

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Promoção, comunicação e educação em saúde: a
prática da acupuntura e da fitoterapia**

Paula Cristina Ischkanian

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública
Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Cecília Focesi Pelicioni
Co-orientador: Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

São Paulo
2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que fazem de
seu ofício um caminho para a Solidariedade!

GRATIDÃO! *_^_*

São Tomás de Aquino em seu Tratado da Gratidão nos ensina sobre os três níveis de agradecimento. O nível superficial é o do reconhecimento intelectual. O segundo nível é o do agradecimento, do dar graças a alguém por aquilo que esse alguém fez por nós. E o terceiro nível mais profundo é o nível do vínculo, do sentirmos comprometidos com essas pessoas, obrigados à retribuir. Despretensiosamente, acrescento o quarto nível, o da alma, o de se sentir grato, vinculado, comprometido mas livre de obrigações.

GRATIDÃO!

À força de luz e de amor que me conduz por essa grande, mágica e insubstituível aventura que é a Vida;

Aos usuários do SUS que gentilmente concederam mais do que entrevista dando-me verdadeira lição de vida. Me senti muito honrada em ter estado na Presença de cada um em momento tão difícil de suas vidas.

À meus pais, Panos Ischkanian e Neusa Elias Reis por terem me aceito em suas vidas e me ensinado a primeira experiência sobre o amor incondicional e mesmo estando em planos de existência diferentes continuamos conectados pelo amor que sentimos;

Às mulheres da minha família, Denise, Mariam, Thaís, Tayná e Victoria! Por me lembrarem sempre de onde venho e saber para onde posso voltar quando for preciso; Ao pequeno Noah que está chegando para alegrar, ainda mais as nossas vidas.

À minha orientadora e mestra para a vida, Profa. Maria Cecília Focesi Pelicioni por ter me dado a oportunidade de desenvolvimento intelectual e humano. Sob sua regência é possível compor as mais belas notas do conhecimento científico e também fraterno;

Ao Prof. Dr. Nelson Filice de Barros por ter sido co-orientador deste estudo incentivando-me sempre ao aprimoramento intelectual.

À Rosana Piai (linda minha), gratidão, por me enxergar no silêncio e me ensinar a cada dia sobre o amor verdadeiro, genuíno, profundo e transparente. Por me ensinar tanto sobre a generosidade que existe quando se vive um grande amor. Por todas as pequenas grandes alegrias e planos que temos que nos dá a certeza do quanto vale à pena essa caminhada com a alma entrelaçada. Gratidão pelo horizonte que você traz pra mim a cada amanhecer e por ser todos os dias, meu pôr-do-sol infinito;

À Rosana Garlipp Spina, por ter feito de seu ofício verdadeira fábrica de amor, solidariedade, compaixão, afeto e generosidade. Gratidão pela maestria em que me conduz a cada sessão de psicoterapia ao encontro de mim mesma, por me encher de luz e de amor. Me sinto honrada em sua Presença!

À amizade que acolhe, o abraço que acalanta, o riso que afaga, o olhar que emociona. Gratidão aos meus amigos e amigas, em especial à Silene de Lima Oliveira, Elaine de Oliveira, Dulce Vanda Rossi, Rose Molina por terem cuidado de mim em momento tão especial.

À minha família Brasil/EUA: Prof. Dr. Claudio Moreira da Universidade de Massachusetts , Daniela Alencar Moreira (Dani), Analua (gatinha) e Francisco (Chicão) pela acolhida, ensinamentos, afeto e o amor construídos no período do doutorado sanduíche e que permanecerá em nós.

À Banca examinadora: Profa Dra. Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira , Profa Dra. Elaine de Azevedo, Prof. Dr. Edson Vanderlei Zombini e Prof. Dr. Marco Akerman pelas valiosas considerações e generosidade expressada na pré-banca.

E aos respectivos suplentes: Profa. Dra. Renata Ferraz de Toledo, Profa. Dr. Elaine Cristina da Silva, Profa Dra. Helena Akemi Wada Watanabe, Prof. Dr. Eduardo Alexander Frederico Amaral de Souza e Prof. Leandro Luiz Giatti meu sincero agradecimento.

À Sandra R. M. Piai e Carolina Piai Vieira por terem me recebido tão amorosamente nessa família especial.

Aos amigos e amigas da Naturologia, tão amados e queridos! Me sinto honrada em fazer parte dessa rede que tece os fios da nossa profissão. Gratidão à SBNat, APANAT, ABRANA, aos GTs e NEPNATUPIC por toda a construção que fazemos juntos.

À eterna amiga Elaine de Azevedo, não só pela amizade e carinho, mas por ser especial inspiração e modelo também para vida acadêmica. E, por seus olhos violetas (mesmo que só eu os veja).

Aos amigos conquistados desde o Mestrado na FSP/USP que me trazem luz e alegria em todos os encontros e reuniões de confraternização: Edson, Elaine, Marisa, Sandra, Thaís e respectivo(a)s agregado(a)s.

Aos amigo(a)s incríveis do Grupo Improvise - Teatro de Reprise, por todos os ensinamentos e a oportunidade de fazer da arte um recurso para solidariedade.

À todos os colaborado(es) da FSP/USP por estarem sempre dispostos a ajudar, em especial (por necessidade de ajuda que tive e recebi) Edina, Soninha, Fernando (Depto de Prática de Saúde), Vania e Cidinha (CPG) e a querida Angela de Andrade.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública/USP, especialmente a Sra. Maria Lucia, Sra. Letícia e ao Sr. José pelo auxílio na redação das Referências Bibliográficas.

Às agências financiadoras CAPES e CNPq pelas bolsas de estudo concedidas propiciando a dedicação necessária para o desenvolvimento desta pesquisa.

Estar no mundo sem fazer história, sem por ela ser feito, sem fazer cultura, sem “tratar” sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência ou teologia, sem assombro em face do mistério, sem aprender, sem ensinar, sem ideias de formação, sem politizar, não é possível...

Paulo Freire

APRESENTAÇÃO

Estou no mundo, estou na vida! Em cada escolha encontro sentido para aqui estar, viver, sentir e amar.

Reconheço-me como potencia de luz em ação, assim como todos a quem pertenço; de perto ou à distância, são laços em que me ofereço.

A gratidão tem sido o meu mantra com o que é bom ou ruim. Aprende-se o tempo todo. A vida é de fato, aprendizagem sem fim.

Uma forma de caber nos estudos que me despertam para a real vocação foi escolher o curso de naturologia, para mim, perfeita graduação.

Caminho lindo, belo e amoroso que tem feito a cada dia, a cada encontro valer todo o esforço.

Me expresso/manifesto por meio da minha profissão; certeza de que o faço, com corpo, alma e coração.

O espaço ficou pequeno e decidi ampliar. Assim, cheguei à Saúde Pública e com o mestrado foi possível realizar. Não apenas mais um sonho, mas um dos principais fios desse tear. Para depois seguir em frente e no doutorado aprofundar.

A rede que nos conecta é grande, assim como àqueles que a querem derrubar. E isso não vem ao caso, o caso é agir, o caso é enfrentar. Tem sido lutas honradas, entre elas a desta profissão regulamentar. Por que isso é importante? Ora, não é preciso pensar. A saúde está em crise há anos e para mudar: o que pode ser feito, feito será! Com afinco e com ciência, consciência de lutar. Talvez você pergunte agora, de que luta estás falando? E eu responderei: a que de verdade nos faz humanos, e para isso o neo, o pós, o modernismo não pode mais nos sufocar, ou melhor rimando, não pode mais nos desumanizar.

Acredito na mudança, acredito em outras forças, acredito que o suor nessa batalha, renova cada vez mais minha esperança. Há dias que isso muda, mas como os outros esse dia também termina. E quando mais uma vez o sol desponta, sou envolvida por uma luz divina. E mais um passo vou caminhando, procurando não me perder, do que me é genuíno, autêntico, do que me faz, florescer!

ISCHKANIAN, P.C. Promoção, comunicação e educação em saúde: a prática da acupuntura e da fitoterapia. 2016. 187p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

Esta pesquisa discute a Comunicação em Saúde no contexto das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), no que concerne ao tratamento do câncer realizado num hospital público de Campinas. O arcabouço teórico se debruça sobre as diretrizes do ideário da Promoção da Saúde e sobre as discussões da Educação em Saúde, por serem premissas fundamentais para que a Comunicação em Saúde seja participativa e democrática, e que a Comunicação das PIC conquiste maior espaço na Saúde Pública. O objetivo geral foi investigar o processo de comunicação entre profissionais de saúde e usuários do SUS participantes do Projeto de Construção do Cuidado Integrativo (PCCI). A metodologia utilizada foi a qualitativa tendo como instrumentos pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas para a coleta dos dados. Os participantes do estudo foram usuários que fizeram parte do grupo de Acupuntura e de Fitoterapia e usaram práticas complementares ao tratamento convencional do câncer, e também os profissionais de saúde envolvidos no PCCI realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)/SP. Os dados foram analisados por meio da análise temática de conteúdo de Bardin, que permitiu identificar as seguintes categorias: “Medo da intervenção”, “Analgesia como resultado”, “Continuidade do tratamento”, “Falta de informação” e “Divulgação das práticas”. Os resultados mostraram que houve dificuldades de comunicação, indicando lacunas importantes em relação à infraestrutura, à falta de divulgação e continuidade do tratamento complementar com as PIC, a falta de valorização da participação popular e estímulo à autonomia como preconiza o ideário da Promoção da Saúde. Concluiu-se que o modelo de saúde vigente, de base biomédica, não tem permitido a participação dos usuários, e, mais ainda, tem dificultado o desenvolvimento da comunicação democrática, humanizada e solidária. O Projeto (PCCI) foi importante em sua execução, uma vez que trouxe resultados positivos com o uso das PIC por melhorar as condições da qualidade de vida dos usuários e ter promovido analgesia, conferido maior disposição e recuperação dos movimentos. Entretanto, o Projeto (PCCI) não teve potencial o suficiente para provocar uma mudança na lógica do tratamento convencional que está hegemonicamente imerso no modelo biomédico, com isso limitando a inserção e a comunicação das PIC na Saúde Pública e dificultando a abertura para o diálogo entre os diferentes saberes. Entende-se que este é um dos principais desafios da Medicina Tradicional e Complementar (MTC).

Descritores: Promoção da Saúde, Saúde Pública, Comunicação em Saúde, Medicina Tradicional e Complementar, Práticas Integrativas e Complementares, Acupuntura, Plantas Medicinais.

