

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

Práticas integrativas e complementares: percepções de praticantes de Chi Kung

Integrative and complementary practices: perceptions of Chi Kung practitioners

Recibido: 14/04/2020

Aprobado: 29/09/2020

Publicado: 06/11/2020

Natália de Toledo Cadore¹

Felipe Menezes Ribeiro Galdiano²

Luiza Maria de Assunção³

Ailton de Souza Aragão⁴

Rosimár Alves Querino⁵

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

Descriptor: Terapias complementarias; Qigong; Autocuidado.

Esta é uma pesquisa qualitativa e descritiva realizada em um município mineiro no primeiro semestre de 2016, com o objetivo de compreender a condição e percepção de saúde, bem como a corporeidade após a prática de Chi Kung em usuários de unidade especializada em reabilitação. Utilizou-se entrevista individual e grupo focal de forma audiogravada. Participaram nove usuários, das quais, a maioria era do sexo feminino, na faixa etária de 19 a 59 anos, se autodeclarou parda, em união estável e com ensino fundamental incompleto. Na análise de conteúdo emergiram duas categorias: *Caminhar na rede SUS e Percepções de saúde e corporeidade*. A adesão ao Chi Kung relacionou-se a: melhorias na condição de saúde; experiências anteriores de cuidado e vínculo com a profissional. O desenvolvimento do autocuidado, a desmedicalização e a ampliação das percepções de saúde e corporeidade foram destacados como contribuições da prática. A possibilidade de implantação dos grupos na atenção primária foi reconhecida pelos participantes. A institucionalização das práticas integrativas e complementares no município é fundamental para a expansão das iniciativas e do acesso.

Descritores: Terapias complementares; Qigong; Autocuidado.

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

Descriptors: Complementary therapies; Qigong; Self care.

1. Psicóloga, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4299-1474 E-mail: nataliatcadore@hotmail.com

2. Fisioterapeuta, Especialista em Acupuntura, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-6470-458X E-mail: casaguilauberaba@hotmail.com

3. Científica Social. Maestra y Doctora en Sociología. Profesora del Curso de Derecho de la Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Ituiubata, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-6106-1200 E-mail: luassunc@gmail.com

4. Científico Social. Maestro en Sociología. Doctor en Enfermería de Salud Pública. Investigador Posdoctoral en Ciencias. Profesor Adjunto del Departamento de Salud Colectiva de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. Profesor del Programa de Posgrado en Salud Ambiental y Salud del Trabajador (PPGAT) del Instituto de Geografía de la Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil. ORCID:0000-0002-0793-2594. E-mail: ailton.aragao@uftm.edu.br

5. Científica Social. Maestra y Doctora en Sociología. Profesora Asociada del Departamento de Salud Colectiva de la UFTM, Uberaba/MG, Brasil. Profesora del PPGAT/UFU/, Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7863-1211 E-mail: rosimar.querino@uftm.edu.br

INTRODUCCIÓN

El desencanto con el modelo biomédico o la medicina convencional lleva a muchas personas a buscar formas alternativas de tratamiento, por lo que el número de profesionales que practican otros modelos de atención y curación se está ampliando. Esta búsqueda puede explicarse por las crisis de la salud y de la medicina, e indican las lagunas de los sistemas colectivos de salud y de las terapias convencionales en la atención a la totalidad de las demandas de salud de las poblaciones¹.

El movimiento de búsqueda de prácticas alternativas se intensificó en el decenio de 1960, y fue motivado por diversos factores, como el cambio del perfil de las enfermedades que afectaban a la población; el aumento de la esperanza de vida y, sobre todo, un movimiento que empezó a criticar la asimetría de poder entre los médicos y los pacientes que consistía también en pensar en nuevas formas de relación entre estos dos lugares de atención².

La propuesta de la medicina integradora saca a la luz un intento de abarcar diferentes campos, desde la interacción de la medicina alternativa y complementaria con la medicina convencional; la combinación de sistemas antiguos de curación con la biomedicina moderna; la valoración de la relación y la comunicación profesional-usuario; la consideración de la persona de manera integral; el uso de pruebas; y el enfoque en la salud, la curación y la prevención de enfermedades².

Estas prácticas integradoras buscan transformaciones en las representaciones de la salud, la enfermedad, el tratamiento y la curación, características muy arraigadas en la sociedad actual. El resultado de esta búsqueda es la creación de nuevas visiones que valoran al sujeto y su relación con el terapeuta como elemento fundamental de la atención a la salud, así como el uso de la tecnología blanda³. Esta perspectiva también valora la salud como elemento fundamental de la terapia, en contraposición al papel central que la noción de enfermedad y su combate desempeñan en el modelo biomédico. Así, las nuevas representaciones que surgen en la cultura a partir de las terapias alternativas pueden entenderse como el rescate de valores abandonados en la dimensión terapéutica de la biomedicina¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴, la expresión “Medicinas Tradicionales” abarca las prácticas originadas en la cultura de cada país, como la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina indígena. Así, las Medicinas Alternativas y Complementarias/Tradicionales incluyen prácticas manuales y espirituales, con hierbas, partes animales y minerales, sin el uso de medicinas químicamente purificadas (acupuntura, reiki, floral, quiropráctica), actividades corporales (Tai Chi Chuan, Yoga, Lian Gong) y se refieren a una rama de la Medicina Tradicional China, que tiene como objetivo movilizar la energía sutil del cuerpo, corregir desarmonías y restaurar el equilibrio de la salud física y emocional del practicante, entre otros.

En el Brasil, desde la creación de la Política Nacional de Prácticas Integradoras y Complementarias (PNPIC)⁵ en el Sistema Único de Salud (SUS), en 2006, el término más utilizado para designar los sistemas médicos complejos y los recursos terapéuticos diferenciados es el de Prácticas Integradoras y Complementarias (PIC).

