisa compreendem o papel do quiropraxista enquanto educador em potencial, tendo uma possível inserção na atenção básica e no SUS como objetivo a ser alcançado, principalmente, pois o SUS é utilizado pela maior parte da população e as Unidades Básicas de Saúde configuram-se como principal porta de entrada ao sistema.

Problematizam esta relação ao apontarem a importância da atuação no SUS e sua falta de acesso a espaços de atuação dentro da saúde coletiva e do sistema de saúde vigente, resultante principalmente da falta de conhecimento e reconhecimento da profissão em nosso país.

Desta forma, a atuação do quiropraxista fica restrita à prática no consultório, situação na qual o profissional acaba por reproduzir o modelo biomédico, mesmo estando ciente de como as práticas em saúde devem ocorrer. Nesta realidade, o quiropraxista acaba focando seu fazer na intervenção e tratamento de sintomas, deixando de realizar ações de cunho preventivo e educacional.

Esta realidade é reconhecida por alguns quiropraxistas entrevistados como um obstáculo a ser superado pela profissão, uma vez que a mesma almeja uma inserção no sistema de saúde vigente, onde a prevenção e educação em saúde assumem papel fundamental. Diante desta realidade, foi importante constatar que os quiropraxistas entrevistados são capazes de vislumbrar a atuação da profissão na saúde coletiva. Assim, de modo a elucidar esta questão, pediu-se aos quiropraxistas entrevistados que indicassem áreas de atuação do quiropraxista em saúde coletiva, de acordo com a categoria analisada a seguir.

2.2.3. Terceira Categoria: Áreas de Atuação do Quiropraxista em Saúde Coletiva

Esta categoria apresenta as áreas de atuação do quiropraxista em saúde coletiva a partir da percepção dos quiropraxistas entrevistados. Através das concepções destes profissionais, apresenta-se a discussão e análise dos dados levantados em confronto com o referencial teórico.

A saúde coletiva apresenta-se, ao mesmo tempo, como núcleo de saberes e de práticas sociais que objetivam o conjunto das necessidades sociais de saúde e que, assim, fornecem suporte às práticas de distintas categoriais e atores sociais diante das questões de saúde/doença e de como a assistência é organizada (CAMPOS, 2000).

Tudo que diz respeito e está relacionado à saúde da população em geral diz respeito à saúde coletiva (PAIM, 1992). Assim, o meio ambiente, o saneamento básico, as condições de trabalho, a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a educação e a informação em saúde são exemplos de diversos temas relacionados à saúde coletiva (AKERMAN; FEUERWERKER, 2006).

Diante desta perspectiva, os participantes da pesquisa sinalizaram diversos espaços para a atuação do quiropraxista em saúde coletiva e que vem ao encontro do referenciado pelos autores. Esta confirmação pode ser visualizada nos dados a seguir:

“... sistema de saúde... empresas... asilos... hospitais... escolas...”

“... em um sistema de saúde, nas empresas, universidades, clínicas particulares...” (Magnólia).

“... consultórios particulares, hospitais, empresas...”

“Em consultórios particulares, hospitais, empresas...” (Dália).

“... empresas, saúde do trabalhador...”

“Além dos grandes grupos, se a gente pensar em empresas, em saúde do trabalhador, grupos escolares, questão postural” (Girassol).

“... creches, asilos...”

“...em hospitais, em creches, asilos, lares de meninas, meninos abandonados...” (Jasmin).

“... numa praça, no meio de uma feira de livros...”

“...dentro de um hospital...”; “...ela tem o lado preventivo e o lado de tratamento...”; “...hospital, eu posso trabalhar ela dentro de uma empresa, eu posso trabalhar ela, pô, numa praça, no meio duma feira de livros, se eu posso dar uma palestra...” (Margarida).

“... consultórios, clínicas, hospitais...” (Narciso).

“Empresas, é um campo muito bom, pode ajudar muita gente em uma empresa, pode atuar nas LER, DORT, quanta gente não se beneficiaria com a quiropraxia. Outra coisa é o sistema público, atuar nos hospitais, então a pessoa chega lá num hospital” (Orquídea).

“...escolas eu acho muito importante...” (Papoula).

A capacidade de visualizar a atuação do quiropraxistas em espaços diferenciados indica que os quiropraxistas entrevistados possuem uma visão ampliada de seu papel enquanto profissional da saúde, não só restrito à atuação no consultório. Os dados indicam que estes profissionais entendem sua prática como sendo aplicável à diversos ambientes, como por exemplo, empresas, escolas, hospitais e em qualquer outro local onde possa se comunicar com a população.

Como consequência, estes profissionais também apontam a prática da quiropraxia atrelada a um ambiente de cooperação interdisciplinar e multidisciplinar, como já revelado na análise das categorias anteriores. Estes profissionais entendem que o quiropraxista deve fazer parte das equipes de saúde, conforme os dados abaixo:

“... o trabalho coletivo entre profissionais...”

“...o trabalho coletivo entre profissionais, inter-relacionados, nutricionista, fisioterapeuta, quiropraxista, ortopedista, reumato...” (Orquídea).

“... trabalhar em conjunto com outras pessoas...”

“Dentro de um posto de saúde eu acho que o quiropraxista poderia trabalhar em conjunto com outras pessoas que já trabalham nessa área, ali, por exemplo, ou com o traumatologista, ou com o fisioterapeuta, sabe? Eu sei que tem hoje dentro de alguns postos tudo isso, mas assim ó, trabalhar em conjunto, sabe?” (Papoula).

Assim, torna-se importante estimular um trabalho abrangente, voltado para cuidados que sejam integralizadores e de prática multidisciplinar, que enfatizem abordagens não farmacêuticas e não cirúrgicas, através de modelos inovadores de cuidado que possam conter custos e resultar em alta qualidade e satisfação do usuário (SARNAT; WINTERSTEIN; CAMBRON, 2007).

Segundo os quiropraxistas entrevistados, os reflexos da inserção da quiropraxia no sistema de saúde vigente também são de cunho financeiro:

“Redução de custos...”

“Redução de custos por não pedir remédios, cirurgias...” (Magnólia).

“... tratamento de baixo custo...”

“...a .quiropraxia oferece um tratamento de baixo custo, grande eficácia, comparada com outros tratamentos...” (Dália).

O movimento em direção as terapêuticas alternativas propõe uma revolução científica que permitiria à ciência uma maior liberdade dos interesses econômicos e sociais que sustentariam a ciência positivista, o que traria como possibilidade uma ciência mais humana, ecológica e integradora (QUEIROZ, 2003).

As questões de saúde atuais supõem uma visão mais ampla e integral da saúde da população com o emprego de meios terapêuticos mais universais e menos caros, com uso de tecnologia mais simples que possam assegurar práticas adequadas de promoção e recuperação da saúde, além de políticas públicas de infra-estruturas e saneamento e educação em saúde.

Os gastos gerados pela dor nas costas aumentaram 65% nos últimos 10 anos, configurando-se como um importante problema de saúde pública. A dor nas costas é a

terceira causa mais comum para que adultos procurem atendimento médico. A dor na coluna não tratada pode levar a depressão, incapacidade funcional, comprometimento da qualidade de vida e aumento na utilização de medicação analgésica (MARTIN et al., 2008).