ISCHKANIAN, P.C. Promotion, communication and education in health: the acupuncture and phytoterapic practice. 2016. 187p. Thesis (Doctorate in Sciences) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

In this research is discussed Health Communication in the light of Integrative and Complementary Practices (PIC) of the Brazilian Unified Health System (SUS), regarding cancer treatment performed in a public hospital in Campinas. The rationale is Health Promotion as an idealistic guideline, as well as the discussions of Health Education. These are fundamental premises to guarantee Health Communication in a participatory and democratic manner, and that the communication of PIC conquers more space in Public Health. The overall objective was to investigate the process of communication between health professionals and users of the Unified Health System (SUS) that participate in the Construction of Integrative Care Project (*Projeto de Construção do Cuidado Integrativo* - PCCI). The methodology was qualitative having as documentary research tools and semi-structured interviews for data collection. Study participants were users part of the Acupuncture and Herbal Medicine Group, which used the practices complementing the conventional cancer treatment, and also the health professionals involved in the PCCI conducted at the Clinical Hospital of the State University of Campinas (Unicamp) / SP. The data were analyzed using thematic analysis of content (Bardin), which identified the following categories: "Intervention Fear", "Analgesia as a Result", "Follow-up Care", "Lack of Information" and "Propagation of Practices". The results showed that there were communication difficulties, indicating significant gaps in relation to infrastructure, lack of propagation and continuity of complementary treatment with PIC, and yet no proper appreciation of popular participation neither the encouragement of autonomy advocated by the ideas of Health Promotion. Concluding, the current Public Health policy, which is biomedical based, has not yet allowed the participation of users and, even more, has hindered the development of democratic, humane and supportive communication. The Project (PCCI) was important in its execution as it brought positive results regarding the use of PIC to improve the quality of life of users, promote analgesia, confer greater willingness and recovery of movement. However, the project (PCCI) did not have enough potential, yet, to promote a change in the logic of conventional treatment, which is hegemonic immersed in the biomedical model, thereby limiting the inclusion and communication of PIC in Public Health, and hindering an opening for dialogue between different knowledge. This is one of the main challenges of Traditional and Complementary Medicine (TCM).

Descriptors: Health Promotion, Public Health, Health Communication, Traditional and Complementary Medicine, Integrative and Complementary Practices, Acupuncture, Herbal Medicine.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. A FORMAÇÃO EM SAÚDE	14
1.2. PROMOÇÃO	24
1.3. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	35
1.4. DIREITO À INFORMAÇÃO	50
1.5. A NATUROLOGIA E AS PRÁTICAS DE ACUPUNTURA E FITOTERAPIA	54
1.5.1 Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa	60
1.5.2 Plantas Medicinais e Fitoterapia	64
1.6. SOBRE O CÂNCER	70
1.7. SOBRE O PROJETO: A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO INTEGRATIVO	78
2. OBJETIVOS	82
2.1. OBJETIVO GERAL	82
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	82
3. CENÁRIO DA PESQUISA	83
4. METODOLOGIA	85
4.1. OS SUJEITOS DA PESQUISA	94
4.2. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS METODOLOGICOS	95
4.2.1. Pesquisa Documental	96
4.2.2. Entrevistas	97

4.3. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	101
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	103
5.1. OS USUÁRIOS ENTREVISTADOS.....	103
5.2. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENTREVISTADOS	142
6. CONCLUSÕES.....	156
7. RECOMENDAÇÕES.....	163
8. REFERÊNCIAS.....	168

ANEXOS

Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	180
Anexo 2. Roteiro para entrevista com os usuários que participaram do Projeto de Construção do Cuidado Integrativo no HC/UNICAMP	182
Anexo 3. Roteiro para entrevista com os profissionais de saúde que atuaram no Projeto de Construção do Cuidado Integrativo (PCCI).....	184
Anexo 4. Resumo do Projeto PCCI.....	186
Anexo 5. Grupos de Pesquisa sobre as PIC cadastrados no CNPq.....	187

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Encaminhamento médico para PIC.....	132
---	-----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Indicadores de progresso na regulamentação da Medicina Tradicional	21
Figura 2. Formação universitária em Medicina Tradicional.....	23

1. INTRODUÇÃO

Nesta tese discute-se a Comunicação em Saúde no contexto das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), como coadjuvante ao tratamento do câncer oferecido por um Hospital Público de Campinas. O arcabouço teórico se debruça sobre as diretrizes do ideário da Promoção da Saúde e sobre as discussões da Educação em Saúde por serem premissas fundamentais para que a Comunicação em Saúde seja participativa e democrática e a Comunicação das PIC conquiste maior espaço na Saúde Pública.

O estudo inicia explorando a formação em saúde que será apresentada como uma dimensão determinante para que ocorra a comunicação e divulgação efetiva das PIC. Percebe-se que o conhecimento sobre tais práticas não tem sido contemplado na formação dos profissionais da área da saúde, de modo geral, apesar de que no Brasil já existe, desde 1998, uma formação acadêmica voltada especificamente para tais práticas, no caso a Naturologia Aplicada.

Em seguida, as discussões sobre Promoção de Saúde e a Educação em Saúde conduzirão a leitura afim de que se conheça o campo social e político pelo qual a autora caminha como profissional da saúde, naturóloga, educadora, pesquisadora e usuária do SUS, o que justifica o desenvolvimento dessa temática. Espera-se que partir dessa relação – Comunicação e Promoção e Educação da Saúde – ocorra maior compreensão sobre o direito à informação, essencial para a valorização da Promoção da Saúde, bem como para a democratização da Naturologia e das PIC em geral.

A Naturologia é uma proposta que supera as premissas biomédicas da formação em saúde uma vez que tem uma abordagem sistêmica, multidimensional do ser humano, pautada nos princípios da humanização em saúde, do acesso, do cuidado, da relação de interagência¹, da atitude sustentável e preocupação com os recursos naturais e o meio ambiente. Acredita-se que o naturólogo é um profissional da saúde diferenciado cujo perfil dialoga de perto com as diretrizes da Promoção da Saúde e da PNPIC e pode oferecer várias opções de práticas integrativas e complementares para o tratamento de diversas enfermidades.

Neste trabalho, optou-se por estudar a Acupuntura e a Fitoterapia aplicadas ao tratamento do câncer. Por esta razão, inclui-se na sua estrutura teórica material textual sobre a Medicina Tradicional Chinesa, as Plantas Medicinais e os Fitoterápicos, bem como sobre o tratamento do câncer no Brasil.

Esta pesquisa é um desdobramento de um projeto anterior de pesquisa de pós-doutorado² desenvolvido na UNICAMP, entre maio de 2012 e janeiro de 2013, sobre a Oncologia Integrativa, no qual algumas práticas integrativas – Acupuntura, a Fitoterapia e o Reiki - foram aplicadas como tratamento complementar ao tratamento convencional do câncer. O projeto inicial denominado Projeto da Construção do Cuidado Integrativo (PCCI) apresenta-se como uma proposta, inédita e instigante, que como tal merece reconhecimento e avaliação. A partir das limitações e da originalidade desse projeto surgiu o interesse de direcionar essa tese.

¹ Conceito em construção na área da Naturologia abordado no item 1.5 – Naturologia.

² Realizada por Pamela Siegel, Doutora em Saúde Coletiva pela FCM-UNICAMP/SP com Supervisão do Prof. Dr. Nelson F. de Barros, docente do Depto. de Saúde Coletiva – FCM-UNICAMP/SP.

Assim, a parte empírica da mesma foi desenvolvida com o intuito de investigar o processo de comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários do SUS participantes do Projeto de Construção do Cuidado Integrativo (PCCI) tratados com Fitoterapia e Acupuntura.

1.1 A FORMAÇÃO EM SAÚDE

A formação do profissional de saúde no Brasil tem apresentado importantes lacunas em relação ao conhecimento sobre a Saúde Pública em geral e em particular sobre as políticas públicas saudáveis e promotoras de saúde incluindo as que se referem às práticas alternativas, integrativas e complementares em saúde.

Em 2006, o Ministério da Saúde aprovou as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB – primeira versão), de Promoção da Saúde (PNPS) e de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). No entanto, o conhecimento sobre elas ainda é pequeno; com isso a divulgação de seus objetivos e diretrizes, assim como sua implementação, tornam-se prejudicados.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde mostra que para haver uma mudança nesse cenário há a necessidade de uma reorientação do processo de formação prática e teórica dos profissionais e de orientação pedagógica. Enfatiza ainda que é de fundamental importância trabalhar com os determinantes da saúde e do adoecimento por meio da educação permanente, da integração ensino-serviço e dos serviços das Instituições de Ensino Superior

(IES) com os Serviços de Saúde, como também realizar uma análise crítica dos serviços e estimular ativamente a aprendizagem (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde por meio da Coordenação-Geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica/SAS, na qual encontra-se a coordenação nacional da PNPIC, pretende constituir uma base de dados com profissionais, pesquisadores, instituições, entidades e serviços relacionados às PIC para atender às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas do Controle Social no SUS (CIPIC – SUS) do Conselho Nacional de Saúde. Assim, desde sua criação, o Ministério vem incentivando pesquisadores e profissionais da saúde a potencializar o estudo e a pesquisa das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) a partir da Promoção e Educação em Saúde em todo o território nacional. Entretanto, as pesquisas realizadas nas áreas de Educação e Promoção da Saúde relacionadas às PIC têm demonstrado que há um grande desconhecimento do conteúdo e das propostas a elas relacionadas.

Um estudo conduzido por Dutra (2009) conclui que para uma efetiva implantação da PNPIC, ações de esclarecimento e desenvolvimento de competências precisam ter seus conteúdos contemplados nos currículos acadêmicos pois a falta de conhecimento desta política dá-se, em grande parte pela ausência de disciplinas relacionadas às terapias alternativas e complementares.

A PNPIC é totalmente desconhecida pelos profissionais da saúde que participaram da pesquisa de campo. Nenhum participante disse conhecê-la. O seu teor quando explicitado é amplamente aceito por todos os integrantes das categorias profissionais, exceto pelos médicos, cuja posição favorável se restringe a 17% dentro da amostragem pesquisada (DUTRA, 2009, p.74).

Outra pesquisa que investigou o conhecimento e as opiniões dos gestores e dos profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde e de um Ambulatório de Especialidades sobre as PIC para a Promoção da Saúde, confirmou ainda o desconhecimento da PNPIC e o seu diálogo com as Políticas correlacionadas a ela, como se pode verificar na afirmação abaixo:

Enquanto os Serviços de Saúde forem realizados dissociando a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) será difícil atender aos princípios de Integralidade, Igualdade e universalidade do SUS, bem como aos princípios do *empowerment*, da autonomia favorecendo a participação popular na Promoção da Saúde (ISCHKANIAN, 2011, p.108).

Incentivar o avanço dos estudos das PIC que tem ocorrido, principalmente em Instituições de Ensino Superior (IES) por meio dos Programas de Pós Graduação, é essencial para promover maior inclusão de tais práticas de cuidado na Saúde Pública. Schweitzer e colaboradores (2012, p.450) indicam outras estratégias:

O ideal para incluir as PIC na APS é pensar dentro da lógica de cuidado humanizado e, para tal, deve-se considerar: fomentar pesquisas sobre PIC, inserir PIC nos cursos de graduação e em treinamentos de profissionais de saúde, promover a colaboração internacional, aproximar curadores tradicionais e profissionais da APS.