La PNPIC implica enfoques que buscan estimular los mecanismos naturales de prevención de enfermedades y recuperación de la salud, con énfasis en la escucha acogedora, el desarrollo del vínculo terapéutico y la integración del ser humano con el medio ambiente y la sociedad. Otros aspectos compartidos en este campo son la visión ampliada del proceso de salud-enfermedad y la promoción global del cuidado humano, especialmente el autocuidado, que las acerca a la promoción de la salud. La PNPIC considera en su ámbito las prácticas de la Medicina Tradicional China (especialmente la Acupuntura), la Medicina Homeopática, las Plantas Medicinales (Fitoterapia), el Termalismo Social (Crenoterapia) y la Medicina Antroposófica⁵.

La PNPIC tiene como objetivo incorporar e implementar las PIC en el SUS, desde la perspectiva de la prevención de enfermedades, la promoción y la recuperación de la salud; ampliar la capacidad resolutoria del sistema de salud y aumentar el acceso, asegurando la

calidad, la eficacia, la eficiencia y la seguridad en el uso; promover la racionalización de las acciones de salud y estimular alternativas innovadoras y socialmente contribuyentes al desarrollo sostenible de las comunidades; impulsar acciones relacionadas con el control y la participación social; promover la participación de los usuarios, los gestores y los trabajadores, en las diferentes instancias de implementación de las políticas de salud⁵.

Aunque el Ministerio de Salud ha ampliado, desde la PNPIC, la lista de prácticas integradoras y complementarias⁶, un estudio⁷ indica que no existe una institucionalización de las PIC en la mayoría de los municipios brasileños. La falta de institucionalización resulta en otras consecuencias: inestabilidad y fragilidad en la oferta de prácticas, dificultades para garantizar la supervisión y la evaluación, y para asegurar la calidad y la seguridad de los usuarios.

Se señala la importancia de los estudios sobre el proceso de incorporación de prácticas integradoras y complementarias en el SUS, que pueden contribuir a la comprensión de los avances y los retos para su aplicación y para que la población, los profesionales y las instituciones de salud superen la cultura medicalizadora y hospitalocéntrica del cuidado de la salud⁸.

La OMS destaca como uno de los elementos estratégicos del Plan de Acción (2014-2023)⁹ el establecimiento de canales de escucha a los usuarios que les permitan comprender cómo han experimentado esas prácticas, especialmente acerca de quiénes las practican, cuándo y por qué buscan las PIC, los beneficios obtenidos y las calificaciones de los profesionales que las realizan⁹. Ampliar los estudios puede ayudar a garantizar que las PIC se ofrezcan con calidad, eficiencia y seguridad a los usuarios.

La práctica del Chi Kung (CK) comprende una amplia gama de técnicas de ejercicios corporales. Sus movimientos y posturas se realizan de forma coordinada con temas psíquicos, principalmente la relajación y la respiración. El CK también incluye masaje y meditación. La flexibilidad y el fortalecimiento del cuerpo se consideran medios para lograr una circulación energética armoniosa y el uso de la respiración es fundamental, ya que es un elemento importante para lograr los propósitos previstos en estas prácticas¹⁰.

Así pues, este estudio tiene por objeto comprender la condición y percepción de la salud, así como la corporeidad después de la práctica del Chi Kung para los usuarios de la unidad especializada en rehabilitación.

MÉTODO

Este es un estudio descriptivo y cualitativo, que busca comprender el significado o la lógica interna que los sujetos atribuyen a las acciones, representaciones, sentimientos, opiniones y creencias¹¹.

El escenario de la investigación fue una unidad especializada en rehabilitación (UER) de un municipio del interior de Minas Gerais. La institución mantenida por el gobierno municipal sirve exclusivamente por el SUS. En el momento de la investigación, el equipo técnico de la unidad era formado por diez fisioterapeutas, dos psicólogos y un terapeuta ocupacional. Entre los servicios ofrecidos estaban la fisioterapia, la kinesiterapia, la psicoterapia, la terapia ocupacional, la acupuntura, el Reiki y los grupos de CK.

La investigación se desarrolló con usuarios de tres grupos de CK de la UER. Los grupos se reunían dos veces por semana, en días y turnos alternos, y eran dirigidos por un fisioterapeuta con experiencia en CK y otras prácticas integradoras.

Al principio, los investigadores participaron en las reuniones del grupo y presentaron la investigación. Más tarde, se invitó a los practicantes de CK que cumplían los siguientes criterios de inclusión: participar en el grupo de CK como parte de su tratamiento en la institución durante al menos tres meses, con 18 años o más, independientemente del género, la educación y la necesidad de salud atendida.

Los criterios de exclusión fueron: no poder ir al lugar de la realización del grupo focal (GF)

y tener compromisos de salud que no permitieran la comunicación con los investigadores y otros practicantes de CK.

Durante el período de construcción de datos, de abril a mayo de 2016, los tres grupos de CK atendieron a unos 25 usuarios. Considerando las recomendaciones para la realización de grupos focales¹².

El GF se llevó a cabo utilizando un guion con preguntas orientadoras que exploraban las motivaciones para la práctica de CK, el uso de otros servicios de salud en la red del SUS y las contribuciones de la práctica integradora y complementaria a su salud. Una moderadora y una observadora anotaron las interacciones entre los participantes.

El GF tuvo lugar en una sala con condiciones de confidencialidad y privacidad, y el audio fue grabado y transcrito en su totalidad. El análisis del contenido en su modalidad temática orientó la organización y el análisis de los datos¹¹. En el proceso analítico, cada miembro del equipo desarrolló una lectura rápida del material producido en el GF con el mapeo de las unidades de sentido.