Em 1998, a American Geriatric Society listou o tratamento quiroprático entre as estratégias não farmacológicas para o tratamento de sintomas de dor crônica em adultos mais velhos. Protocolos publicados recentemente recomendam a manipulação da coluna vertebral para cervicalgia e dor lombar crônica (AGS PANEL, 1998; CHOU et al., 2007; VAN DER VELDE et al., 2008).

Portanto, uma participação maior da quiropraxia na saúde coletiva propiciaria uma opção de terapêutica que poderia auxiliar na redução de gastos do sistema voltados para a utilização de medicamentos, realização de longos tratamentos fisioterápicos, bem como a realização de cirurgias e hospitalização. Ademais, o custo para a prática do quiropraxista apresenta-se como relativamente baixo, uma vez que utiliza principalmente suas mãos para a realização de procedimentos quiropráticos.

Além dos espaços de atuação mencionados anteriormente, os entrevistados apontam a Unidade Básica de Saúde como importante local para a inserção da quiropraxia na saúde coletiva e no sistema de saúde vigente:

“O importante seria entrar nas Unidades Básicas de Saúde...”

“O importante seria entrar nas Unidades Básicas de Saúde pra atingir uma parcela da população que hoje, infelizmente não tem condições de fazer um tratamento de quiropraxia, porque infelizmente a gente têm uma parcela que pode pagar pelo tratamento, que pode procurar pelo tratamento e outra que não” (Camélia).

“De preferência nas Unidades Básicas de Saúde...”

“De preferência nas UBS, no posto de saúde, qualquer um” (Hortência).

Tal reconhecimento torna-se relevante uma vez que a Unidade Básica de Saúde configura-se como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde. Deste modo, os

quiropaxistas indicam a Unidade Básica de Saúde como espaço privilegiado para sua atuação.

Atualmente, cerca de 90% da população brasileira é usuária do SUS (Sistema Único de Saúde) e somente 8,7% não o utilizam. Uma parcela de 28,6% dos brasileiros tem o SUS como o único recurso de assistência disponível e aproximadamente 61,5% fazem uso dos serviços assistenciais do SUS complementado com algum plano de saúde ou atendimento particular, demonstrando assim a importância e magnitude deste sistema (BRASIL, 2003a).

O SUS constitui-se como espaço privilegiado de desenvolvimento da expansão de novas racionalidades médicas e de sua integralidade, como observado recentemente em um movimento de reconhecimento e valorização das mesmas, através da edição da primeira Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, pela Portaria 971 do Ministério da Saúde, em consonância com recomendações internacionais sobre o tema (TESSER; LUZ, 2008).

Através dos dados analisados, foi possível constatar que o enfoque principal do trabalho do quiropaxista, tanto nas Unidades Básicas de Saúde quanto nos outros espaços referidos, seria enquanto educador em saúde e seu importante papel na prevenção de agravos à mesma:

“... conhecimento e orientação em saúde...”

“... pelo próprio conhecimento pode-se dar orientações, palestras educativas que seriam pontos pra ajudar, não simplesmente no consultório... uma coisa de divulgação para eles conhecerem a quiropraxia, ter mais informações a respeito de saúde e ao que isso vá ser o tratamento. Então é mais para conhecimento e orientação em saúde e também sobre quiropraxia” (Magnólia).

“... um trabalho de prevenção...”

“Um trabalho de prevenção mesmo, de problemas neuro-músculo-esqueléticos, questões como tendinite, essas coisas assim” (Hortência).

“O quiropaxista não só trata a saúde do paciente, mas ele também educa o paciente...”

“O paciente tem que ter noção da própria saúde... O quiropraxista não só trata a saúde do paciente, mas ele também educa o paciente... Então as vezes o paciente dorme de posição errada, ou carrega não sei quantos quilos nas costas e acha que aquilo não causa um problema de coluna ou outro segmento como joelho, ou o fato dele tá obeso faz com que ele pense que a obesidade só vai causar um problema cardíaco, ele esquece que a obesidade causa problemas articulares no joelho, na coluna, né” (Lírio).

“... prevenindo doenças futuras...”

“... em escolas... prevenindo doenças futuras, como escoliose, por causa do peso dos livros, má postura, sabe, quando a criança tá sentada as classes não são especiais para um boa postura, eu acho que o quiropraxista poderia intervir nesse ponto...” (Papoula).

Segundo os quiropraxistas, esta atuação é possível, devido a filosofia holística da quiropraxia:

“... geraria aquele enfoque holístico da quiropraxia, tratando como um todo o corpo...”

“... também geraria aquele enfoque holístico da quiropraxia, tratando como um todo o corpo tu geraria um benefício de saúde no organismo como um todo, então poderia beneficiar outros sistemas, existem estudos que mostram o benefício da pressão, asma, fibromialgia, constipação, e isso são coisas que a quiropraxia taria trabalhando também” (Magnólia).

Os princípios fundamentais do cuidado quiroprático voltam seu olhar para a saúde e para a habilidade inata do corpo de curar a si mesmo. Afirma-se que o foco do tratamento quiroprático inclui diversos elementos, tais como componentes físicos, psicossociais, emocionais e ou espirituais e que esta visão holística da saúde ainda pode ser um modelo viável na prática científica (HAWK et al., 2005).

Este paradigma quiroprático holístico vem ao encontro da definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças.

Assim, faz-se importante atentar para o fato de que um dos princípios essenciais da quiropraxia é o princípio do holismo. O propósito do tratamento quiroprático não é apenas aliviar um sintoma ou tratar uma das causas deste sintoma, mas também

proporcionar cuidados holísticos, abordando o paciente como um todo (CHAPMAN-SMITH, 2001).

Esta concepção vem ao encontro do discurso atual em saúde coletiva voltado para a promoção da saúde, que abre espaço para legitimar outras formas de conhecimento, além do modelo biomédico, e integrar outras racionalidades médicas (CARVALHO, 1996).

Os conceitos e princípios que diferem a filosofia da quiropraxia das demais profissões da área da saúde são muito significativos para a maioria dos quiropraxistas e influenciam suas atitudes e abordagens em relação à saúde. Um dos principais princípios da profissão são os conceitos de holismo e homeostase (WHO, 2005). A homeostase que refere-se ao conceito de que o corpo possui uma capacidade inerente de cura e de resistência a doenças. Assim, existe uma tendência natural do organismo a retornar a um estado de saúde (CHAPMAN-SMITH, 2001).

A comunidade holística e a saúde coletiva são aliadas naturais, apesar de talvez não o reconhecerem. Ambas rejeitam o reducionismo do modelo biomédico. Ao invés, profissionais holísticos e profissionais da saúde coletiva enfatizam a prevenção de doenças e a importância de se olhar para as pessoas como parte de uma comunidade e não como máquinas humanas individuais. Tais concordâncias filosóficas profundas poderiam formar a base para uma aliança benéfica mútua entre estas duas comunidades (HYMAN, 2007).