O fato desta inserção crescer na academia de forma mais sistematizada favorecerá um maior embasamento técnico científico e, conseqüentemente,

trará maiores possibilidades de prestação de um cuidado seguro e viável no Sistema Único de Saúde (SUS).

Consulta realizada no Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil – Lattes mostrou o cadastramento de 26 grupos relacionados à pesquisa das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) (CNPq, 2014). Estes grupos estudam e pesquisam práticas de cuidado não convencionais estão ligados à Universidades públicas e privadas e desenvolvem esta temática como uma forma de atender à oitava diretriz da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) descrita a seguir: “incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, efetividade e segurança dos cuidados prestados” (BRASIL, 2006b).

Os grupos de estudo e pesquisa das PIC vinculados às Instituições de Ensino Superior e cadastrados no CNPq tem aumentado se comparado aos registros em anos anteriores. Porém, ainda que seja crescente a organização de núcleos de estudos e pesquisas voltados às PIC em Instituições de Ensino Superior (IES), conforme apresentado no Anexo 5, isto não tem sido suficiente para a divulgação eficiente das mesmas aos usuários do SUS, o que se reconhece como potencial problemática para a comunicação em saúde e seguramente, um dos aspectos que dificultam a sua execução.

Ainda que, Andrade e Costa (2010) ressaltem que o princípio da intersetorialidade no SUS e as iniciativas para a promoção da saúde incluam a educação e a comunicação em conjunto com as políticas de desenvolvimento e das mudanças organizacionais como multiestratégias propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a divulgação referente a estas ações não tem sido produzidas ou valorizadas a contento. Da mesma forma isso tem ocorrido com as PIC no SUS.

A fim de que o desenvolvimento de práticas de saúde não convencionais que fazem parte da Medicina Tradicional ou Complementar/Alternativa avance em âmbito mundial, a OMS (2002) publicou o documento Estratégias da OMS para a Medicina Tradicional 2002-2005, mais tarde, em 2014 foi publicado o documento Estratégia da OMS para Medicina Tradicional 2014-2023 trazendo um aprofundamento frente aos objetivos anteriores. Entretanto, cabe antes apresentar algumas terminologias utilizadas para referir-se à medicina não convencional.

Segundo a OMS (2013) Medicina Tradicional é o conjunto de conhecimentos e habilidades baseados nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, sendo estas explicáveis ou não. São utilizadas para manutenção da saúde e prevenção de doenças, bem como para diagnosticar, tratar ou melhorar as condições para lidar com doenças físicas e mentais. Os termos para Medicina Complementar ou Medicina Alternativa referem-se a um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não faz parte da tradição ou da medicina convencional, entretanto está plenamente integrado ao sistema de saúde predominante do país. Todavia, profissionais de saúde que usam práticas da medicina tradicional e os da medicina complementar uniram esses dois termos visando incluir produtos, técnicas e profissionais de saúde que atuam com práticas de saúde não convencionais.

O crescimento da Medicina Tradicional e Complementar (MTC) tem sido estimulado por instituições que existem especificamente para o fomento desse saber científico. Em alguns países, a referência a medicina não convencional apresenta diferente terminologia, como é o caso da *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) nos Estados Unidos que define *Complementary and Alternative Medicine* (CAM) como "um grupo de diversas intervenções médicas e de cuidados de saúde, práticas, produtos ou

disciplinas que não são geralmente considerados parte da medicina convencional” (NHI, 2011, p.1) cujo termo é representado pelo abreviação CAM.

O NCCAM tem por missão especificar, por meio de investigação científica, o uso seguro das intervenções da Medicina Complementar e Alternativa, bem como esclarecer sua função na melhoria dos cuidados e das condições de saúde em geral. A partir da evidência científica ajudar na tomada de decisões por parte dos usuários, dos profissionais de saúde e gestores na formulação de políticas de saúde a respeito do uso e da integração da CAM com a Medicina Convencional (NHI, 2011).

Assim como a OMS vem propondo estratégias para o uso e desenvolvimento da MTC, o NCCAM elaborou, em 2011 o documento *Third Strategic Plan 2011-2015: Exploring the Science of Complementary and Alternative Medicine* onde apresentou estratégias para alcançar cinco objetivos visando o progresso da Medicina Complementar e Alternativa (CAM). O primeiro deles referiu-se ao avanço das pesquisas que investigam práticas de intervenções na dimensão corpo e mente e no aumento da oferta de disciplinas pertinentes a CAM. O segundo objetivo estimulou o avanço nas investigações sobre produtos naturais utilizados por ela. Como terceiro objetivo, recebeu enfoque a ampliação da compreensão dos padrões de realidade dos usuários, dos resultados do uso e da integração da CAM no sistema de Atenção e Promoção da Saúde. O quarto objetivo proposto foi melhorar a capacidade do campo científico em realizar pesquisa com teor rigoroso sobre a CAM. E por último, desenvolver e divulgar informações objetivas, baseadas em evidências sobre as intervenções com a CAM.

Embora apresentem terminologias diferentes, a MTC e a CAM indicam a mesma realidade, pois convergem na oposição à Medicina Convencional, elas não são sinônimas, mas nesse trabalho serão consideradas equivalentes pela

similaridade a que se propõem. Todavia, assumir-se-á o termo MTC por enquadrar-se melhor a integração à Medicina Convencional.

Percebe-se, portanto um movimento mundial a favor do uso e da integração das Medicinas Tradicional e Complementar junto a Medicina Convencional e a importância no investimento de pesquisas científicas e políticas públicas como exposto igualmente no documento da OMS, apresentado a seguir.

Em 2014, o documento *Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023* (OMS, 2014) destacou que a fim de melhorar a segurança e a prática qualificada da Medicina Tradicional Complementar – MTC deve haver um esforço dos Estados Membros em elaborar políticas e regulamentos relativos à qualidade, quantidade, acreditação e estruturas de formação dos profissionais destas medicinas, denominadas não convencionais, visando porém, em particular, os profissionais da medicina moderna que as utilizam.

A estratégia de 2014-2023 propõe um aprofundamento dos quatro objetivos básicos estabelecidos no documento anterior – *Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*, sendo eles: 1) no âmbito da política no sentido de integrar, sempre que possível, a medicina tradicional complementar (MTC) nos sistemas nacionais de saúde mediante o desenvolvimento e aplicação de políticas e programas afins; 2) da segurança, eficácia e qualidade promovendo e ampliando as bases de conhecimento, assessoria sobre as normas regulam as medicinas tradicionais e maior garantia da qualidade na sua utilização; 3) do acesso, aumentando a disponibilidade e acessibilidade da MTC, especialmente à população de baixa renda; 4) e do uso racional promovendo o uso terapêutico deste tipo de prática entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço (OMS, 2013).

Os indicadores do progresso resultante dos esforços realizados pelos Estados Membros, no que se refere ao número de países com políticas sobre Medicina Tradicional e Complementar, bem como, o número dos que dispõem de regulamentação para o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, podem ser observados na Figura 1, exposta a seguir:

Figura 1: Seguimiento de los cambios en los indicadores de progresos de los países, definidos en la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional



Extraído de: OMS, 2013.

*Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023.

Da mesma forma o Ministério da Saúde brasileiro reconhece que as PIC contemplam sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, também denominados pela OMS de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) compactuando assim com as premissas da OMS para o fortalecimento e ampliação da medicina tradicional complementar/alternativa no SUS. A Medicina Tradicional Complementar oferece uma abordagem de

cuidado integral do ser humano e possui tanto linguagem quanto terapêutica próprias. Em vários países onde os profissionais a exercem, os mesmos têm formação específica, se caracterizando como profissão independente ou como formação complementar às diversas profissões da área da saúde (DAB, 2013).

No Brasil, profissionais da Enfermagem, da Naturologia, da Fisioterapia, entre outros cursos, além de médicos acupunturistas, homeopatas e antroposóficos, vêm, cada vez mais, se especializado em Medicina Integral e adotando Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Assumindo desse modo outras Racionalidades Médicas (RM)³.

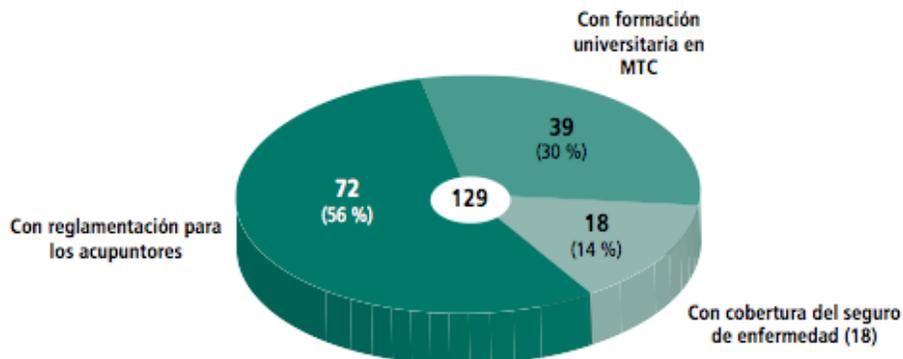
Apesar disto, a oferta das PIC no SUS e na saúde pública em geral ainda representa um grande desafio, principalmente pela pouca abrangência desta temática nos cursos de formação dos profissionais de saúde e também, pela falta de comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários, assim como entre os próprios profissionais de saúde. Esse distanciamento tem sido parte dos obstáculos para o alcance dos objetivos propostos, não apenas pela PNPIC mas, de forma global pela OMS.

A Organização Mundial da Saúde reconheceu importantes avanços em muitos aspectos, entre eles, o aumento no número de Estados Membros que dispõe de programas de formação superior em Medicina Tradicional Complementar (MTC), incluindo licenciaturas, mestrados e doutorados, envolvendo cerca de 39 Estados Membros, o que representa 30% (trinta por cento) de crescimento, conforme mostra a Figura 2 .

³ Sistema estruturado de determinado tipo de medicina capaz de apresentar cinco dimensões específicas principais, todas interligadas e interdependentes entre si: doutrina médica, dinâmica vital (ou fisiologia), morfologia (ou anatomia), sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica (LUZ, 1996).

Figura2: Formação universitária em Medicina Tradicional Complementar

Figura 3: formación universitaria en MTC



Fuente: datos provisionales de la segunda encuesta global de la OMS, al 11 de junio de 2012.

Extraído de: OMS, 2013.

*Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023.

No Brasil, a Atenção à Saúde é realizada a partir de leis, serviços e políticas públicas controladas por meio do SUS. Mesmo dispondo de importantes dados técnicos da OMS sobre a formação e investigação da Medicina Tradicional no mundo, ainda não tem sido possível acompanhar tais dados na realidade do SUS brasileiro. Essa atenção só será eficaz se ela contar para isso com profissionais de saúde qualificados. Este então é o papel das IES que tem que preparar profissionais que consigam atender às demandas e necessidades da população.