La delimitación de las categorías se realizó en equipo con revisión de las convergencias y posibles divergencias, con una lectura colectiva posterior. Los resultados se interpretaron a la luz de la producción académica sobre las PIC.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación (CAAE N.º 51105915.7.0000.5154). En este artículo, se asignaron nombres de músicos brasileños para identificar a los participantes y asegurar la confidencialidad y la privacidad.

RESULTADOS

Perfil de los practicantes de Chi Kung

Participaron nueve usuarios involucrados en actividades de CK. La mayoría de los participantes eran mujeres (77,8%), con edades comprendidas entre los 19 y los 59 años (77,8%), se declararon pardas (44,5%), en una pareja de hecho (44,5%) y con educación primaria incompleta (66,7%). En cuanto a la religión, hubo diversidad de creencias (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los participantes. Minas Gerais, 2016.

Variable	N.o	%
Sexo		
Femenino	7	77,8%
Masculino	2	22,2%
Grupos de edad		
De 19 a 59 años	7	77,8%
60 años y más	2	22,2%
Etnia		
Blanca	3	33,3%
Negra	1	11,1%
Parda	4	44,5%
Amarilla	1	11,1%
Estado Civil		
Soltero	3	33,3%
Pareja de Hecho	4	44,5%
Divorciado/separado	1	11,1%
Viudo	1	11,1%
Religión		
Católica	3	33,3%
Espiritista	3	33,3%
Evangélica	3	33,3%
Escolarización		
Escuela primaria incompleta	6	66,7%
Escuela secundaria incompleta	1	11,1%
Escuela secundaria completa	2	22,2%

Se han construido dos categorías temáticas: *Caminando en la Red SUS*; y *Percepciones de salud y corporeidad*.

Caminando en la Red SUS

Se preguntó a los usuarios sobre las instituciones de atención de la salud de la Red SUS que utilizaban para cuidar de su salud. Se observó la utilización de las clínicas ambulatorias municipales (100%); las Unidades Básicas de Salud (UBS) y los Equipos de Salud de la Familia (66,7%); de Unidades de Atención de Emergencia (UPA) (55,6%); y las clínicas ambulatorias y los hospitales universitarios (33,3%).

En cuanto a la derivación a tratamiento en la UER, se mencionaron algunos puntos de la Red, como: la UPA, las clínicas ambulatorias municipales y las clínicas ambulatorias vinculadas a instituciones educativas. En cuanto a la extensión corporal implicada, se observó: extremidades inferiores (44,5%), extremidades inferiores y columna (22,2%), dolores en el cuerpo en general/fibromialgia (22,2%) y extremidades superiores (11%).

En el GF, los usuarios traen las quejas principales:

El mío también fue por una rotura de rótula. Estaba haciendo deporte, estaba jugando al fútbol. Ya me había lastimado la rodilla una vez, pero no de la manera en que ocurrió ahora. Ahora se ha roto la rótula, por así decirlo, casi por completo. (Nando)

El mío fue una inflamación del codo, así que fui al ortopedista [en la clínica ambulatoria municipal] y me dijo que hiciera fisioterapia. (Cássia)

También vine porque estoy haciendo un tratamiento con el doctor [ortopedista] y él me encaminó para aquí. (Rita)

Lo que me trajo aquí fueron los dolores, sentía mucho dolor en mi cuerpo. Estaba siempre en la UPA, quejándome de dolor en mi espalda, piernas, hombro, cuello. Entonces la gente me dijo que buscara al doctor [en la clínica ambulatoria municipal] y el doctor me dio la derivación y vine aquí. (Maysa)

Cuando llegué a la UER, estaba muy mal, muy mal. [...] Y tengo un seguimiento en el ambulatorio [federal de enseñanza] cada 3 meses. (Elis)

En cuanto al tiempo de asistencia a la UER, el 55,6% de los participantes habían asistido por seis meses; el 22,2% de seis meses a un año y el 22,2% por 13 meses y más. Y, la mayoría de los participantes habían estado practicando el CK por seis meses (66,7%); el 22,2% practicaba por 13 meses y más, y el 11,1% había sido insertado de seis a 12 meses.

La derivación a la UER se centró en la atención por los fisioterapeutas y, según los participantes, los médicos no se refirieron al CK u otras terapias complementarias como posibilidades terapéuticas. Después de unirse a los grupos, algunos usuarios informaron a los médicos sobre la oferta de CK en la UER:

Ella [la médica] pregunta cómo estoy. Entonces digo que sigo en fisioterapia y en el grupo. Entonces me dijo que continuara, que no parase, que, si era bueno para mí, que continuara. (Maysa)

Le dije [al doctor] sobre las técnicas que usamos, pero no sabía el nombre, así que dijo: “-Mira, lo que estás haciendo es para todo el cuerpo, no lo haces sólo para el brazo. Ya está garantizada, ya está haciendo el cuidado completo”. (Cássia)

Llegaba allí [en el ambulatorio] prácticamente arrastrada. Llegaba allí arrastrada, y ahora no. Ahora voy sola. Él [el ortopedista] se sorprendió al ver, la penúltima y última vez que fui a verlo. Me fui sola sin nadie conmigo. Se asustó a la hora de verme. Luego dijo: “-¿Dónde estás haciendo fisioterapia?” [...] Me dijo: “- No he tenido la oportunidad de conocer este lugar allí todavía, pero he oído hablar de él.” Luego le hablé de la fisioterapia, que no es fisioterapia, es fisioterapia china. (Elis)

Algunos de los participantes compartieron otras experiencias en los servicios de salud que, según ellos, se centraban en el uso de dispositivos y en las que no había ningún compromiso por parte de los profesionales. Para tejer estas críticas, compararon la atención recibida en las clínicas privadas y en la atención primaria con el trabajo realizado por el profesional responsable del CK en la UER:

Él [médico] dijo que en el centro [unidad básica de salud] hay un fisioterapeuta, una vez a la semana [profesional del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia]. Yo fui. Llegué allí y me dijeron que no podían hacer nada por nosotros, que lo que necesito son aparatos. Ves que si cada centro de salud tuviera un fisioterapeuta para hacer lo que se hace aquí [grupo de Chi Kung], [...] si tuvieran un mayor interés, ¿comprendes? (Cássia)

Pero ellas [las fisioterapeutas] no tienen interés en buscar, no me proporcionan nada [...] No tienen nada, pero tampoco van más allá, no buscan. (Carmen)

En el lugar donde hice la sesión privada, la fisioterapeuta ni siquiera me puso la mano. Se acercaba a mí, envolvía

aquella placa en la toalla y metía debajo de mí, ligaba el aparato, que calentaba, y cuando pasaban los minutos iba allí y desligaba. Nunca se acercó a mí, nunca me levantó la pierna, nunca me cogió el tacón, nunca intentó estirar mi pierna, nunca intentó hacerme nada, ¿sabes? Era yo sola. Y todavía estaba pagando. (Elis)

Se notó la admiración por la profesional que los atiende en la UER:

Yo la dije: "Atendes bien, hablas bien, enseñas, no sólo pasas." Porque el buen líder, va adelante y te muestra cómo lo hace, y te pone la mano encima y te muestra: "Es así, así, y no sólo te dice lo que debes hacer." [...] ella no cambia, todo día es lo mismo, la misma enseñanza, la misma dedicación, el mismo humor, ¿entiendes? (Nando)

Pero ella es una excelente profesional [...], ama lo que hace, no son todos así. [...] Lo hace con cariño, presta atención al paciente. Son pocos, para obtener el resultado que el fisioterapeuta obtiene, ¿no crees? (Renato)

Ella [profesional] ayuda a mucha gente. (Rita)

Además de la admiración, los participantes estuvieron atentos a los detalles de las enseñanzas de la práctica de CK e informaron que esta característica también se presentaba en la profesional, descrita como detallista y cuidadosa:

Ella [fisioterapeuta] es muy delicada [...]. Al principio que empecé a hacer con [profesional], ella me ayudaba. Me ponía la mano en el pie, me levantaba la pierna, yo no podía levantarla. (Elis)

Ella [fisioterapeuta] es muy detallista, eso es algo bueno. Que hace cosas y al mismo tiempo muestra: "- Aquí estás haciendo, cuando levantarse y te vayas lo seguirás haciendo." [...] enseña porque quiere verte bien, eso es muy importante. (Nando)

Ella es determinada, mientras ella no ve que estás haciendo aquel ejercicio, el ejercicio específico correctamente, no descansa. (Cássia)

Percepciones de Salud y Corporeidad

Los usuarios informaron de cambios en sus condiciones corporales y, a partir de ellos, de una reducción de sus quejas. También se han contemplado en este cuidado los informes de dolor anteriores a la lesión actual:

Antes de llegar aquí no caminaba bien, hoy estoy mucho mejor, estoy caminando casi normalmente [...] no doblaba la pierna, hinchaba mucho. Y con este tratamiento aquí está siendo muy beneficioso porque está volviendo a la normalidad [...]. (Rita)

Por un accidente de moto tuve un problema en el lado lumbar izquierdo. Así que los ejercicios que estoy haciendo aquí están reduciendo mucho estos dolores, ¿sabes? Y vine por una rodilla y estoy tratando algo más [...]. (Nando)

Además de un alivio significativo de sus dolores, los practicantes de CK han señalado diferencias positivas en su estado mental y psíquico, revelando mejoras en la autoestima y la seguridad en sus propios cuerpos en la vida cotidiana. Estas percepciones señalan los impactos globales de la práctica y se relacionan con la medicina tradicional china en la que el cuerpo, la mente y el alma están interconectados:

Psicológicamente, físicamente, nuestra autoestima, todo en mí ha cambiado. Él [CK] nos hace estar más tranquilas, yo, por ejemplo, cuando vengo aquí me tranquilizo, duermo bien, me relajo más, ¿sabes? Tanto física como mentalmente. El abarca más, mentalmente en nosotros. ¿Sabes? Yo descanso más cuando hago ese ejercicio. (Elis)

Esta visión integral ha sido verbalizada en diferentes momentos en el GF. Los participantes notaron cambios en las formas y posturas de sus cuerpos después del comienzo del CK, especialmente en su respiración, su forma de caminar, su forma de sentarse, levantarse e incluso dormir:

Por la forma en que nos sentábamos, tal vez dolía la espalda. Todo el tiempo tenía que moverme para ver si dejaba de doler. La forma en que el profesional nos ha enseñado, la forma de sentarse, la forma de caminar. No sólo trabajas allí físicamente, sino que aprendes a prestar atención al ejercicio que haces. Así que eso te hace trabajar más en cómo hacer las cosas bien. [...] Afuera podemos usar también, por ejemplo, el encaje de la cadera, la respiración, eso es aprender mucho. Aprendes a respirar, aprendes a caminar [...]. (Nando)

He aprendido a ver mi manera de dormir. Me levantaba de cualquier forma. Aprendí que no se puede, primero hay que bajar las piernas, luego hay que levantarse de la cintura para arriba, yo me levantaba de cualquier forma... No tenía postura. (Elis)

Desde este punto de vista, en el que los participantes empiezan a mirar su propia salud, hay un nuevo sentido que antes les pasaba desapercibido, el del autoconocimiento y la educación en salud, ya que empiezan a participar activamente en su autocuidado.