Profissionais holísticos devem apoiar cuidados de saúde universais que estejam ao lado do público e não dos interessados em lucros e ao lado da compaixão ao invés do comercialismo. Estes profissionais deveriam apoiar a justiça social e o bem comum (ALTOM; CURCHILL, 2007).

Entretanto, apesar da filosofia que fundamenta a quiropraxia ser holística, constata-se pelos dados coletados, que a prática atual está concentrada na intervenção. Muitos referenciaram o tratamento como forma de atuação na saúde coletiva, reproduzindo o modelo biomédico que tanto criticam:

“... pra atuar na saúde coletiva seria mesmo o tratamento...”

“agora eu acho que é realmente a questão de tratamento, começar a conscientizar as pessoas, isso reduziria muitos custos com tratamentos também, então eu acho que agora, pra atuar na saúde coletiva seria mesmo o tratamento, principalmente das dores” (Camélia).

“... tratamento do paciente... o objetivo da profissão é isso...”

“O tratamento ao paciente, que eu acho que o objetivo da profissão é isso, a parte que se atende o público em geral...” (Lírio).

“... ela [quiropaxia] vai fazer um tratamento... Se não cabe a ele... o quiropaxista orienta essa pessoa a procurar um médico competente da área.”

“...quando chega seu paciente, ela [quiropaxia] vai fazer um tratamento, vai fazer com que ele, vai tentar resolver os problemas dessa pessoa com o tratamento de quiropaxia... o quiropaxista pode perfeitamente atender essas pessoas, fazer uma avaliação, e se cabe a ele atender essas pessoas ele faz o tratamento. Se não cabe a ele esse paciente, esses sintomas do paciente ele, o quiropaxista, orienta essa pessoa a procurar um médico competente da área” (Narciso).

O quiropaxista a seguir traz em sua fala a questão da prevenção e educação, entretanto destaca a questão do tratamento como principal benefício da profissão para a população:

“... a forma que ela [quiropaxia] mais ia atuar seria no tratamento...”

“Eu acho que a forma que ela mais ia atuar seria no tratamento que a quiropaxia faz o benefício, tratamento da coluna, da estrutura óssea, da coluna e tudo mais, mas eu acho que ele também poderia fazer a parte administrativa, poderia ajudar dando palestras, acho super importante promover palestras tanto na parte de funcionários quanto pra parte da população em geral” (Jasmin).

Um dos entrevistados até mesmo critica a sua formação voltada muito para a técnica:

“... a nossa formação em si não leva muito em consideração a alimentação e esses detalhes”.

“... a nossa formação em si não leva muito em consideração a alimentação e esses detalhes. A gente trabalha muito dentro do sistema músculo-esquelético” (Dália).

Os profissionais da saúde tendem a não possuir o perfil adequado para atuar na nova lógica que se deseja para o sistema de saúde, através da priorização de ações de cunho preventivo e educacional. O profissional egresso pela maioria das universidades atualmente apresenta um enfoque biologicista centrado em sua especialidade (AMORETTI, 2005).

A quiropraxia precisa estar atenta para não reproduzir em sua prática o modelo biomédico que tanto critica, colocando em risco a filosofia holística de sua prática e provocando uma possível fragmentação dos elementos de sua terapêutica.

Durante a análise desta categoria, os entrevistados sinalizaram diversos espaços de atuação do quiropraxista em saúde coletiva, como escolas, empresas, asilos, entre outros, reconhecendo seu papel como possível membro ativo da equipe de saúde, incentivando a atuação multidisciplinar, principalmente voltada para a prevenção. Também destacou-se a importância da quiropraxia enquanto opção de cuidados em saúde que poderia gerar redução de custos ao sistema, uma vez que a mesma não utiliza cirurgias, medicamentos ou instrumentos sofisticados para sua prática.

Dentro desta perspectiva, as Unidades Básicas de Saúde foram apontadas como local importante para a inserção da quiropraxia no sistema de saúde e realização de ações voltadas à saúde coletiva, sendo esta possível graças à visão holística que deve fazer parte da atuação do quiropraxista.

Entretanto, os dados analisados apontam novamente que a prática dos quiropraxistas distancia-se da filosofia da profissão e do que preconiza o sistema de saúde, na medida em que a prática atual da quiropraxia centra-se na intervenção ao invés da prevenção, promoção e educação em saúde. Alguns quiropraxistas problematizaram esta questão ao realizar críticas à sua formação acadêmica, uma vez que esta acaba por reproduzir os modelos educacionais com enfoque biomédico, tão questionados atualmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho de pesquisa focalizou-se a quiropraxia na construção da saúde coletiva a partir da visão dos profissionais quiropraxistas. Os resultados desta pesquisa basearam-se no conhecimento dos quiropraxistas entrevistados sobre saúde coletiva, se estes profissionais estabelecem uma relação entre a quiropraxia e a saúde coletiva e ainda, se visualizam áreas de atuação do quiropraxista no contexto da saúde coletiva.

No que se relaciona ao conhecimento que os profissionais entrevistados possuem sobre saúde coletiva, foi possível constatar que o mesmo é consideravelmente bom, especialmente ao identificarem características essenciais da saúde coletiva, como por exemplo, o conceito de saúde para todos a partir de uma prática multidisciplinar com enfoque holístico, voltado principalmente para ações de prevenção de agravos e promoção de saúde.

Neste momento, torna-se importante reconhecer a sólida construção que os quiropraxistas participantes da pesquisa apresentaram sobre saúde coletiva, principalmente quando se leva em consideração que a profissão está presente no Brasil há menos de 10 anos e que conta apenas com dois cursos de graduação. Tal fato torna-se ainda mais relevante quando se observa que muitas das profissões mais tradicionais da área da saúde ainda encontram dificuldades na capacitação de seus profissionais para a saúde coletiva.

Os entrevistados apresentaram um olhar ampliado em relação à atuação da quiropraxia em saúde coletiva, enfatizando a importância de ações de cunho preventivo e educacional e salientando a importância da atuação em equipes de saúde

multidisciplinares para a concretização dos ideais de saúde propostos pelo sistema vigente. Os participantes relacionaram esta atuação voltada para os mais diversos espaços, como escolas, empresas, unidades básicas de saúde e hospitais, não somente o consultório particular no qual centra-se a prática atual.

Somente através da inserção da quiropraxia no sistema de saúde vigente a mesma poderá efetivamente contribuir para a concretização dos objetivos da saúde coletiva para a população. Entretanto, evidencia-se que uma visão ainda voltada para a figura do paciente é predominante na prática diária destes profissionais, onde são priorizadas as ações de intervenção em detrimento das ações de prevenção e educação em saúde.

Percebe-se que a fala dos quiropraxistas não condiz com a sua prática atual, uma vez que se constata um distanciamento do que acreditam e pensam do que realmente realizam e concretizam em sua atuação. Desta maneira, acabam por reproduzir em sua prática o tão criticado modelo biomédico e deixam de lado o sujeito coletivo priorizado pela saúde coletiva, bem como a visão holística preconizada pela filosofia quiroprática.

A falta de espaço para a quiropraxia no sistema de saúde vigente foi sinalizada pelos entrevistados, sendo que esta resulta em uma atuação do quiropraxista centrada no consultório privado em uma prática voltada para a mera resolução de problemas. Esta realidade gera uma situação de deslocamento e isolamento do profissional, pois o mesmo acaba por não ser conhecido, bem como reconhecido pelos outros profissionais da área da saúde e pela população.