A falta de informação e divulgação sobre a oferta do serviço de Medicina Tradicional e Complementar na Saúde Pública, não tem favorecido sua solidificação e tampouco promovido a educação em saúde, que é de competência obrigatória da formação acadêmica e profissional.

A educação não se dá sem que haja uma boa comunicação e a ideia de que a comunicação, em geral, é ainda ineficiente na área da saúde. Compactua-se com Araújo e Cardoso (2015, p. 116) para quem “a linguagem e os processos comunicacionais são descontextualizados de suas bases sociais e apenas dois polos da comunicação, emissor-receptor têm sido considerados”. Diante desse quadro, torna-se importante conhecer os impedimentos existentes para que ocorra uma boa comunicação das PIC como tratamento complementar ao tratamento convencional⁴ e responder a uma questão fundamental: como tem se dado a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários das Práticas Integrativas e Complementares ? Essa questão é o foco norteador desta pesquisa.

1.2 PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Carta de Ottawa divulgada na 1ª Conferência Nacional de Promoção da Saúde realizada em 1986 define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986).

As cinco principais estratégias para a Promoção da Saúde relacionam-se à Implantação de Políticas Públicas Saudáveis; à Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde; à Reorientação dos Serviços de Saúde; ao Reforço da Ação Comunitária e ao Desenvolvimento de Habilidades Pessoais (BRASIL, 2002). Portanto, a Promoção da Saúde, a partir da Carta de Otawa, foi considerada um novo modelo a ser incorporado pela saúde pública e um

⁴ Baseado na Medicina Convencional ou Medicina Moderna, inserida no método científico que integra em si os conceitos e princípios da física newtoniana, do cartesianismo, com base intervencionista e hospitalocêntrica.

desafio para as sociedades contemporâneas. Tem sido vista como um processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividade (de municípios, sindicatos, organizações de trabalhadores, escolas e seu entorno) no sentido de que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes de saúde/doença possibilitando a obtenção de melhores níveis de saúde. Baseia-se no conceito ampliado de saúde compreendido como resultante das condições de vida e trabalho da população, bem como de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, comportamentais e biológicos (PELICIONI, 2000; BRASIL, 2002).

Uma efetiva Promoção da Saúde inclui uma ação coordenada entre diferentes segmentos da sociedade (governo, população, iniciativa privada, mídia, organizações voluntárias e não governamentais) visando proporcionar situações conducentes à saúde, bem como assegurar a oportunidade do indivíduo conhecer e controlar os fatores que influenciam a sua saúde para melhorar suas condições de vida (PELICIONI, 2000; RESTREPO, 2002; BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003;). De acordo com Bydlowski e colaboradores. (2004) a Promoção da Saúde propõe estratégias baseadas na democratização das informações e num esforço conjunto de toda a sociedade para que os problemas sejam superados, por meio da descentralização do poder, ações multidisciplinares e intersetoriais, bem como a participação da população na elaboração de políticas públicas favoráveis na tomada de decisão sobre a própria saúde.

Para Neto e Kind (2011), a Promoção da Saúde apresenta-se como uma inclinação decisiva no campo das políticas de saúde no Brasil e em grande parte dos países preocupados com sistemas nacionais de saúde para sua população. Segundo Carvalho (2008), a Promoção da Saúde deve ser compreendida como uma agenda integrada e multidisciplinar cujo objetivo

principal é estimular mudanças na assistência à saúde, na gestão local de políticas públicas e na proteção e desenvolvimento social para todos.

Parte do desenvolvimento social se dá com o processo de transformação da sociedade e, de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde, “o processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários” (BRASIL, 2010, p.9). Como afirmam Bydlowski e colaboradores (2004, p.18), ainda “há a necessidade de uma transformação da sociedade como um todo, com mudanças na estrutura dos relacionamentos humanos e nos próprios indivíduos”.

Além disso, ao analisar o processo saúde-adoecimento percebe-se que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. O aparato biomédico não tem conseguido alterar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, atuando em um modelo de atenção e cuidado marcados ainda, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas, portanto com o foco na doença diferentemente da visão positiva da saúde preconizada pela Promoção da Saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com Westphal (2015), a Promoção da Saúde, além de uma ação educativa age amplamente no processo saúde-adoecimento e oferece uma visão, um conceito de saúde positiva que deve ser incorporado pelos profissionais de todos os seguimentos, sobretudo da área da saúde para que ao tratar as pessoas com agravo à saúde possam fortalece-las para lidar com as dificuldades a fim de vence-las retornando à vida com felicidade e qualidade. Isso será possível se profissionais da saúde e parceiros de outros setores adotem diversas estratégias e formas de ação, ora semelhantes ora diferentes das ações tradicionais adotadas na Saúde Pública.

A Promoção da Saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2010, p.10).

Neto e Kind (2011) afirmam que o campo da saúde tem sofrido sistematicamente modificações pelas políticas públicas, entre elas a PNPS, e pelos debates estimulados por elas que visam a gestão mais no cuidado e menos na assistência, sobretudo para a promoção da saúde da população.

Nos últimos anos, PNPS no Brasil tem intensificado a atuação dos profissionais de saúde na perspectiva de promoção da qualidade de vida e na ampliação das oportunidades para práticas saudáveis (BRASIL, 2006).

A partir de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, a promoção da saúde considera que o contexto familiar, comunitário, social e ambiental, faz parte das condições de saúde das pessoas, por isso procuram-se desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o cuidado com a saúde, bem como desenvolver ações para evitar situações de risco em todas as oportunidades educativas. Assim, facilita-se a participação de todos os integrantes da comunidade educacional na tomada de decisões, não apenas como um resultado da sua capacidade crítica e reflexiva, mas também colaborando na promoção de relações socialmente igualitárias, democráticas e solidárias, reforçando o espírito de comunidade e dos direitos humanos (OPS, 1996 citado por PELICIONI, 2005).

As ideias da Promoção da Saúde ao serem implementadas pela Educação em Saúde buscam respeitar o caráter político de formação para a cidadania ativa e para ação capaz de transformar a realidade social, além de buscar melhoria da qualidade de vida. O controle e a responsabilidade do indivíduo sobre a sua própria saúde e a saúde da comunidade devem fazer parte da sua preparação neste processo formativo, levando em conta o desenvolvimento das habilidades individuais para possibilitar uma participação efetiva, qualificada e ética na vida social.

Guazelli e Pereira (2015) consideram ser do âmbito da promoção investir na formação de cidadãos e trabalhar para instituir espaços verdadeiramente democráticos com o propósito de desenvolver políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificadas por todos sendo avaliadas e revisadas continuamente por todos. Essas ações evitariam que os discursos, aparentemente democráticos fossem na realidade repletos de autoritarismo.

Muitas vezes, por trás da prática da Educação em Saúde encontra-se uma ideologia autoritária e velada por um discurso democrático; por isso, utilizar uma teoria problematizadora da educação conforme proposto por Freire (2011), uma perspectiva dialógica e emancipatória que possibilita acesso à informação nos programas de saúde voltados à população terá influência direta nos resultados a serem alcançados (PELICIONI e col., 2008).

Esta ideia também foi discutida no Curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, em 2005 promovido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, do Ministério da Saúde compactuando que

A promoção e o cuidado dependem do acesso à informação, de direitos sociais, da organização da vida em coletivos e da decisão política de praticar os princípios que caracterizam uma sociedade democrática, como a equidade, a solidariedade, o respeito aos direitos sociais e a justiça social, definindo as

ações que objetivem a modificação dos determinantes e dos condicionantes da saúde nos ambientes de moradia, vida e trabalho (BRASIL, 2005, p.34-5).

Freire (1987) mostra que a educação libertadora e problematizadora exige a superação da contradição educador-educando, caso contrário não é possível estabelecer a relação dialógica indispensável à construção do conhecimento.

Na opinião de Pelicioni (2000; 2008) para que a educação se efetive é preciso que o sujeito social esteja motivado e incorpore os conhecimentos adquiridos, que então, se tornarão parte de sua vida e serão transferidos para a prática cotidiana. Essa ação educativa deverá se dar pela comunicação e pelo diálogo se pretender atingir realmente o sujeito inserido em sua realidade histórica e respeitando a autonomia e a dignidade de cada um. Somente dessa forma a educação poderá incorporar novos significados e novos valores sem dispor do autoritarismo.

O professor autoritário rouba a liberdade do educando, amesquinhando o seu direito de estar curioso e inquieto, impede a autonomia e transgride os princípios éticos que deveriam fazer parte da experiência formadora nas escolas e universidades (FREIRE, 2011). Para as autoras abaixo

A Educação é considerada um fator fundamental na geração de mudanças políticas, econômicas e sociais, que são essenciais para que se alcance saúde para todos (...) é uma prática social e socializadora orientada para a formação integral das pessoas. É um processo de construção do conhecimento (...) deve atingir igualmente a população em geral, suas lideranças, os gestores públicos, os políticos, os legisladores e os movimentos sociais organizados (PELICIONI e col., 2008, p.170-171).

Hegemonicamente, grande parte dos processos de educação continua centrada em modelos verticais de repasse de informações e as mudanças no processo de gestão do trabalho são operadas, muitas vezes, numa dimensão político administrativa. Como consequência, pouca atenção é dada aos mecanismos e tecnologias cotidianos e à dimensão do trabalho vivo em ato, como considera Merhy (2002) ao destacar que o trabalho em saúde acontece no encontro entre sujeitos e nas relações sociais; isto é, ele é produzido em ato, daí deve ser considerado um trabalho vivo.

De acordo com Foucault (1996, p.44), “todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo”. Neste sentido, Freire (2011, p.47) afirma que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou construção”. Para o pedagogo brasileiro este saber necessário, não pode ser somente apreendido nas dimensões ontológica, política, ética, epistemológica e pedagógica, mas deve ser constantemente testemunhado ou vivido pelos envolvidos no processo do conhecimento. Portanto, a educação está envolvida com a promoção do próprio indivíduo e não como instrumento de ajuste ao ambiente concreto. “O conhecimento fundamentado na experiência pessoal também é compatível com a ideia de atividade, construção, consciência de si e do mundo” (CUNHA; PEZZATO, 2015, p.272).

O objetivo da educação, na perspectiva da Promoção da Saúde é criar condições para que se desenvolva uma atitude de reflexão crítica comprometida com a ação e transformação social considerando que todos os espaços onde se dê a relação humana ocorra a troca de sentidos e de significados. Freire (2011) disserta sobre a pluralidade tais espaços cotidianos:

Se estivesse claro para nós que foi aprendendo ser possível ensinar, teríamos entendido com facilidade a importância das

experiências informais nas ruas, nas praças, no trabalho, nas salas de aula das escolas, nos pátios do recreio, em que variados gestos de alunos, de pessoal administrativo, de pessoal docente se cruzam cheios de significação (p.44).