Además de la promoción del autocuidado, el alivio del dolor y la mejor condición emocional son señalados por los usuarios como la posibilidad de reducir la medicación utilizada:

Últimamente ya ni siquiera necesito medicinas, incluso dejé de tomar todos los medicamentos. Antes de venir aquí

tomaba antiinflamatorios y analgésicos, después de que empecé a hacerlo ya no tomo más, no tengo más dolor. (Renato)

La cantidad de medicina que tomamos, puedes hablar con todos, ya ha disminuido demasiado. Las medicinas hablan por sí mismas. (Cássia)

En la percepción de los usuarios, la mayor motivación para unirse a los grupos de CK está relacionada con la posibilidad que esta práctica ofrece a sus miembros de realizar un trabajo complejo en el que se moviliza todo el cuerpo:

Para que el dolor no vuelva. Mira, mi problema estaba en mi brazo, pero me ayudó en otras partes de mi cuerpo, así que no es sólo... (Cássia)

Tenía dolor de espalda, eso cambió, ¿sabes? Mucho dolor en la pierna y no tengo más. ¿Comprendes? Empezó por el brazo y mejoró otras cosas. Y otras cosas que mejoraron son las que te motivan a no parar... (Carmen)

También se cubren otras dimensiones además de la física. Es posible notar esta articulación de las diferentes dimensiones de la vida humana cuando los deponentes afirman beneficiarse psicológicamente de la práctica de CK:

No sólo la parte afectada del dolor, sino que estás reintegrando todo el cuerpo, estás rehabilitando todo el cuerpo [...] terminas trabajando de los pies a la cabeza [...]. Terminas poniendo todo el cuerpo en un acto como este, normal, que no sientes dolor, empiezas a trabajar, mejor, a dormir mejor, te despiertas más animado en el día a día [...] Y mentalmente. Mentalmente es así, porque el dolor, termina por afectarte, ¿verdad? El nerviosismo, el mal humor. (Nando)

Psicológicamente, físicamente, la autoestima de la gente, todo en mí ha cambiado. Psicológicamente, físicamente, mentalmente, todo. Todo. (Elis)

Las diversas formas de motivación que aparecen en los informes de los participantes están directamente relacionadas con las percepciones de su “nuevo cuerpo” y sus posibilidades, especialmente por la energía generada con CK:

Tienes más ganas de trabajar, hacer, hablar. Y tienes más aptitud física, para hacer cosas. Da mucha energía, una energía que no tenemos sólo con la fisioterapia normal, sino que acabas trayendo aquí, ves que haces el ejercicio, gastas la energía, pero al mismo tiempo, sales de aquí mucho mejor. Esa misma energía, pierdes una energía, pero ganas una energía positiva, que traes a tu día. (Nando)

Los discursos en el GF mostraron que los beneficios percibidos por los usuarios los animan a unirse al grupo. Además del dolor y las lesiones que motivaron la búsqueda de la UER, los practicantes mencionaron el desarrollo de actitudes preventivas:

Es donde dije que lo que estamos aprendiendo aquí podemos [...] evitar, podemos prolongar una vida mejor. [...] Si sucede que te lastimas, puede suceder mejor [...] de una manera más pequeña o no sucede nada, debido a una buena postura que estamos aprendiendo aquí. (Nando)

No tendré ningún problema, no [...] Haciendo hoy, ya te anticipas a las cosas que podrían venir, ya estás previniendo por ahora [...] si hubiera aprendido esto antes, podría no tener esto. (Renato)

Los aprendizajes de una forma de cuidado más saludable se desarrollan en la socialización de los conocimientos con los familiares:

Le enseñé a mi esposo que tiene que levantarse así, le enseñé a mi padre también. (Rita)

Mi hija es muy alta. Le enseñé a poner el cubo encima de la silla para pasar el paño, para su secador de pisos compramos un tubo de PVC [para poner en el cable] y volverse poco más grande. (Cássia)

DISCUSIÓN

El escenario de estudio es una unidad especializada en rehabilitación, que integra el nivel secundario de la atención de la salud. Una de las características comunes de los participantes en el estudio es que han sido atendidos en otros puntos de la red y son remitidos a la institución como resultado de las demandas de rehabilitación. La remisión se dirigió a la rehabilitación centrada en la atención de los fisioterapeutas.

Los participantes no mencionaron indicaciones de los médicos para acupuntura o CK. Este hecho puede estar relacionado con el desconocimiento de los servicios ofrecidos en la Red SUS a nivel municipal y también con la resistencia de los profesionales de diferentes puntos de la red a incorporar las PIC, como se observó en un estudio desarrollado en otra ciudad de Minas Gerais¹³. También se debe considerar que la capacitación para actuar en PIC es uno de los principales desafíos subrayados por la OMS⁹. Es imperativo que el Estado invierta en proporcionar oportunidades de capacitación en PIC para asegurar su expansión.

Algunos practicantes de CK informaron de que, ante las mejoras en la salud, los médicos les preguntaron sobre la atención en la rehabilitación y aclararon acerca de las prácticas corporales. La recomendación médica de continuar en el grupo en vista de la mejora observada indica el carácter complementario que han adquirido las prácticas en la atención de la salud de los participantes y reitera el poder del discurso médico en los procesos de atención.

Los usuarios de la UER, así como los profesionales de los diferentes puntos de la red, desconocían la existencia de los grupos de CK y sólo tuvieron acceso a las prácticas cuando eran invitados y aclarados por el fisioterapeuta. El caso presente es bastante específico, ya que es la única iniciativa que existe en la red del SUS en esta ciudad de Minas Gerais. Así pues, se entiende que la difusión de la experiencia puede contribuir a la aplicación de nuevas prácticas y alentar el debate sobre La PNPIC por parte de los administradores, los asesores sanitarios y la comunidad en general.