A inserção da quiropraxia no sistema de saúde vigente seria importante para o progresso deste sistema, uma vez que esta oferece a proposta de um meio terapêutico com visão holística, de baixo custo e de tecnologia relativamente simples, mas que pode assegurar práticas adequadas principalmente de promoção e educação em saúde.

A quiropraxia pode contribuir positivamente para a construção da saúde coletiva, mas para isto, caminhos devem ser trilhados e espaços devem ser abertos. Esta atitude dita sérios esforços de pesquisa, formação, educação e comunicação entre todos os envolvidos: quiropraxistas, instituições de ensino, o próprio governo através de políticas

públicas que incentivem investimentos não só na quiropraxia, mas nas racionalidades médicas complementares e alternativas em geral.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

ACKERMAN, M.; FEUERWEKER, L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? IN: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M.D.; CARVALHO, Y.M. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. Hucitec: São Paulo, 2006.

ALTOM, L.K.; CHURCHILL, L.R. Pay, pride and public purpose: why American doctors should support universal healthcare. **Medscape General Medicine**, v. 9, n. 01, 40, 2007. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=17435645>. Acesso em: 09 de março de 2008.

AMORETTI, R. A educação medica diante das necessidades sociais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 136-46, 2005.

AGS PANEL. The management of chronic pain in older persons. **Journal of the American Geriatric Society**. n. 58, p. 8-24, 1998.

BAIRD, R. et al. Chiropractic within public health: a fish on a bicycle? **Dynamic Chiropractic**. Nov. 4, 2002. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3987/is_200211/ai_n9162272. Acesso em: 09 de setembro de 2007.

BARROS, A.J.D. Produção científica em saúde coletiva: perfil dos periódicos e avaliação pela Capes. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. Esp., p. 43-49, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Seminário de experiências internacionais em saúde da família**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e**

desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Brasília, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da saúde. **Projeto Ver-SUS Brasil: vivência e estágio na realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil.** Brasília, setembro de 2003b. Disponível em: http://www.calenf.ufsc.br/downloads/Projeto_VerSUS.pdf. Acesso em: 15 de dezembro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos** – a construção do sujeito, a produção de valor de uso em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T. **Atenção básica e reforma curricular.** In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.D. (orgs.). Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp, 2002.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação.** São Paulo: Cultrix, 1997.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. IN: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M.D.; CARVALHO, Y.M. (org.). **Tratado de saúde coletiva.** Hucitec: São Paulo, 2006.

CARVALHO, A.I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

CCE. The Council on Chiropractic Education. **Standards for Doctor of Chiropractic Programs and Requirements for Institutional Status.** Scottsdale: The Council on

Chiropractic Education, 2007. Disponível em: <http://www.cce-usa.org/uploads/File/2007%20January%20STANDARDS.pdf>. Acesso em 25 de fevereiro de 2008.

CHAPMAN-SMITH, D. **Quiropraxia, uma profissão na área da saúde**. São Paulo: Anhembi Morumbi, 2001.

CHOU, R.; et al. Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians, American College of Physicians, American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. **Annals of Internal Medicine**. N. 147, p. 478-491, 2007.

CUTOLO, L. R. A.; DELIZOICOV, D. Caracterizando a escola médica brasileira. **Arq. Catarin. Méd.**, v. 32, n. 4, p. 24-34, 2003.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

EGRY, E.Y. **Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.

FREIRE, P. A pedagogia do oprimido. 17 ed. Paz e Teerã: Rio de Janeiro, 1987.

GARNER, M.J.; et al. Chiropractic care of musculoskeletal disorders in a unique population within Canadian community health centers. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 30, n. 3, p. 165-170, 2007.

GREEN, B.N. Reform in public health education in chiropractic. **Top. Clin. Chiropr.**, v. 8, n. X, p. 27-41, 2001.

HAWK, C. The role of chiropractic in providing clinical preventive services. **Top. Clin. Chiropr.**, v. 2, n. 1, p. 45-54, 1995.

HAWK, C. Should chiropractic be a "wellness" profession? **Top. Clin. Chiropr.**, v. 7, n. 1, p. 23-23, 2000.

HAWK, C. Toward a wellness model for chiropractic: the role of prevention and health promotion. **Top. Clin. Chiropr.**, v. 8, n. 4, p. 1-7, 2001.

HAWK, C. et al. A survey of US chiropractors on clinical preventive services. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 27, n. 08, p. 287-298, 2004.

HAWK, C. et al. Implementation of a course on wellness concepts into a chiropractic college curriculum. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 28, n. 6, p. 423-428, 2005.

HYMAN, M. The origin of diseases: musings on ecology and the evolution of medical ideas. **Altern. Ther. Health. Med.**, v. 13, n. 02, p. 10-13, 2007.

JOHNSON, C. et al. Chiropractic and public health: current state and future vision. **Journal of Physiological and Manipulative Therapeutics**. N. 31, p. 397-410, 2008.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva**. n. 15, p. 145-176, 2005.

MARTIN, B.I, et al. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. **JAMA**. n. 299, p. 656-664, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

PAIM, J.S. Reforma sanitária e municipalização. **Saúde e Sociedade**. V. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PLSEK, P.E; GREENHALGH, T. The challenge of complexity in health care. **British Medical Journal**. n. 323, p. 625-628, 2001.

QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 16, n. 2, p. 363-375, 2000.

QUEIROZ, M.S. **Um enfoque sobre saúde e doença: uma perspectiva antropológica**. São Paulo: EDUSC, 2003.

RUPPERT, R.L. A survey of practice patterns and the health promotion attitudes of US chiropractors. Maintenance care: part I. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 23, n. 1, p. 1-9, 2000.

SARNAT, R.L.; WINTERSTEIN, J.; CAMBRON, J.A. Clinical utilization and cost outcomes from an integrative medicine independent physician association: an additional 3-year update. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**. n. 30, p. 263-269, 2007.

SEMEKE, E.L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E.M. (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

STOTZ, E.N. **Enfoques sobre educação e saúde**. In: VALLAS, V.V.; STOTZ, E.N. (orgs.). *Participação popular, educação e saúde*. Rio de Janeiro: Releme-Dumará 1993.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n.1, p. 195-206, 2008.

THE UNITED STATES OF AMERICA. Department of Education. *A model course for Public Health education in chiropractic colleges. A user's guide*. Washington, 2003.

Disponível em: http://depts.washington.edu/ccph/pdf_files/MCWBFinalDrft02-19-02.pdf. Acesso em: 14 de junho de 2008.

VAN DER VELDE, G. et al. Identifying the best treatment among common nonsurgical neck pain treatments: a decision analysis. *Spine*. n. 33, p. 184-191, 2008.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e atenção a saúde da família**. 2 ed. Hucitec, Sobral: Uva, 2001.

WHO. **World Health Organization traditional medicine strategy 2002-2005**. WHO, 2002.