Assim como a comunicação deve ser democrática, a educação também precisa permitir a construção do conhecimento com a própria diversidade do saber. Para Pelicioni e colaboradores (2013) o processo educativo se inicia na família e tem sua continuidade nas diversas instituições como na escola e outros grupos sociais nos quais as pessoas participam, sofrendo também influencia da mídia que contribui para o reforço das suas ideias.

No conjunto de relações em que cada pessoa está inserida pode desenvolver, a partir de uma educação crítica e transformadora da realidade, competências e habilidades para o fortalecimento da autonomia e da sua emancipação. Demo (2000), concordando com isso, afirma que os processos educativos devem trabalhar as contradições do mundo contemporâneo, contribuindo para o desenvolvimento de competências e habilidades no indivíduo de modo que o instrumentalize para participar e utilizar os conhecimentos e tais habilidades para responder às suas necessidades, inclusive as que dizem respeito à sua saúde.

De acordo com Freire (2011), é preciso saber, principalmente na formação docente, que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou construção. O saber necessário deve ser constantemente testemunhado, vivido e não apenas apreendido.

Netto (2008) considera que a universidade pública, mais do que a privada, é um canal que propicia a transmissão do conhecimento para massa crítica; neste espaço se produz conhecimentos e pesquisa e se realiza atividades de extensão. O uso da academia como espaço livre de produção de conhecimentos; como território aberto à polêmica e à criatividade tem sido substituído por um lugar de tensões e contradições e de grupos monopólicos, apesar dos esforços contínuos da sociedade brasileira por sua autonomia. Contudo, o autor acredita ser possível articular a luta por uma universidade minimamente democrática, socialmente responsável e partícipe de projetos societários nítidos que incluam sujeitos coletivos, situados no exterior do sistema de ensino.

Fontes (2008) convida à reflexão acerca das modalidades de hegemonia e contra-hegemonia para analisar não apenas as formas de convencimento, de formação e de pedagogia, mas também de comunicação e de difusão de visões de mundo, de modalidades de adestramento para o trabalho. O autor questiona as maneiras de ser coletivas e as clivagens que as atravessam, investigando sua adequação aos processos de dominação, assim como as contradições que tais modalidades suscitam, lembrando que a hegemonia se reveste discretamente de exercício de coerção, por meio da violência aberta ou simbólica.

Paiva (2008) afirma que o principal papel de um movimento contra-hegemônico está em se fazer pensar e em promover uma reflexão crítica e ampla cujo escopo essencial é o de libertar as consciências. Um dos problemas causados por uma sociabilidade forjada é a redução da participação popular a âmbitos estreitos, bem como o bloqueio ao cenário democrático e uma certa blindagem à política que impede transformações substantivas na vida social; configuração atual que corresponde à hegemonia do capital monetário. Desta forma, a população segue distanciada da reflexão crítica, ainda que mantida em movimento, mas envolvida em causas fragmentadas; isto significa forjar uma sociabilidade e um civismo débil, desprovido de um horizonte político mais amplo e efetivamente transformador (FONTES, 2008).

Para esse autor, outro aspecto a considerar é a função da mídia: “a grande mídia conserva a função social de consolidar a coesão do conjunto da classe dominante, assim como de assegurar a adesão dos subalternos” (FONTES, 2008, p.149). Existe um grande número de autores interessados em alertar, por meio de seus artigos, sobre a existência hegemônica da mídia.

Segundo Paiva (2008), “hegemônico é aquilo que vigora de uma maneira totalizadora e ditatorial” (p.163). Esta autora encontra na teoria de Gramsci mais um entendimento sobre a hegemonia, como uma forma de poder caracterizada por uma postura totalizante, generalizada, mas que só é possível existir a partir do consentimento e aceitação dos demais. Isto faz pensar no âmbito da formação dos profissionais e na grade curricular dos cursos da área da saúde que não tem dado importância ao processo de comunicação e de educação em saúde. Especialmente no que tange à relação profissional de saúde *versus* usuário do serviço de saúde, como se espera que ocorra nas relações democráticas.

Para toda necessidade de democratização há um poder hegemônico a

ser dissipado. Dantas (2008), ao discorrer sobre o tema ideologia, hegemonia e contra-hegemonia, alerta para o uso do pensamento no antagonismo entre as classes sociais. De acordo com sua posição dominante ou submissa dentro da sociedade e do Estado, as classes exercem, sofrem e disputam permanentemente o poder em torno da apropriação dos meios de produção e de vida, da riqueza e do poder político do Estado reunindo para si. Meios essenciais que fazem das classes o poder material, espiritual e político hegemônico como capital social. O autor usa as ideias de Marx ao definir que as relações sociais determinam as condições materiais e imateriais da produção e da circulação de ideias. Pode-se ainda incrementar essas ideias usando a definição de capital social dada por Bourdieu (1985), citado por Sapag (2015), como a soma das relações sociais que autorizam o acesso diferencial aos recursos sociais, por exemplo as oportunidades de emprego e educacionais que são fundamentais para a definição de classes e desigualdades estruturais existentes nas sociedades .

Já para Dantas (2008) a relação de produção, propriedade e poder é que determinam as condições materiais e imateriais como segue:

A história demonstra que as relações de produção, de propriedade e poder que fazem que uma classe disponha dos meios de produção material permitem, na mesma medida, que ela disponha dos meios (materiais e imateriais) de produção intelectual (...) depende essencialmente, do modo como o seu domínio sobre a produção material e sobre o conjunto das forças produtivas e destrutivas se desenvolve como domínio sobre a produção e a circulação de ideias, sobre a formação da consciência socialmente determinada” (DANTAS, 2008, p. 92).

Neste caso, a ideologia é o espaço onde se erguem os pilares da hegemonia de uma classe sobre a consciência social, as instituições civis e o próprio Estado ao fornecer condições subjetivas, como as intelectuais, espirituais e imateriais implícitas na ideologia. Este tipo de domínio expressa o conjunto de práticas e relações sociais que organizam as estruturas produtivas e reprodutivas de uma sociedade. Para Dantas (2008) o que está em jogo é a naturalização, a normalização e a legitimação para produção e reprodução social da vida. E tal processo não pode ocorrer de uma maneira distante do ideário da Promoção da Saúde.

“A ideologia reúne as condições necessárias para dominar a linguagem, o imaginário, o pensamento, a cultura e a comunicação social em toda a sua extensão” (DANTAS, 2015, p.97).

1.3 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Santos (2005) explica que a ação educativa engloba os processos de ensino e aprendizagem que são mediados pelo processo de comunicação e que por sua vez, a comunicação engloba os conceitos de emissão e recepção da informação, mas a aprendizagem só acontece quando a recepção da mensagem é aproveitada e incorporada ao universo conceitual e/ou comportamental do indivíduo.

Tomando como exemplo, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (MEC, 2014), no item Competências e Habilidades existe o subitem: Competências Gerais. Neste, a comunicação é vista como parte importante da formação do egresso, entretanto continua não sendo privilegiado o diálogo com o maior interessado em sua própria saúde, o usuário.

Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação (MEC, 2014, p.1)

Todavia, no subitem “Conhecimentos, Competências e Habilidades específicas” encontra-se uma possibilidade de desenvolvimento da comunicação e da educação em saúde de maneira mais efetiva, ampla e capaz de favorecer o exercício democrático destas relações: *“informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação”* (MEC, 2014, p.2).

Considerar o processo de comunicação parte da educação em saúde leva Pelicioni (2005, p.831) a afirmar que “o desafio da educação é propiciar bases para a compreensão da realidade a fim de poder transformá-la (...) e que as áreas de educação, saúde e meio ambiente devem fortalecer-se mutuamente”. No entanto, se não houver uma boa comunicação dificilmente a educação em saúde se efetivará com sucesso.

Compreendida, fundamentalmente para Citeli (2008, p. 14) como “linguagem sob diferentes configurações de códigos e símbolos” e para Araújo e Cardoso (2015, p. 115) como instrumental, vista como o “manejo de um conjunto de técnicas e tecnologias envolvidas na transmissão de informações”, a comunicação está além do aspecto comercial empregado, usualmente, nas relações empresariais ou técnico industriais. A linguagem, pelo prisma de uma prática socialmente construída, nutrida pela capacidade de promover consensos a partir do diálogo, torna-se, portanto peça estruturante das condições a serem satisfeitas para a ocorrência da comunicação (CITELLI, 2008).

Segundo Citelli (2008), “é pertinente reconhecer na linguagem verbal uma prática social, mediação, sistema simbólico, possibilidade de ação, ancorada em procedimentos interlocutivos, interativos e dialógicos que facultam a construção dos sentidos e seus efeitos” (p.25-26).

Utilizar-se da informação como instrumento de comunicação em saúde exige uma ação educativa capaz de promover um processo de assimilação daquilo que se deseja comunicar. O desenvolvimento da percepção da importância da comunicação para a transformação social contribui para o resgate do direito à comunicação de todos, para todos e por todos, nas dimensões de conceber, produzir, veicular, disseminar e incrementar a participação de outros atores (CABRAL FILHO, 2008, p. 245).

Há muitos anos, autores como Carvalho e Viezzer (1992), Werthein (2004), Ramonet (2007) e Lima (2007) têm sustentado o papel da comunicação e a sua importância e da participação das pessoas no processo comunicacional. Carvalho e Viezzer (1992) assumem que a comunicação foi considerada uma das mais envolventes habilidades humanas, pois todas as realizações do homem são exercidas por meio da linguagem; assim sendo, os recursos aos meios, métodos e técnicas de comunicação tornaram-se vitais e da maior urgência e importância para lidar com os problemas e as questões da sociedade. Esses autores alertam para a necessidade de atuação dos indivíduos junto à mídia de forma a influir sobre o processo de produção desta, buscando não apenas informar a população acerca dos temas de interesse mútuo como estimular sua participação.

Embora haja uma preocupação com o uso da linguagem a serviço da sociedade, Ramonet (2007) menciona o acesso à internet como um quarto modo de comunicação, mais uma forma de expressão, informação e distração além das formas tradicionais: o som, a escrita e a imagem. Denomina este processo de 'revolução digital', que vai para além dos meios de comunicação em massa já conhecidos e bastante explorados, como o rádio e a televisão. Para ele, a inclusão digital está fortemente relacionada à inclusão social.

O que fazer para democratizar as comunicações? Como título de artigo, essa pergunta motiva Lima (2007) a discutir a relação de poder exercida pelos meios de comunicação em massa. Em sua opinião, os seletos grupos que dominam a grande mídia, tendem a recusar qualquer avanço no sentido da democratização das comunicações conseguindo que seus interesses prevaleçam na regulação do setor. Trata-se, portanto, de uma questão de poder, e nenhum ator político cede poder voluntariamente. “Não se pode ingenuamente acreditar que a grande mídia, privada ou comercial (...) passe a apoiar projetos de democratização da comunicação, abra espaço para a pluralidade e a diversidade de vozes de nossa sociedade” (LIMA, 2007, p.84). Diante disto, indica como solução o fortalecimento das mídias alternativas e afirma que, ao contrário de setores como saúde, habitação e educação as comunicações não são percebidas pela maior parte da população como um direito humano básico. A autora/ O autor ainda acrescenta que não se observa o quanto o controle da mídia pode determinar o próprio controle político.