El papel del fisioterapeuta en la creación y el mantenimiento de los grupos de CK también se señala en otros trabajos^{7,14}, como un elemento importante para evaluar la institucionalización de las prácticas. Cuando las iniciativas se llevan a cabo mediante el esfuerzo de profesionales, sin el apoyo adecuado de los gestores, se verifica la posibilidad de interrupción y discontinuidad del suministro, ya que no existe una política de estado sino “de personas”⁷. El interés y la inversión de los profesionales por introducir nuevas prácticas de atención pueden ser genuinos y hacer frente a la llamada inercia institucional¹⁴.

Cuando este proyecto de investigación se estaba desarrollando, la UER hizo que los grupos de Lian Gong se suspendieran cuando el fisioterapeuta a cargo salió. Este hecho expone los desafíos para el mantenimiento de las prácticas y reafirma la importancia de la institucionalización, como ya se ha explicado en experiencias como las de São Paulo (SP)¹⁵ y Amparo (SP)⁸.

Una encuesta realizada con los coordinadores de las unidades de atención primaria de los municipios de la región de Campinas-SP, señala otros resultados de la falta de incorporación de las PIC como parte del proceso de trabajo de los equipos: sobrecarga de trabajo para los responsables de las PIC; conflictos con las actividades del equipo y falta de prioridad para las PIC frente a diversas acciones de la institución, además de conflictos de bajo reconocimiento y visibilidad en las relaciones internas¹⁴.

Aún sobre la atención que los usuarios recibieron en las instituciones de salud, en algunos informes se puede notar críticas al modelo de atención hegemónico presente incluso en las UBS y ESF del municipio. Los participantes informaron del escaso “compromiso” de los profesionales con la resolución de sus necesidades en salud, consideradas específicas de la atención especializada y dependientes de la tecnología.

Se vislumbró la posibilidad de realizar el CK en la atención primaria de salud (APS), por lo que se criticó la postura de los profesionales del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) de que sin equipamientos no sería posible “hacer nada” y de la profesional de la clínica privada, cuya atención se limitaba a los equipamientos, “sin poner la mano” sobre la usuaria. En otras palabras: los participantes captaron la esencia de las tecnologías blandas³ y el potencial del cuidado en los territorios, como se describe en la literatura¹⁵.

El entendimiento de los participantes está en consonancia tanto con la PNPIC⁵ como con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹ sobre el lugar estratégico que ocupa la APS en la oferta de las PIC. Los estudios^{7,16} han puesto de relieve la sinergia entre la PNPIC y la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) y el alcance de las PIC en los territorios. El aumento de las prácticas en las APS ha sido una característica de las experiencias nacionales, como lo indica una investigación⁷ en la que se observó que el 74,35% de las PIC se ofrecían en APS. Así:

“Insertar las PIC en la APS es reconocer el pluralismo terapéutico necesario en la compleja gestión diaria de las unidades de salud, que requiere un enfoque familiar y comunitario, desarrollando la longitudinalidad del cuidado y la integridad de la atención, premisas

convergentes de la APS y las PIC."⁷.

El usuario en contacto con las PIC (re)construye las representaciones hegemónicas de la salud, la enfermedad, el tratamiento y la curación. Crea otras visiones que a menudo valoran al sujeto y su relación con el terapeuta como un elemento fundamental del proceso salud-enfermedad-cuidado, así como el uso de tecnologías blandas¹. La calidad de la relación terapeuta-paciente es un aspecto central de las PIC. Esto debe ser de cuidado y atención a los diversos acontecimientos que pueden estar vinculados a una persona y su dolor, o a su enfermedad.

De manera más amplia, los participantes describieron la construcción de relaciones terapéuticas basadas en la escucha, la construcción de vínculos y el aprendizaje. Los practicantes de CK señalaron temas cruciales que afectan a la institucionalización de las PIC en el SUS y que implican la formación de profesionales y la construcción de una nueva cultura de atención a la salud basada en la integralidad⁷.

Los datos presentados aquí están en línea con los resultados de otra investigación¹⁷ relativa a la oferta de las PIC en servicios especializados. El enfoque integral de las demandas de los usuarios influye en la atención en las modalidades individuales y también en las prácticas corporales¹⁷. Los participantes en el estudio hacían uso de la fisioterapia, la acupuntura y eran practicantes de CK. La singularidad del escenario de este estudio radica en el hecho de que la oferta de las PIC se produce en un servicio de rehabilitación cuyas acciones se centran en la medicina convencional. Así pues, es posible que el acceso a la acupuntura y la posterior adhesión a las prácticas corporales de CK se vieran influidos por el vínculo con la fisioterapeuta que los atendía y duraran incluso después de obtenerse el tratamiento convencional.

Entre las prácticas corporales de la PNPIC, el CK es una práctica terapéutica que puede ser comprendida, aprendida y realizada por las personas con relativa facilidad, a pesar de su complejidad, rompiendo con la pasividad de los tratamientos occidentales de salud y con un acceso restringido a las prácticas preventivas e integradoras^{8,18}.

El CK presenta una acción terapéutica y preventiva, fácil de asimilar, que puede ser practicada de forma autónoma por los individuos, permitiendo añadir a la atención de los especialistas la *autoterapia*, que aumenta la eficacia de la prevención y el tratamiento, reduciendo las reincidencias. La variada combinación de recursos se basa en las necesidades de cada individuo¹⁸.

Se observó que hubo beneficios en sus vidas por la práctica de CK, tanto en la dimensión física como en la psíquica. La práctica ha aportado más seguridad en relación con el propio cuerpo en lo que respecta a las posturas básicas de la vida cotidiana y las actitudes relacionadas con la confianza en sí mismo y la autoestima. Los usuarios de las prácticas corporales en la APS de la ciudad de São Paulo informaron de mejoras en la movilidad, la memoria, el tratamiento de enfermedades crónicas, el equilibrio, la depresión y la ansiedad¹⁵.