_____. **World Health Organization guidelines on basic training and safety in chiropractic**. WHO, 2005.

ARTIGO

A Quiropraxia na construção da Saúde Coletiva: a visão dos quiropraxistas

Este artigo será apresentado à Revista de Saúde Pública para publicação e segue as normas da revista.

**A QUIROPRACTICA NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA: A VISÃO DOS
QUIROPRACTISTAS**

**CHIROPRACTIC ON BUILDING COLLECTIVE HEALTH: THE VIEWS OF
CHIROPRACTORS**

A QUIROPRACTICA NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA

Thiana Paula Schmidt dos Santos¹

Lucilda Selli¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil. Avenida Unisinos, 950 – 93022-000 São Leopoldo, RS, Brasil.

Correspondência:

Thiana Paula Schmidt dos Santos

Rua Avaí, 438/301

93315-090 Novo Hamburgo, RS, Brasil

E-mail: thischmidt@yahoo.com

Baseado na dissertação de mestrado de autoria de Thiana Paula Schmidt dos Santos.

Título: A quiropraxia na construção da saúde coletiva: a visão dos quiropraxistas.

Ano: 2008

Instituição: Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil.

A QUIROPRAXIA NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA: A VISÃO DOS QUIROPRAXISTAS

CHIROPRACTIC ON BUILDING COLLECTIVE HEALTH: THE VIEWS OF CHIROPRACTORS

RESUMO

OBJETIVO: Conhecer, a partir de entrevistas realizadas com quiropraxistas, o seu conceito de saúde coletiva, a relação que estabelecem entre quiropraxia e saúde coletiva e possíveis espaços de atuação dos mesmos nesta área.

MÉTODOS: Estudo exploratório com abordagem qualitativa. Participaram 15 quiropraxistas graduados, atuando na área há no mínimo dois anos e residentes na região Metropolitana de Porto Alegre, Vale dos Sinos e Serra Gaúcha. A coleta de dados se deu em julho de 2008 através de entrevista semi-estruturada.

RESULTADOS: Em confronto com a literatura foi constatado conhecimento conceitual sobre saúde coletiva pelos quiropraxistas. Apontaram relação entre quiropraxia e saúde coletiva, com destaque para ações de cunho preventivo e educativo; Indicaram diversos espaços de possível atuação do quiropraxista em saúde coletiva. Destacaram a necessidade de avançar da prática em consultório particular, para espaços que correspondem ao sistema de saúde vigente focando ambientes de atuação multidisciplinar.

CONCLUSÕES: Apesar do conhecimento sobre o que é saúde coletiva, da identificação da estreita relação entre as mesmas e da visualização de possíveis espaços de atuação do quiropraxista nesta área, concluiu-se que a invisibilidade social do quiropraxista e o não reconhecimento como profissional da área da saúde influenciam sua prática tornando-a reclusa ao consultório, centralizada na figura do paciente e restrita a pessoas com poder aquisitivo.

DESCRITORES: Quiropraxia. Saúde Coletiva. Conhecimento.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To verify, through interviews carried out with chiropractors, what their concept of collective health is; the relationship between collective health and chiropractic, as well as possible areas in collective health in which chiropractors can be engaged in.

METHODS: This is an exploratory research with a qualitative approach. Fifteen chiropractors who had been practicing for a minimum of two years in the Porto Alegre Metropolitan area, in the Sinos Valley and Mountains region in Southern Brazil,

participated on the research. The data was collected in July 2008, by the use of a semi-structured interview.

RESULTS: A good concept of what collective health is was verified among the chiropractors. They were also able to establish an important relationship between collective health and chiropractic, mainly related to preventive and educational actions, as well as to envision several possible areas in which chiropractors can engage in regarding collective health, not only private practice, but also other environments. They have indicated the current health system e multidisciplinary settings as main work environments for chiropractors in collective health.

CONCLUSIONS: Although chiropractors present a good knowledge about collective health, the lack of work opportunities for chiropractors in the health system results in a patient centered practice focused on intervention, distanced from actions towards collective health, which ends up reproducing the biomedical model.

DESCRIPTORS: Chiropractic. Public Health. Complementary Therapies.

INTRODUÇÃO

A saúde coletiva aproxima profissionais de diversas áreas do conhecimento que possuem ferramentas de trabalho distintas. A vasta diversidade da área é rica no que diz respeito a alternativas de abordagem das variadas facetas daquilo que se apresenta como o ponto de convergência de interesse: a saúde das populações⁵.

Na busca de uma melhor compreensão do processo saúde-doença e melhoria das condições de saúde da população, além da medicina alopática de tradição ocidental, houve um interesse maior, em anos recentes, por outras abordagens e paradigmas de saúde (CHAPMAN-SMITH, 2001).

Dentre essas novas abordagens pode-se destacar a quiropraxia. Reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma profissão independente na área da saúde, dedicada à prevenção, diagnóstico e tratamento de alterações do sistema músculo-esquelético e os efeitos dessas alterações sobre o sistema nervoso e a saúde em geral. Aborda o tratamento do paciente como um todo, não apenas limitado a um processo patológico. O papel da quiropraxia nos cuidados com a saúde é caracterizado pelo tratamento das necessidades de pacientes com acesso direto, integrado e conservador, enfatizando condições neuro-músculo-esqueléticas e a promoção da saúde^{11, 24}.

Apesar da filosofia que fundamenta a quiropraxia ser voltada para o cuidado holístico e promoção da saúde, os profissionais da área se detêm em tratar doenças, com uma prática centrada na figura do paciente. A profissão sempre enfatizou a importância de atividades de prevenção e educação do paciente em sua teoria, porém não é o que se vivencia na atualidade, ou seja, a mesma está sendo desviada de sua filosofia³.

Tal constatação vai contra a proposta de saúde do país, uma vez que esta preconiza profissionais com um perfil capaz de viabilizar e implementar projetos, ações e serviços de saúde integrais e equânimes, que avancem do modelo, hospitalocêntrico, para um modelo voltado para a saúde coletiva⁶.

A falta ou carência de conhecimentos relacionados à saúde coletiva pode limitar não somente a inserção da profissão na proposta de saúde vigente, mas também o reconhecimento da quiropraxia como profissão da área da saúde¹⁴. Portanto, se a quiropraxia almeja consolidar-se como profissão da área da saúde no Brasil e participar ativamente na construção da saúde coletiva é necessário que os profissionais da área assumam seu papel dentro dessa construção. Para oferecer instrumentos que os auxiliem neste processo buscou-se conhecer sua compreensão de saúde coletiva, a relação que estabelecem entre quiropraxia e saúde coletiva e a identificação de espaços de atuação do mesmo nesta área.

MÉTODOS

Decidiu-se utilizar como sujeitos da pesquisa quiropraxistas graduados que possuíssem título de bacharel em quiropraxia, que estivessem atuando profissionalmente como quiropraxista há pelo menos dois anos nas regiões Metropolitana de Porto Alegre, Vale do Sinos e Serra Gaúcha, Brasil/RS. A amostra final contou com a participação de 15 quiropraxistas, escolhidos aleatoriamente através de sorteio que incluiu 33 quiropraxistas graduados pelas duas instituições de ensino brasileiras que oferecem o curso de bacharelado em quiropraxia, o Centro Universitário Feevale e a Universidade Anhembi-Morumbi.