A comunicação, para ser democrática, precisa que a mídia se ocupe do interesse público como seu papel central para a sociedade. Com isso, permitiria uma reestruturação desse setor a fim de incluir nele atores diversos e plurais, levando em conta as características locais e preservando as distintas culturas (CABRAL FILHO, 2008).

Por ocasião do III Congresso Brasileiro de Comunicação no Serviço Público intitulado “*Novas Tecnologias e a Comunicação no Serviço Público: democratizando a informação*”, ocorrido em São Paulo nos dias 28 e 29 de agosto de 2003, foi destacada pelo então representante da UNESCO Jorge Werthein, a importância da democratização da informação como etapa essencial no processo de democratização do conhecimento. Para Werthein (2003), a democratização do conhecimento é inerente à informação que pode ser transformada. Dessa forma, tal informação seria capaz de efetivar mudanças na realidade das pessoas, principalmente, na condição de vida das minorias sociais. O autor alerta ainda para a fundamental participação de todos os setores da sociedade, contribuindo cada qual com a sua parcela para que este processo aconteça.

Neste sentido, a informação não pode estar apenas disponível; é preciso analisá-la e permitir que as universidades, os centros acadêmicos e de pesquisa possam trabalhar com a mesma, extraindo a partir dela tudo o que pode ser oferecido à população. É preciso torná-la inteligível e compreensível de forma geral para que todos tenham a opção de escolher os serviços públicos a serem prestados por meio do uso de novas tecnologias. “O importante é ter a informação e transformá-la em conhecimento capaz de gerar mudanças e melhorar a vida das pessoas” (WERTHEIN, 2004, p.6)

Segundo Pelicioni (2005), a informação por si só não leva as pessoas a assumirem um modo de vida saudável, a lutar por melhores condições ambientais e de vida ou à modificar práticas vulneráveis ao adoecimento. Como um fator imprescindível da educação, a informação permite a promoção de aprendizagens significativas para ser eficaz. Portanto, para existir o conhecimento incorporado deve ser promovida, paralelo a disseminação da informação, a participação efetiva das pessoas nas discussões e soluções elaboradas por elas mesmas.

A comunicação humana acontece mediante a troca de informações entre os participantes do ato de comunicação, ou seja entre a fonte e o receptor. Nesse processo, a fonte transforma a ideia, o pensamento, a informação, a emoção, o sentimento que deseja compartilhar em sinais estruturados, segundo as regras de um código. O receptor capta os sinais, interpreta e transforma-os em uma ideia, pensamento, informação ou sentimento semelhante ou equivalente aos da fonte, porém a eficácia de todo o processo comunicacional só pode ser avaliada a partir da resposta do receptor à fonte, se a mensagem chegou e em que grau de semelhança pode ser interpretada (SANTOS, 2005).

A participação das pessoas no processo de comunicação tem ocupado lugar essencial em diversos artigos. Respeitáveis autores a seguir relacionados, tem se dedicado a enfatiza a participação social como elemento determinante, que precisa ser levado em conta quando se deseja informar ou comunicar algo de modo a provocar mudanças nos conhecimentos e atitudes da população e, por consequência no seu modo de vida.

Para Pelicioni e colaboradores (2008) a comunicação é o processo de produzir significados por meio de trocas simbólicas entre indivíduos e grupos e para que o processo comunicativo realmente aconteça é imprescindível que se leve em conta a participação de quem recebe a mensagem na interpretação do seu significado. E esse é um processo individual e processual como se percebe na afirmação desse grupo de pesquisadores:

Ao receber e capturar cada mensagem, ou seja, cada informação, a pessoa vai processando, recriando seu significado e emitindo sua resposta de acordo com sua história de vida, sua maneira de ser, seus sonhos, suas experiências, suas crenças, enfim, suas representações sociais (p.208).

Para que ocorra mudança em determinado estado de coisas ou na conduta das pessoas é preciso garantir que a comunicação aconteça. Não basta apenas dar informações, mesmo ela sendo essencial para o exercício da cidadania é necessário ir além, de forma a desenvolver a responsabilidade social das pessoas que atuam nos meios de comunicação, que podem inclusive, funcionar como grupos formadores de opinião pública, formadores de atitudes e como atores políticos junto aos órgãos públicos (PELICIONI e col., 2013). Tal processo contribui, desta forma para o empoderamento coletivo como afirma Azevedo (2012c):

O incremento do poder técnico e político das comunidades (*empowerment* coletivo) na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde é essencial nas iniciativas de promoção da saúde. Isto fomenta a participação popular e estimula o acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde por parte da população (p.184-185).

Tomaél (2012), reitera esse pensamento, ao mencionar que a informação por si só, não gera conhecimento ou sua apreensão sem que ocorra um trabalho de abstração em relação ao objeto; a mera informação não produzirá conhecimento se uma relação dialógica entre sujeito e objeto não for estabelecida.

Como crítica à área da Informação, especificamente à Ciência da Informação, baseada no tecnicismo e no pragmatismo desenvolvidos até a década de 1980, autores como Meyriat (2001), Frohmann (2008), Marteleto (1987), González de Gómez (1996) passaram a argumentar sobre a necessidade de adoção de conceitos, definições e práticas empenhadas com questões sociais. Assim, de acordo com Tomaél (2012), este grupo de autores avalia a informação como um fenômeno social, como resultado de negociações, interesses e poderes de agentes e grupos sociais firmados em trocas informacionais.

Marteleto (1987) apresenta como lugares da informação, o que se é produzido socialmente, no aspecto técnico: formatação, tratamento e recuperação automática da informação e o que é produzido culturalmente: conhecimento. A autora, ainda revela propriedades tanto de bem de produção quanto de bem cultural dependendo de como a informação é produzida e veiculada, sendo assim necessário especificar o local de incidência de cada um.

Encontra-se na comunicação diversos contextos e dimensões. O ponto de interesse aqui é a comunicação relevante à saúde. De acordo com Teixeira (2004), a comunicação em saúde refere-se ao estudo e ao uso de recursos estratégicos de comunicação para informar e influenciar decisões para a promoção da saúde dos indivíduos e das comunidades. Embora a promoção da saúde seja uma área estrategicamente mais importante, as mensagens podem ter finalidades diferentes, isto é, além de promover e educar para a saúde também se pretende evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças, sugerir e recomendar mudanças, informar sobre a saúde e sobre as doenças, recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidado, entre outras ações.

Para Nova Corcoran (2010), a comunicação em saúde se apresenta em muitos níveis, desde o individual até no grupo maior, nas organizações, nas comunidades ou na mídia de massa e pode ser definida também como um processo transacional, como ocorre na comunicação em geral. Entretanto, a principal diferença é que na comunicação em saúde o foco não é generalizado e sim, específico para as informações de saúde que podem ser usadas na educação e para a promoção da saúde da população.

Neto e Kind (2011, p. 16) reforçam essa premissa individual/coletiva e plural da comunicação em saúde, quando afirmam que “o ideário da saúde como valor a ser cultivado cotidianamente por cada um e por todos permeia a mídia, as conversas e as preocupações em geral” .

Para Araújo e Cardoso (2015) pensar a comunicação em saúde alinhada ao SUS pressupõe entendê-la como prática social e política pública a partir de um projeto ético, comprometido com a equidade de oportunidades, de capitais e de poderes materiais e simbólicos. As instituições de saúde, por força das abordagens ainda dominantes fazem da comunicação um manejo de um conjunto de técnicas e tecnologias envolvidas na transmissão de informações, em geral produzidas ou selecionadas pelas autoridades sanitárias “ocupando o posto de emissor, enquanto o polo receptor abriga a população em diferentes configurações” (ARAÚJO e CARDOSO, 2015, p. 116).

Em tese de doutoramento que explora o uso da comunicação como forma de interação entre o médico e o paciente, no contexto da visita domiciliar, Borges (2011) relatou que a questão da comunicação torna-se crucial para que a relação médico-paciente aconteça de maneira efetiva. Afirma, ainda que muitas vezes os médicos costumam adotar ações estratégicas visando atingir um determinado fim terapêutico, sem considerar a opinião do paciente e de sua família.

A autora usa diferentes autores para mostrar que, muitas vezes, os médicos costumam adotar ações estratégicas que visam atingir um determinado fim terapêutico, sem considerar a opinião do paciente e de sua família. Ou seja, há um topo de abuso de poder decisório que desconsidera a participação de outros atores no processo de intervenção e cura.

Tal atitude, reforça então o modelo autoritário escondido atrás do argumento de que é para o bem do outro, fazendo com que o conhecimento leigo continue sendo desvalorizado. Esse tipo de comunicação pode ser sistematicamente distorcido porque, por um lado, o médico pode utilizar-se do conhecimento e jargões especialistas no intuito de vencer a resistência do paciente; por outro lado, o médico, o paciente e sua família não se dão conta de como agem a partir de seus próprios valores, negligenciando o processo dialógico, ao invés de prevalecer aí uma forma comunicativa adequada.

Moura (2012), em sua dissertação de mestrado realizada na Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, pesquisou quatro influentes correntes teóricas que a partir da década de 1990 vêm problematizando as interações e a comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde. São elas, a Medicina Centrada no Paciente, a Medicina Baseada em Narrativa, a Abordagem Integral (*Comprehensive Care*) e a Integralidade da Atenção à Saúde. Seu estudo concluiu que as quatro tradições estudadas apresentaram inovações e pressupostos teórico-práticos que se complementam. Além disso, a pesquisadora afirma que é imprescindível estabelecer uma “fusão de horizontes” entre tais proposições para qualificar os diálogos e processos de comunicação-interação estabelecidos entre médicos e pacientes no nível da atenção primária à saúde. Essas correntes podem ser utilizadas como estratégia para uma comunicação eficiente entre os profissionais de saúde e os pacientes e, se adotadas como condutoras do diálogo, atenderão aos princípios do SUS e da Promoção da Saúde.

Para Santos e colaboradores (2010), a comunicação eficaz durante uma consulta médica tem sido considerada como um dos mais importantes determinantes para um melhor diagnóstico, pois a informação obtida pelo profissional de saúde, ao levar em conta a história do paciente, poderá ser mais ampla e precisa. As autoras citam Silverman e colaboradores (2005) que mostram estudos indicando que a história do paciente contribui entre 60% a 80% para a verificação do diagnóstico, daí a importância de que haja uma boa comunicação.

Ayres (2008), citado por Borges (2011), afirma que todo encontro entre o médico e o paciente é uma boa oportunidade para o diálogo; ‘um autêntico interesse em ouvir o outro’ se faz quando a escuta tem um horizonte normativo, uma dimensão existencial.