La práctica regular de esta forma de gimnasia china, tanto en los ancianos como en las personas con algún tipo de limitación física, permite el movimiento adecuado para liberar músculos, ligamentos, tendones, mejorando y ampliando el rango de movimiento de las articulaciones y, por lo tanto, reduciendo los dolores¹⁸.

La garantía de bienestar psicológico y la mejora de la calidad del sueño son resultados que se encuentran comúnmente con CK en al menos un mes de práctica. Además de aumentar la sensación de control, promueve el autodescubrimiento y la sensación de bienestar en los practicantes, desarrollando más flexibilidad y adaptabilidad en sus pensamientos, emociones y comportamientos. Además, mejora el proceso de autorregulación mental; previene trastornos de esta naturaleza; disminuye el estrés, incertidumbre, la ansiedad y la depresión¹⁸.

Con el uso del CK, fue posible notar la disminución en el uso de medicamentos, y este es un dato importante cuando se considera la valorización de estas formas de atención dentro del SUS¹⁹. En un estudio elaborado con ancianos practicantes de Lian Gong también se señaló la reducción del uso de medicamentos, la incorporación de una percepción positiva de la salud, la

autonomía en las acciones de autocuidado y la reducción de los impedimentos para las actividades de la vida cotidiana²⁰.

El tema de la desmedicalización de la salud y la incorporación de nuevas formas de atención se ha limitado históricamente al ámbito académico. Con las PIC, especialmente el CK, se observa una posibilidad única de colocar en foco una alternativa diferenciada de actuar en la rehabilitación y ampliar las posibilidades de promoción de la salud. Eso se caracteriza por ser un esfuerzo en la búsqueda de la valorización y propagación de prácticas que contemplen la totalidad humana y la integralidad del cuidado.

Muchos problemas físicos se derivan - o al menos empeoran - del estrés mental o emocional, por lo que no se puede subestimar la tranquilidad interior que proporciona el CK¹⁸. Esta práctica ayuda a manejar el estrés, la ira, entre otros sentimientos que pueden afectar la vida diaria y la mente de los sujetos.

El autocuidado se entiende como un elemento primordial para las nuevas prácticas de salud a través de la posibilidad de desarrollar las habilidades personales y el empoderamiento de los sujetos²¹. La promoción de la salud es un campo de propuestas, ideas y prácticas que está creciendo en la salud pública, prioriza una concepción amplia del proceso salud-enfermedad y sus determinantes y propone la articulación de conocimientos técnicos y populares, así como la movilización de recursos institucionales y comunitarios, públicos y privados para su confrontación y resolución²².

Las PIC tienen elementos que pueden entrar en conflicto con los principios de la promoción de la salud y, como tales, resultan ser desmedicalizantes. Se trata de una cuestión de suma importancia para las PIC: la inserción de prácticas que potencien la autonomía de los individuos; la concienciación acerca del proceso salud-enfermedad, haciendo que los individuos formen parte de este proceso²⁰. Cabe destacar también la relevancia del equipo multiprofesional, la descentralización del tratamiento, que no debe vincularse exclusivamente a la figura del médico^{8,15}.

En las interacciones y vínculos en grupo, los sujetos se interconectan para producir formaciones y procesos psíquicos específicos²³. Aunque estas nuevas formaciones son individuales, serán compartidas globalmente entre ellos, es decir, cada sujeto construye nuevas ideas y percepciones sobre sí mismo y sobre las actividades practicadas, éstas serán elaboradas por todos los participantes allí presentes, considerándose por tanto una construcción de grupo.

Además de pensar en estas nuevas construcciones, los sentimientos compartidos también se tienen en cuenta cuando la cuestión del grupo aflora. En el momento en que los participantes entran en el grupo, tienen sus propios dolores y dificultades y, a partir de esta reunión, pueden identificar sujetos con cuestiones similares y luego compartir las angustias que antes sólo se guardaban para ellos mismos²³.

Estar en una atención en la que participan otras personas, con dificultades físicas y dolores similares, además de aportar una sensación de empatía y reconocimiento, es beneficioso para que los profesionales acojan a más pacientes que necesiten esta atención. Debido al carácter integrador y colectivo de la práctica de CK en la UER, se observa que también ha contribuido a sacar a las personas del aislamiento, facilitando el restablecimiento y/o la expansión de la comunicación y la interacción, ayudando a la formación de redes de apoyo.

Las prácticas corporales como el CK encuentran en la APS un potencial especial para ampliar la circulación de los usuarios a través de los territorios, fomentar la intersectorialidad¹⁵ y las relaciones horizontales entre trabajadores y usuarios, guiadas por el diálogo y la articulación de conocimientos²⁴.

CONCLUSIÓN

La investigación permitió el contacto con la práctica de CK y aprender más sobre él, y permitió comprender su valor como medio de cuidado y atención integral a la salud. Esto se puso de manifiesto en los informes positivos que, al mismo tiempo que expusieron la capacidad

resolutiva de la práctica, justificaron la motivación para la adhesión y la continuidad del proceso de atención prestado por el CK.

Fue posible acceder a las percepciones que los usuarios del SUS tienen de esta práctica integradora y complementaria y comprender la forma en que el CK contribuyó a la (re)construcción de sus percepciones del cuerpo, la salud y la atención. Se establecieron cambios en sus condiciones corporales y, a partir de ellos, las quejas que antes aparecían de forma marcada dieron lugar a otras actitudes y cuidados. Se hace hincapié en una mayor intimidad con ellos mismos, en el sentido de empoderamiento en relación con su propio cuerpo, dejando de ocupar un lugar pasivo en la resolución de las cuestiones relacionadas con la salud y la calidad de vida.