A coleta de dados foi por meio de entrevista semi-estruturada, devidamente gravada com os quinze quiropraxistas. O instrumento foi dividido em duas partes: a primeira sobre dados gerais e informações socioeconômicas; e a segunda relacionada a três questões norteadoras: o que os entrevistados entendem por saúde coletiva; se a quiropraxia e a saúde coletiva estão relacionadas o que os quiropraxistas sugerissem como áreas de atuação da quiropraxia em saúde coletiva. Os dados obtidos foram sistematizados e analisados utilizando-se a análise de conteúdo, sendo esta caracterizada por um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter indicadores que permitirão a realização de inferências de conhecimentos relativos às condições nas quais foram produzidas estas mensagens^{4,18}.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os quiropraxistas entrevistados foram, predominantemente, mulheres (73,3%), com idades entre 24 e 47 anos, solteiros (73,3). Houve predomínio de quiropraxistas com formação em pós-graduação em nível de especialização (40%) em áreas de conhecimento como saúde do trabalhador, biomecânica, psicologia organizacional e ciências da saúde e do esporte; profissionais com bacharelado em quiropraxia (33,3%) e quiropraxistas que estavam cursando especialização em áreas como acupuntura, gerontologia e saúde do idoso, gestão em saúde do trabalhador e cinesiologia (26,66%). Quanto à renda, 66,66% recebiam entre quatro a seis salários mínimos, 20% entre sete a dez salários mínimos, um quiropraxista relatou renda de três salários mínimos e outro renda superior a dez salários mínimos. Quanto ao

tempo de atuação profissional, 60% dos entrevistados atuam há dois anos e meio como quiropraxista, 33,33% há três anos e um entrevistado trabalha há três anos e meio como quiropraxista (6,66%).

A partir da análise dos resultados foram construídas três categorias: o conceito de saúde coletiva na visão dos quiropraxistas; relação entre quiropraxia e saúde coletiva e áreas de atuação do quiropraxista em saúde coletiva.

Conceito de saúde coletiva conforme os quiropraxistas

Pouca informação tem sido coletada acerca da atuação de quiropraxistas em relação à saúde coletiva para trazer à luz seu entendimento sobre o papel da profissão dentro da área. Se quiropraxistas pretendem realizar ações de cunho coletivo, é indispensável que apresentem conhecimento adequado que inclua as competências necessárias para a atuação nesta área¹⁴.

No processo de busca de dados acerca do conceito de Saúde Coletiva, os quiropraxistas entrevistados externaram concepções que relacionam este campo de conhecimento principalmente à saúde da população em geral:

“... todas as questões referentes à saúde das pessoas...”

“... abrange todo o coletivo... não só os problemas de saúde, mas como esses problemas vão atingir a própria população”.

“...a questão da saúde não focada no indivíduo e sim no coletivo...”

Através de suas verbalizações, os quiropraxistas conseguiram externar o conceito que entende a saúde coletiva como um núcleo de saberes e de práticas sociais que tem como objetivo o conjunto das necessidades sociais e de saúde, podendo-se afirmar, assim, que tudo que diz respeito à saúde da população, diz respeito à saúde coletiva¹⁰.

Dentro deste contexto, é necessário que a quiropraxia esteja atenta ao real conhecimento que quiropraxistas possuem acerca do tema saúde coletiva. Um conhecimento deficiente pode prejudicar a integração da profissão junto aos sistemas de saúde, limitando assim, a habilidade que quiropraxistas teriam para contribuir com os assuntos ligados à saúde coletiva¹⁵.

Tal constatação apresenta-se como relevante, uma vez que a saúde coletiva aproxima profissionais de diversas áreas do conhecimento que possuem ferramentas de trabalho distintas. A vasta diversidade da área é rica no que diz respeito a alternativas de abordagem das diferentes facetas daquilo que se apresenta como o ponto de convergência de interesse: a saúde das populações⁵.

Assim, observa-se que o trabalho teórico-epistemológico empreendido mais recentemente aponta a saúde coletiva como um campo interdisciplinar, constatação apontada também pelos quiropraxistas²⁰.

“... atuação não só individual... multidisciplinar, interdisciplinar...”

“... multidisciplinaridade com acesso a todos...”

Por apresentar-se o discurso atual em saúde coletiva voltado para a promoção da saúde através da interdisciplinaridade, a mesma abre espaço para legitimar outras formas de conhecimento além do modelo biomédico e integrar outras racionalidades médicas⁹.

Tal realidade é identificada quando um dos entrevistados expressa que a Saúde Coletiva abrange não só a saúde física, mas também a saúde intelectual, emocional e espiritual. O quiropraxista aproxima o conceito de Saúde Coletiva do conceito de holismo.

“... saúde do todo, da coletividade... saúde física, intelectual, emocional, espiritual...”
“... a atuação do quiropraxista vê o ser humano como um todo...”

O paradigma holístico apresenta-se como base de uma nova visão de mundo cujo principal motivo é não mais a fragmentação da realidade e a especialização profissional, mas a construção integradora de uma realidade. Doença e cura são considerados fenômenos complexos que exigem uma perspectiva que inclua aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, ambientais e espirituais²¹.

Ao analisar o modelo assistencial, constata-se que a crise na saúde relaciona-se também às limitações apresentadas pelo paradigma da biomedicina, sendo que o sistema atual privilegia as especialidades médicas focadas em dimensões exclusivamente biológicas⁸. Tal realidade reforça a manutenção de uma postura fragmentada e reducionista por parte dos profissionais da saúde em relação aos indivíduos que os procuram o sistema de saúde.

Dentro deste contexto, destaca-se a atual proposta de saúde do país, que preconiza profissionais com um perfil capaz de viabilizar e implementar projetos, ações e serviços de saúde integrais e equânimes, que avancem do modelo biomédico para o modelo voltado para a saúde coletiva⁶.

Entretanto, através de suas falas, os profissionais apontam que em sua prática o alvo principal das ações encontra-se no paciente, em detrimento do sujeito coletivo e que uma visão cartesiana, relacionada à especialização, ainda está presente:

“...em prol do paciente... várias áreas específicas da saúde... quiropraxia, odontologia, traumatologia...”
“... é um tipo de tratamento... quiropraxia, fisioterapia, são coisas diferentes...”

Por ter sua prática atual predominantemente centralizada na figura do paciente, a quiropraxia tem dificuldades para estabelecer qual sua conexão com a saúde coletiva. Tal constatação é prejudicial tanto para a população quanto para a profissão, que deixa de realizar ações de cunho coletivo e acaba por não mostrar sua relevância e se consolidar dentro do cenário de saúde atual³. Por esta unidade de análise detectou-se conhecimento dos quiropraxistas sobre o que seja saúde coletiva e implicações que distanciam teoria da prática.

Relação entre quiropraxia e saúde coletiva

A falta ou carência de conhecimentos relacionados à saúde coletiva pode limitar não somente a inserção da quiropraxia na proposta de saúde vigente, mas também o reconhecimento da mesma como profissão da área da saúde¹⁴.