Zombini e Pelicioni (2015, p.751) reafirmam essa proposição quando assumem que “o diálogo constitui parte do tratamento. Ele humaniza a relação entre indivíduos, permitindo a aproximação e a confiança necessárias ao processo de cura” seja qual for a modalidade do diálogo.

Ayres (2008) também concorda com essa ideia ao dizer que:

Qualquer construção discursiva, seja descritiva, prescritiva, inquisitiva, expressiva ou reflexiva é sempre um momento de diálogo que já está em curso. Não existe uma linguagem produzida por um único sujeito, mas sempre produzida entre sujeitos, mesmo que virtualmente (AYRES, 2008, p.166, tradução da autora).

Certamente não é qualquer linguagem que promove a comunicação efetiva. Preocupado com essa questão, Ayres (2008, p. 162) pergunta: “mas o que é a linguagem que deve guiar-nos quando a preocupação se volta para a racionalidade prática de ações de saúde?”. Ao fazer esta pergunta, o autor traz como resposta o uso da linguagem que a própria hermenêutica filosófica procura. Ayres acredita que se deve buscar as respostas para as práticas de saúde, advindas do local e das demandas de sua própria racionalidade prática. A linguagem a ser empregada no campo da saúde deve ser clara, objetiva e conter significados comuns ao profissional da saúde – no seu papel educador e aos indivíduos – no papel de usuários dos serviços de saúde tornando possível a ambos construir um pensamento coeso e mutuamente fazerem uma reflexão crítica sobre o problema apresentado (PELICIONI e COL., 2013).

Este tipo de comunicação dialógica permitirá ao profissional de saúde estabelecer uma relação de confiança que contribuirá para um atendimento melhor, mais amplo e completo e para o usuário permitirá compreender melhor a sua condição de saúde e a melhor decisão a tomar como ressaltam os autores a seguir:

“Somente compreendendo os fatos, refletindo sobre eles e tomando decisões conscientes é que as pessoas mudarão os comportamentos esperados” (PELICIONI e col., 2013, p.209).

Faz parte também do processo comunicacional, a divulgação das informações. De acordo com consulta feita ao Dicionário do Aurélio Online⁵ os significados para a palavra divulgar são: “tornar público; dar a saber a muitos; propagar; vulgarizar; espalhar-se; chegar ao conhecimento de muitos”. Assim sendo, a divulgação das informações torna-se essencialmente parte da comunicação e, para que esta seja eficaz é preciso que aconteça de forma transversal envolvendo todos os interessados.

Considerando o princípio da transversalidade na divulgação das informações e no processo comunicacional, a gestão participativa pressupõe a presença ativa de diferentes representações conjuntamente com a participação da população (ARAÚJO; CARDOSO, 2015).

A participação da população nos processos comunicacionais em espaços de saúde é fundamental e deve ser efetiva para que possa contribuir para a educação em saúde de indivíduos ou grupos.

Para Teixeira (2004), em nível individual, a comunicação ajuda a tomar consciência sobre as condições que ameaçam a boa saúde e pode influenciar a motivação para reduzir situações de risco ao mesmo tempo em que reforça atitudes favoráveis à proteção da saúde. Pode ainda, ajudar a adequar a utilização dos serviços e recursos de saúde. No âmbito comunitário, a comunicação pode promover mudanças coletivas, positivas nos aspectos socioeconômicos, físicos e ambientais, além de melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde e facilitar a adoção de normas que contribuam positivamente para a qualidade de vida da população.

⁵ Disponível em: <http://dicionariodoaurelio.com/divulgar>.

Para que isso realmente ocorra é preciso que haja participação dos envolvidos no processo. A participação deve ser concebida como um ato interativo entre os diversos atores sociais, na perspectiva de conhecer o contexto em que encontram-se inseridos, as circunstâncias que precisam de ingerência e as alternativas para superação, utilizando para este intuito a mediação e o ato comunicativo. Trata-se, portanto de um processo de reflexão-ação, característico dos processos de comunicação marcados pela participação ativa dos sujeitos envolvidos e pela valorização do saber local que se inter-relaciona ao saber científico (ANDRADE e col., 2012).

Thiollent (2011) afirma que os 'atores' sempre têm de gerar, utilizar informações e também orientar ação, além de tomar decisões. "As ações investigadas envolvem produção e circulação da informação, elucidação e tomada de decisões e outros aspectos supondo capacidade de aprendizagem dos participantes" (p.76).

No Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2008, definiu-se no item 99, a busca pela inclusão na política de concessão dos meios de comunicação, a "obrigatoriedade de reserva de espaços para a divulgação de práticas de promoção à saúde e de prevenção de doenças", ampliando a divulgação das diretrizes do SUS, os direitos e deveres de prestadores de serviços, gestores e, especialmente, dos usuários, com a criação de prêmio de jornalismo para rádios, TVs, jornais, revistas e outros que divulguem experiências exitosas em saúde (BRASIL, 2008, p.35).

Garantir o espaço para a divulgação de práticas de promoção à saúde, prevenção de doenças facilitando o acesso aos princípios do SUS é direito de todos. Todos os seres humanos tem direito à informação correta, completa e de qualidade. Esse tema será discutido a seguir.

1.4 DIREITO À INFORMAÇÃO

“A liberdade de expressão é a base de todos os demais direitos e garantias individuais” (WERTHEIN, 2004, p.2).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em dezembro de 1948 e hoje endossada por mais de 130 países, além de diversas convenções regionais, em seu Artigo 19, diz o seguinte:

Todo indivíduo tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras (UNESCO, 1998, p.4).

Cabral Filho (2008) sugere uma reformulação a tal Artigo 19 baseado no movimento mundial articulado pelos cinco países Brasil, Colômbia, Filipinas, Quênia e Itália a partir do Projeto de Governança Global que buscou identificar pontos de convergência nas políticas públicas de comunicação desses países. Este Projeto ganhou força na campanha *Communication Rights in the Information Society* que aconteceu por ocasião da realização da Cúpula Mundial da Sociedade da Informação em Túnis, em 2005 patrocinado pela Organização das Nações Unidas (ONU).

A reformulação proposta pelo autor reescreve o Artigo 19, da seguinte forma:

Todo homem tem direito aos processos comunicacionais que contemplem a liberdade de expressão e de imprensa, o direito à informação, o direito de se comunicar, bem como os meios democráticos de comunicação no que diz respeito ao acesso, à posse, à gestão, à produção, à diversidade cultural e ao compartilhamento solidário do conhecimento (CABRAL FILHO, 2008, p. 236).

Outro documento que reforça essas ideias e trata a liberdade de informação como fundamental para as Américas é a Declaração de Chapultepec, de 1994, que estabelece princípios fundamentais para a liberdade de informação. O Brasil adotou a Declaração em 1996, que em seu Artigo I diz que “não há pessoas nem sociedades livres sem liberdade de expressão e de imprensa. O exercício dessa não é uma concessão das autoridades é um direito inalienável do povo” (ANJ, 1994, p.1).

Destaca-se ainda, os dois artigos seguintes dessa mesma declaração de origem mexicana:

Artigo 2: Toda pessoa tem o direito de buscar e receber informação, expressar opiniões e divulgá-las livremente. Ninguém pode restringir ou negar estes direitos.

Artigo 3: As autoridades devem estar legalmente obrigadas a pôr à disposição dos cidadãos, de forma oportuna e equitativa, a informação gerada pelo setor público.

Assim, Cabral Filho (2008) concorda que a comunicação além de compreendida pode ser reivindicada como um direito humano determinado por vários setores da sociedade. Por estar diretamente ligada à construção de identidades e à produção de sentido nas relações cotidianas contribui para a valorização de outros direitos fundamentais, como o direito à saúde e o direito à educação.

Leite (2015), em tese de doutoramento da Universidade São Paulo, realizou uma pesquisa sobre a temática do direito à informação em saúde cujos objetivos foram: identificar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências científicas relacionadas ao direito à informação em saúde. Quais as evidências disponíveis sobre o direito à informação em saúde? Essa foi a questão norteadora para sua investigação. Os seus dados foram analisados em três categorias: o conhecimento de pacientes sobre seu direito à informação e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre direito à informação do paciente. Como resultado, em todas as categorias verificou-se a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde em relação ao direito que usuários de serviços de saúde tem à informação; o estudo concluiu que a educação em saúde dos profissionais acompanhada de uma “boa comunicação” seria uma importante possibilidade para o cumprimento desse direito, melhorando a prática assistencial e conseqüentemente as condições de saúde das pessoas.

Para além da prática assistencial, a Educação em Saúde, na visão de Silva e colaboradores (2015, p. 11) baseia-se na concepção de que o “indivíduo aprende a cuidar de sua saúde como resultado de múltiplos fatores intervenientes do processo saúde-adoecimento”. Tem por objetivo preparar indivíduos para o exercício da cidadania plena e no campo da saúde prepara o profissional de saúde para uma relação de respeito, autonomia e empoderamento das pessoas podendo, desta forma, contribuir para a mudança da relação de poder instituída histórica e hegemonicamente no campo da saúde. Prepara ainda para a reflexão crítica, para a compreensão das situações de poder e hegemonia existentes na área, bem como contribui para saber fazer escolhas favoráveis à saúde e melhoria da qualidade de vida minimizando consequências nefastas que possam influir negativamente sobre as pessoas.

Assumindo essa perspectiva a Educação em Saúde dialoga com o ideário da Promoção da Saúde, com importantes repercussões para a sociedade como mostram Guazelli e Pereira (2015, p. 113): “a educação em saúde pautada pela promoção da saúde (...) é um exercício crítico que permite aos atores opinar, rever, atualizar, questionar e reencaminhar suas ações” .

A seguir, será elaborado um conteúdo sobre duas práticas que foram inseridas no SUS contempladas na PNPIC e a apresentação da Naturologia visando ilustrar essa discussão, feita até o momento, sobre a importância da comunicação em saúde e sua democratização na sociedade encontrando na abordagem naturológica uma perspectiva de modelo transdisciplinar, complexo e que configura-se ao ideário da Promoção da Saúde.

1.5 A NATUROLOGIA E AS PRÁTICAS DE ACUPUNTURA E DE FITOTERAPIA

A Naturologia é um “saber e um fazer por vocação transdisciplinar e complexo, produto de interações, religações e diálogos entre práticas e sistemas de cura plurais e atemporais (...) é o local para o trânsito entre técnicas, práticas e filosofias distintas” (SILVA, 2013, p.136).

Pode-se definir a Naturologia como conhecimento da área da saúde embasado na pluralidade de sistemas terapêuticos complexos vitalistas⁶, que parte de uma visão multidimensional do processo de saúde-doença e utiliza da relação de interagência e de práticas integrativas e complementares no cuidado e na atenção à saúde(SABBAG e col., 2013, p.15).. Para Silva (2013) a Naturologia configura uma religação dos saberes e desdobra-se para constituir múltiplos diálogos: entre vários conhecimentos científicos e entre a ciência e os chamados saberes da tradição. Sendo assim, corrobora-se com Azevedo (2012a, p.121) para quem a “Naturologia e as Práticas Integrativas e Complementares têm o potencial de revitalizar as discussões de Saúde Coletiva e estimular mudanças no padrão biologizante e medicalizante do cuidado e da promoção da saúde”. (AZEVEDO, 2012a, p. 121).