Los límites del estudio se refieren a las singularidades del escenario analizado, lo que hace imposible las generalizaciones. Sin embargo, se propugna la importancia de hacer hincapié en la forma en que los usuarios han experimentado las PIC y los beneficios percibidos, que son elementos fundamentales para institucionalizar esas prácticas y garantizar una oferta eficaz, la calidad, la seguridad y el respeto de las prácticas culturales.

La difusión de la experiencia de CK en la UER puede alentar a otros puntos de la red SUS, especialmente la APS, a invertir en otras formas de atención y promoción de la salud. Se trata de concienciar a la comunidad, a los trabajadores y a los directivos en la construcción de iniciativas locales.

REFERENCIAS

1. Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist Ciênc Saúde* [Internet]. 2009 [citado en 23 abr 2020]; 16(2):393-405. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000200007>
2. Otani MAP, Barros NF. A Medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [citado en 23 abr 2020]; 16(3):1801-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300016>
3. Mehry EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ed. São Paulo: Hucitec; 2002. 192p.
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS; 2002 [citado en 23 abr 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;jsessionid=ACDF995949BA92445D45E1C8ACF4930C?sequence=1
5. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. 2ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [citado en 23 abr 2020]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf
6. Ministério da Saúde (Br). Portaria n. 849, de 27 de março 2017. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à política nacional de práticas integrativas e complementares. D.O.U., Brasília, DF, 2017 [citado en 23 abr 2020]. Disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf
7. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC. Oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia saúde da família no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado en 23 abr 2020]; 36(1):e00208818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00208818>
8. Bilharinho Jr, CR. Análise institucional e práticas integrativas e complementares em saúde: o caso do Lian Gong. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. Análise institucional & saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 239-61.

9. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: OMS; 2013. [citado en 23 abr 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/traditional_medicine/WHO-strategy/es/
10. Miorim R. Aprender com o corpo: estabelecendo relações entre a psicologia analista e as técnicas corporais taoístas [Internet]. dissertação. São Paulo, SP: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2006 [citado en 23 abr 2020]. 151p. Disponible en: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-14112006-010421/publico/Rinaldo_Miorim_MESTRADO_Disserta_o_USP.pdf
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 15ed. São Paulo: Hucitec; 2017. 408p.
12. Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009. 216p.
13. Alves CM, Querino RA. Práticas integrativas e complementares de saúde em Uberlândia, Minas Gerais: o processo de implantação na perspectiva dos trabalhadores. Hygeia [Internet]. 2019 [citado en 23 abr 2020];15(32):149-63. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153246912>
14. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. Saúde Debate [Internet]. 2018 [citado en 23 abr 2020]; 42(1):163-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s111>
15. Galvanese ATC, Barros NF, Oliveira AFPL. Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado en 23 abr 2020]; 33(12):e00122016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00122016>
16. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, Stefanello J, Iunes DH, Prado RR. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: revisão da literatura. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [citado en 23 abr 2020]; 24(11): 4239-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>
17. Sousa IMC, Aquino CMF, Bezerra AFB. Custo-efetividade em práticas integrativas e complementares: diferentes paradigmas. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2017 [citado en 23 abr 2020]; 8(2):343-50. Disponible en: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/557>
18. Livramento G, Franco T, Livramento A. A ginástica terapêutica e preventiva chinesa Lian Gong/Qi Gong como um dos instrumentos na prevenção e reabilitação da LER/DORT. Rev Bras Saúde Ocup. [Internet]. 2010 [citado en 23 abr 2020]; 35(121):74-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000100009>
19. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado en 23 abr 2020]; 42(5):914-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>
20. Bobbo VCD, Trevisan DD, Amaral MCE, Silva EM. Saúde, dor e atividades de vida diária entre idosos praticantes de Lian Gong e sedentários. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2018 [citado en 23 abr 2020]; 23(4):1151-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.17682016>
21. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2000 [citado en 23 abr 2020]; 5(1):163-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>
22. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [citado en 23 abr 2020]; 25(8):1732-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>
23. Ávila LA. As tensões entre a individualidade e a grupalidade. Rev SPAGESP [Internet]. 2010 [citado en 23 abr 2020]; 11(2):4-9. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v11n2/v11n2a02.pdf>
24. Nascimento MVN, Oliveira IF. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. Estud Psicol. (Campinas) [Internet]. 2016 [citado en 23 abr 2020]; 21(3):272-81. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160026>

CONTRIBUCIONES

Natália de Toledo Cadore, Luiza Maria de Assunção y Rosimár Alves Querino participaron en la concepción, recogida y el análisis de datos, redacción y revisión. **Felipe Menezes Ribeiro Galdiano** contribuyó a la recogida y análisis de datos, redacción y revisión. **Ailton de Souza Aragão** trabajó en el análisis, redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Cadore NT, Galdiano FMR, Assunção LM, Aragão AS, Querino RA. Prácticas integradoras y complementarias: percepciones de los practicantes de Chi Kung. REFACS [Internet]. 2020 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 8(Supl. 3):1042-1054. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

CADORE, N. T.; GALDIANO, F. M. R.; ASSUNÇÃO, L. M.; ARAGÃO, A. S.; QUERINO, R. A. Prácticas integradoras y complementarias: percepciones de los practicantes de Chi Kung. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, p. 1042-1054, 2020. Supl. 3. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Cadore, N.T., Galdiano, F.M.R., Assunção, L.M., Aragão, A.S., & Querino, R.A. (2020). Prácticas integradoras y complementarias: percepciones de los practicantes de Chi Kung. *REFACS*, 8(Supl. 3), 1042-1054. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.