Portanto, se a quiropraxia almeja consolidar-se como profissão da área da saúde no Brasil e participar ativamente da construção da saúde coletiva é necessário que os profissionais identifiquem e entendam qual seu papel dentro desta construção, bem como possíveis áreas de atuação.

Para isto, o profissional deve possuir um olhar ampliado quanto à relação quiropraxia e Saúde Coletiva, uma vez que ela se dá em todos os níveis de atenção, tendo como meta o sujeito coletivo.

Foi possível constatar que a maioria dos participantes do estudo relacionou a quiropraxia à Saúde Coletiva sinalizando a importância do papel da profissão em ações voltadas para a prevenção e promoção de saúde:

“... o ideal seria trabalhar principalmente na prevenção, na educação...”

“... a quiropraxia aborda a prevenção, trabalha com a educação e orientação...”

Assim, o passo inicial para que a integração entre quiropraxia e saúde coletiva ocorra é trazer novamente a atenção da profissão para prevenção e promoção de saúde, uma vez que os profissionais devem estar cientes e contribuir para prioridades em saúde dentro do sistema de saúde onde se inserem com o intuito de prevenir doenças e promover saúde¹⁵.

Quiropraxistas precisam ser incentivados a incorporar aspectos de educação em saúde na sua prática e compartilhar informações sobre a mesma com as comunidades nas quais estão inseridos¹⁶.

Os quiropraxistas apontam a necessidade de agregar os princípios da saúde coletiva como aspectos essenciais do cuidado dos indivíduos. Aconselhar pacientes a como evitar fatores de risco para agravos em saúde, bem como integrar fatores de proteção no processo de prevenção e cura.

Alguns exemplos incluem aconselhamento ergonômico sobre uso adequado de teclados a indivíduos com queixas de dor na coluna cervical e extremidades superiores. Esforços dos quiropraxistas para educar as pessoas sobre como elas podem reduzir riscos e adotar estilos de vida saudáveis exercem um efeito coletivo de melhora da saúde da população¹⁶.

“... explicar formas adequadas no trabalho, como dormir, como sentar no carro...”

“... o ideal seria trabalhar principalmente na prevenção, na educação...”

A educação em saúde passa a ser o elo integrador entre o saber técnico e o saber popular marcado por uma colaboração mútua que atinge e reorienta a diversidade de práticas realizada nos serviços de saúde. Mais do que um componente da

atenção primária a saúde, exerce função de encorajamento e apoio para que pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas²³.

Com relação à educação do paciente, alguns quiropraxistas externaram sua preocupação em instrumentalizar o paciente com conhecimento para que saiba enfrentar sua condição de saúde e prevenir agravos:

“... a pessoa se ver, se entender, ser responsável por si...”

“... aspectos que a pessoa possa levar adiante...”

Dentro deste contexto, resgata-se a produção social da saúde, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde (empowerment), salientando a necessidade do protagonismo social na transformação da sociedade. A promoção em saúde auxilia na construção da autonomia dos sujeitos, entendendo suas possibilidades e limites visto que a promoção da saúde depende particularmente da participação destes¹².

Ainda neste contexto, alguns entrevistados apontaram a importância do SUS como ambiente para a efetiva atuação da quiropraxia na saúde coletiva, sendo que a ausência da profissão no sistema vigente representa um obstáculo a ser superado:

“A quiropraxia poderia atuar em Unidades Básicas de Saúde...”

“... teria que entrar no SUS...”

A presença de um quiropraxista como parte de uma equipe de saúde possibilita oferecer uma opção de tratamento para os quais outros profissionais poderiam referenciar pacientes para a abordagem de problemas musculoesqueléticos que talvez não constituam prioridade de emergência, mas que sejam criticamente importantes para que o indivíduo sintá-se como parte ativa da sociedade¹³.

Constata-se que os quiropraxistas entrevistados estabelecem relação de significado entre quiropraxia e saúde coletiva apontando principalmente as medidas de prevenção, promoção e educação em saúde. Os profissionais compreendem o papel do quiropraxista enquanto educador, tendo a inserção no SUS como objetivo a ser alcançado.

Dando continuidade ao processo de investigação buscou-se conhecer a visão dos quiropraxistas sobre possíveis áreas de atuação da quiropraxia em saúde coletiva, conforme a categoria a seguir.

Áreas de atuação do quiropraxista em saúde coletiva

Tudo que diz respeito e está relacionado à saúde da população em geral diz respeito à saúde coletiva¹⁹. Assim, o meio ambiente, o saneamento básico, as condições de trabalho, a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a educação e a informação em saúde são exemplos de diversos temas relacionados à saúde coletiva¹.

Diante desta perspectiva, os participantes da pesquisa sinalizaram diversos espaços para a atuação do quiropraxista em saúde coletiva e que vem ao encontro do referenciado pelos autores. Esta confirmação foi constatada nas falas a seguir:

“... sistema de saúde... empresas... hospitais... escolas...”

“... numa praça, numa feira de livros...”

A capacidade de identificar a atuação do quiropraxista em espaços diferenciados indica que os entrevistados possuem uma visão ampliada de seu papel enquanto profissional da saúde, não só restrito à atuação no consultório. Os dados indicam que estes profissionais entendem sua prática como sendo aplicável à diversos ambientes. Como consequência, estes profissionais também apontam a prática da quiropraxia atrelada a um ambiente de cooperação interdisciplinar e multidisciplinar, como já revelado na análise das categorias anteriores.

“... o trabalho coletivo entre profissionais...”

Assim, torna-se importante estimular um trabalho abrangente, voltado para cuidados que sejam integralizadores e de prática multidisciplinar, que enfatizem abordagens não farmacêuticas e não cirúrgicas, através de modelos inovadores de cuidado que possam conter custos e resultar em alta qualidade e satisfação do usuário²². Dentro desta perspectiva, indicaram os reflexos da inserção da quiropraxia no sistema de saúde vigente também são de cunho financeiro:

“Redução de custos...”

“... tratamento de baixo custo...”

Os gastos gerados pela dor nas costas aumentaram 65% nos últimos 10 anos. A dor nas costas é a terceira causa mais comum para que adultos procurem atendimento médico. A dor na coluna não tratada pode levar a depressão, incapacidade funcional, comprometimento da qualidade de vida e aumento na utilização de medicação analgésica¹⁷.

Portanto, uma participação maior da quiropraxia na saúde coletiva propiciaria uma opção de terapêutica que poderia auxiliar na redução de gastos do sistema voltados para a utilização de medicamentos, bem como a realização de cirurgias e hospitalização. Ademais, o custo para a prática do quiropraxista apresenta-se como relativamente baixo, uma vez que utiliza principalmente as mãos para a realização de procedimentos quiropráticos.

Além dos espaços de atuação mencionados anteriormente, os entrevistados apontam a Unidade Básica de Saúde como importante local para a inserção da quiropraxia na Saúde Coletiva e no sistema de saúde vigente:

“O importante seria entrar nas Unidades Básicas de Saúde...”

“De preferência nas Unidades Básicas de Saúde...”

Tal reconhecimento torna-se relevante uma vez que a Unidade Básica de Saúde configura-se como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde. Deste modo, os quiropraxistas indicam a mesma como espaço privilegiado para sua atuação.

Atualmente, cerca de 90% da população brasileira é usuária do SUS e somente 8,7% não o utilizam. Uma parcela de 28,6% dos brasileiros tem o SUS como o único recurso de assistência disponível e aproximadamente 61,5% fazem uso dos serviços assistenciais do SUS com algum plano de saúde ou atendimento particular, demonstrando assim a importância e magnitude deste sistema⁷.

Através dos dados analisados, foi possível constatar que o enfoque principal do trabalho do quiropraxista, tanto nas Unidades Básicas de Saúde quanto nos outros espaços referidos, seria enquanto educador em saúde e seu importante papel na prevenção de agravos à mesma:

“... conhecimento e orientação em saúde...”

“O quiropraxista não só trata a saúde do paciente, ele também educa...”

Segundo os quiropraxistas, esta atuação é possível, devido à filosofia holística da quiropraxia:

“... geraria aquele enfoque holístico da quiropraxia, tratando como um todo o corpo...”

Os princípios fundamentais do cuidado quiroprático voltam seu olhar para a saúde e para a habilidade inata do corpo de curar a si mesmo. Afirma-se que o foco do tratamento quiroprático inclui diversos elementos, tais como componentes físicos, psicossociais, emocionais e ou espirituais e que esta visão holística da saúde ainda pode ser um modelo viável na prática científica. O propósito do tratamento quiroprático não é apenas aliviar um sintoma ou tratar uma das causas deste sintoma, mas também proporcionar cuidados holísticos, abordando o paciente como um todo^{11, 15}.

Apesar da filosofia que fundamenta a quiropraxia ser holística, constata-se pelos dados coletados, que a prática atual está concentrada na intervenção. Muitos referenciam o tratamento como forma de atuação na Saúde Coletiva, reproduzindo o modelo biomédico que tanto criticam:

“... pra atuar na Saúde Coletiva seria mesmo o tratamento...”

“... tratamento do paciente... o objetivo da profissão é isso...”

Os profissionais da saúde tendem a não possuir o perfil adequado para atuar na nova lógica que se deseja para o sistema de saúde, através da priorização de ações de cunho preventivo e educacional. O profissional egresso pela maioria das universidades atualmente apresenta um enfoque biologicista centrado em sua especialidade².

Observa-se, então, que a quiropraxia precisa estar atenta para não reproduzir em sua prática o tão criticado modelo biomédico, colocando em risco a filosofia holística de sua prática e provocando uma possível fragmentação dos elementos de sua terapêutica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se relaciona ao conhecimento que os profissionais entrevistados possuem sobre saúde coletiva, foi possível constatar que o mesmo é consideravelmente bom, especialmente ao identificarem características essenciais da saúde coletiva, como por exemplo, o conceito de saúde para todos a partir de uma prática multidisciplinar com enfoque holístico, voltado principalmente para ações de prevenção de agravos e promoção de saúde.

Os entrevistados apresentaram um olhar ampliado em relação à atuação da quiropraxia em saúde coletiva, enfatizando a importância de ações de cunho preventivo e educacional e salientando a importância da atuação em equipes de saúde multidisciplinares para a concretização dos ideais de saúde propostos pelo sistema vigente.

Somente através da inserção da quiropraxia no sistema de saúde vigente a mesma poderá efetivamente contribuir para a concretização dos objetivos da saúde coletiva para a população. Entretanto, evidencia-se que uma visão ainda voltada para a figura do paciente é predominante na prática diária destes profissionais, onde são priorizadas as ações de intervenção em detrimento das ações de prevenção e educação em saúde.

Constatou-se que a fala dos quiropraxistas não condiz com a sua prática atual, uma vez que se identifica um distanciamento entre o que acreditam e pensam do que realmente realizam em sua atuação. Desta maneira, acabam por reproduzir em sua prática o tão criticado modelo biomédico e deixam de lado o sujeito coletivo priorizado pela saúde coletiva, bem como a visão holística preconizada pela filosofia quiroprática.

A falta de espaço para a quiropraxia no sistema de saúde vigente foi sinalizada pelos entrevistados, sendo que esta resulta em uma atuação do quiropraxista centrada no consultório privado com uma prática voltada para a resolução de problemas. Esta realidade gera uma situação de deslocamento e isolamento do profissional, pois o mesmo acaba por não ser conhecido, bem como reconhecido pelos outros profissionais da área da saúde e pela população.

REFERÊNCIAS

1. ACKERMAN M, FEUERWEKER L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
2. AMORETTI R. A educação medica diante das necessidades sociais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2005; 29(2):136-46.
3. BAIRD R, et al. Chiropractic within public health: a fish on a bicycle? *Dynamic Chiropractic*. Nov. 4, 2002. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3987/is_200211/ai_n9162272.

4. BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2007.
5. BARROS AJD. Produção científica em saúde coletiva: perfil dos periódicos e avaliação pela Capes. Rev Saúde Pública. 2006; 40(esp):43-9.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da saúde. Projeto Ver-SUS Brasil: vivência e estágio na realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil. Brasília, setembro de 2003. Disponível em: http://www.calenf.ufsc.br/downloads/Projeto_VerSUS.pdf.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Brasília, 2003.
8. CAPRA F. O Ponto de Mutação. São Paulo: Cultrix, 1997..
9. CARVALHO AI. *Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade*. Ciência e Saúde Coletiva. 1996;1(1):104-21.
10. CARVALHO YM, CECCIM RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. IN: Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.
11. CHAPMAN-SMITH D. Quiropraxia, uma profissão na área da saúde. São Paulo: Anhembi Morumbi, 2001.
12. CZRESNIA D, FREITAS CM (orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
13. GARNER MJ et al. *Chiropractic care of musculoskeletal disorders in a unique population within Canadian community health centers*. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 2007;30(3):165-170.
14. HAWK C et al. *A survey of US chiropractors on clinical preventive services*. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 2004;27(8):287-98.
15. HAWK C et al. *Implementation of a course on wellness concepts into a chiropractic college curriculum*. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 2005;28(6):423-28.

16. JOHNSON C et al. *Chiropractic and public health: current state and future vision*. Journal of Physiological and Manipulative Therapeutics. 2008;(31):397-410.
17. MARTIN BI et al. *Expenditures and health status among adults with back and neck problems*. JAMA. 2008;(299):656-64.
18. MINAYO MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
19. PAIM JS. *Reforma sanitária e municipalização*. Saúde e Sociedade. 1992;1(2):29-47.
20. PAIM JS, ALMEIDA FILHO NA. *Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* Rev. Saúde Pública. 1998;32(4):299-316.
21. QUEIROZ MS. *O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde*. Cadernos de Saúde Pública. 2000;16(2):363-75.
22. SARNAT RL, WINTERSTEIN J, CAMBRON JA. *Clinical utilization and cost outcomes from an integrative medicine independent physician association: an additional 3-year update*. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 2007;30:263-69.
23. VASCONCELOS EM. *Educação popular e atenção a saúde da família*. Hucitec, Sobral: Uva, 2001.
24. WHO. *World Health Organization guidelines on basic training and safety in chiropractic*. WHO, 2005.