A Naturologia tem sido apresentada à medicina moderna, não como uma nova ciência, mas como uma nova condição de estar e de fazer da ciência um conjunto de interações duais, onde o moderno e o tradicional possam ser mesclados e compreendidos com o mesmo grau de importância.

⁶ Oposto ao materialismo, os fenômenos vitais não podem ser inteiramente explicados com causas apenas materiais ou racionalistas.

Levando em conta a existência de uma abordagem integral, holística e complexa em que as práticas de saúde não convencionais estão inseridas Ischkanian e Pelicioni (2012, p.187) consideram que é na abordagem holística que “o saber popular encontra um campo de diálogo com o saber oficial, dando vazão ao conhecimento assiduamente represado pelo modelo reducionista de regra”. Por ter base na visão integral do ser humano e fomentar uma postura transdisciplinar, ampla e holística a Naturologia propõe “um novo debate no campo das ciências, no entendimento do processo saúde-adoecimento e promove uma ação multidimensional na relação terapêutica, sob uma construção contínua de um novo paradigma” (Ibdem, p.191).

Vale ressaltar a relação terapêutica na *práxis* naturológica. Considerada um diferencial, essa relação é denominada relação de interagência cujo conceito encontra-se em construção, mas pode ser compreendido de acordo com Silva (2013, p.121) como relação que suscita atitude integrativa entre o terapeuta e o paciente⁷, promove a filiação com princípios e paradigmas vitalistas em oposição à “fragmentação do conhecimento e traz o componente ético como obrigatório para a construção do saber e do fazer em Naturologia”.

Como um modo de ampliar o entendimento sobre a relação de interagência, busca-se em Barros e Leite-Mor (2012) a noção de que essa relação acontece de modo transversal que estimula a corresponsabilidade no processo terapêutico, reconhecendo e valorizando a subjetividade dos fenômenos.

Existem dois cursos de formação em Naturologia no Brasil. O primeiro surgiu na Universidade do Sul do Santa Catarina (UNISUL) em 1998 e o segundo está na Universidade Anhembi Morumbi em São Paulo/SP (UAM) desde 2002.

⁷ Também chamado de interagente pelo(a) naturólogo(a).

Desde o início da sua formação, os naturólogos vêm, gradativamente, estreitando relações com a Saúde Coletiva e com a homologação da PNPIC o seu espaço de atuação tem ampliado no SUS. A 15ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em Brasília, em dezembro de 2015, contou pela primeira vez com a participação das entidades representativas da Naturologia em apoio à moção de ampliação da oferta das Práticas Integrativas e Complementares no SUS e a contratação de naturóloga(o)s pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A moção que recebeu 793 assinaturas à favor foi aprovada na plenária final.

A Associação Brasileira de Naturologia (ABRANA) publicou em sua página da internet parte da moção destinada ao Ministério da Saúde que inclui o naturólogo como um dos profissionais qualificados para atuar com as PIC no SUS, conforme descrito a seguir:

Considerando a Portaria nº 971/2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, e a Portaria nº 154/2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, solicitamos ao Ministério da Saúde contratação, no NASF, segundo necessidades e demandas locais, de:

(1) acupunturistas profissionais de nível superior, além dos médicos, visto que essa não é uma prática de exclusividade médica e

(2) profissionais de nível superior cadastrados pela CBO 2263 (Arteterapeutas, Equoterapeutas, Musicoterapeutas, e Naturólogos).

Essas ações, além de fortalecer efetivamente as Práticas Integrativas na Atenção Básica, ampliarão o acesso da população às PIC.

A organização do evento contou também com uma equipe de naturólogas voltadas para a divulgação e oferta aos conferencistas de algumas práticas terapêuticas contempladas na formação acadêmica. Entre elas, a Fitoterapia, destacada nessa pesquisa.

Pretende-se com esta apresentação da Naturologia mostrar que existe um profissional de saúde, com formação voltada à visão de saúde positiva concebida pela Promoção da Saúde e com domínio das práticas de saúde não convencionais abarcadas por sistemas terapêuticos complexos, cuja atuação profissional pode ser absorvida pelo NASF, na instância da Atenção Básica do SUS. Há espaço também para a participação do/a naturólogo/a em equipes multidisciplinares que trabalham na atenção de alta complexidade, como a Oncologia, por exemplo, oferecendo o uso das PIC de forma a integrar e complementar o tratamento convencional do câncer e outras enfermidades.

Siegel e Barros (2013) consideram o livro *The Complete Guide to Complementary Therapies in Cancer Care* de autoria de Cassileth (2011) - médica do *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* (EUA) uma importante referência para os profissionais de saúde e gestores do SUS interessados no uso das PIC para o tratamento de neoplasias. Segundo os autores, o objetivo deste guia é apresentar informações essenciais sobre essas práticas aos pacientes, sobreviventes e profissionais de saúde que atuam na Oncologia. Foram analisadas 55 terapias fundamentadas na biologia, nas técnicas mente-corpo, nas práticas de manipulação corporal, nas terapias energéticas e em sistemas médicos tradicionais.

De acordo com a apresentação das terapias e dos sistemas terapêuticos complexos condensados na primeira parte do guia, a Acupuntura, a Medicina Ayurvédica, a Medicina Tradicional Chinesa, a Homeopatia, a Cura Americana Nativa e a Medicina Naturopática oferecem uma visão multidimensional, intersubjetiva e transdisciplinar essencial para efetivar as diretrizes e os princípios da Promoção da Saúde.

Assim como qualquer prática de saúde, a livre escolha de práticas complementares aos tratamentos convencionais deve ser estimulada como direito. A Medicina Tradicional Complementar (MTC) reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1991 elaborou e divulgou, orientações técnicas para a avaliação de medicamentos à base de plantas, diretrizes de pesquisa para avaliar a segurança e eficácia dos medicamentos à base de plantas e diretrizes para a pesquisa clínica sobre a acupuntura (WHO, 2000).

Segundo a OMS (2013) a Acupuntura é uma prática que tem progredido significativamente como práticas de saúde não convencional. Embora originalmente componente da Medicina Tradicional Chinesa, a Acupuntura tem sido utilizada em todo o mundo. De acordo com relatos fornecidos por 129 países como contribuição estatística para o documento *Estratégias de la OMS para Medicina Tradicional 2014-2023*, 80% dos países reconhecem atualmente o seu uso.

A técnica da Acupuntura é a mais conhecida dentre as terapêuticas da Medicina Tradicional Chinesa. Características como simplicidade, atoxicidade, baixo custo e eficácia fazem desse recurso terapêutico uma boa opção para intervir em vários tipos de dores crônicas, sendo útil também no combate aos agravos como estresse, ansiedade, artrite e dores de cabeça (SIEGEL e BARROS, 2011, p.1368).

Além da Acupuntura, o uso da Fitoterapia tem sido estimulado e creditado para além da indicação da OMS. No Brasil, existe política específica que norteia para a utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterapia (PNPMF) apresentado no próximo item juntamente com a Acupuntura.

A Acupuntura e a Fitoterapia tem sido duas PIC a despertar maior interesse e receber mais investimentos para o seu desenvolvimento vindos do Ministério da Saúde. Seja por meio da Educação Continuada no SUS, de pesquisas para evidência científica que garantam o seu uso seguro, de arranjos produtivos – no caso das plantas medicinais conforme exposto a seguir.

O Ministério da Saúde em resposta ao edital SCTIE/MS nº 1/2014 apoiou projetos na área de plantas medicinais e fitoterápicos com investimento de sete milhões de reais. Ao todo, dezenove projetos foram selecionados, doze deles relacionam-se à assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos, cinco à estruturação de Arranjos Produtivos Locais (APLs) de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, no âmbito do SUS, e dois para o desenvolvimento e registro sanitário de medicamentos fitoterápicos da Rename (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), por meio de laboratórios públicos (BRASIL, 2014).

Isso mostra que tanto a Acupuntura quanto a Fitoterapia tem sido duas práticas sobressalientes para a Medicina Tradicional e Complementar e para esse estudo que, primeiramente irá abordar a Acupuntura e a seguir irá explorar a Fitoterapia por terem sido eleitas para execução no Projeto PCCI, como mencionado anteriormente.

1.5.1 Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa

A Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da Medicina Tradicional Chinesa (MTC,) a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permite o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças e redução da dor (BRASIL, 2006).

No Ocidente, a partir da segunda metade do século XX, a acupuntura foi incluída na medicina contemporânea e, graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países tanto do Oriente como do Ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos.

Periódicos nacionais e internacionais como Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista da Associação Médica Brasileira, Revista Saúde e Sociedade, Revista Brasileira de Educação Médica, *The Journal of Complementary and Alternative Medicine*, *European Journal of Integrative Medicine*, *BMC Complementary Alternative Medicine*, *Support Care Cancer*, entre outros têm publicado artigos científicos sobre Acupuntura de modo geral.

Busca realizada na base de dados *Scielo*, em 2015 com o descritor *Acupuntura* indicou a publicação de 70 artigos científicos e, na base de dados *PubMed*, com o descritor *Acupuncture Treatment*, foram listados mais de 22.000 artigos, ao restringir a busca com o descritor *Acupuncture Cancer*, a lista ultrapassa 1200 artigos, entre eles destaca-se uma investigação realizada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 2015 que verificou a eficácia da acupuntura na reabilitação das disfunções físicas e funcionais de mulheres submetidas à cirurgia na mama, a maioria era mastectomizada. Os pesquisadores Giron e equipe (2015) concluíram melhora estatisticamente significativa na diminuição da dor, no quadro depressivo, na função do membro superior e na amplitude de movimento.

Admite-se atualmente, que a estimulação de pontos de acupuntura provoque a liberação no sistema nervoso central de neurotransmissores e de outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

A Organização Mundial de Saúde, em 1979, editou uma lista com 41 doenças que apresentaram excelentes resultados com o tratamento de acupuntura. Após vinte e cinco anos de pesquisas em renomadas instituições do mundo, a OMS (2003) publicou o documento *Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials*, no qual expõe os resultados destas pesquisas (NÖTHLICH, 2004).

A OMS (2002) recomenda o uso da acupuntura aos seus Estados-membros, tendo produzido publicações importantes como o documento supra citado⁸ sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como divulgado métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do *National Institute of Health* (NIH, 2011) dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, **náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos**, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras.

Além da acupuntura, a Medicina Tradicional Chinesa inclui ainda práticas corporais (*liangong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan*); práticas mentais (meditação); orientação alimentar e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa) relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1988, por meio da Resolução Nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) teve as suas normas fixadas para o atendimento nos serviços públicos de saúde. Vários conselhos regulamentadores das profissões da saúde reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas unidades federais.

⁸ Disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4926e/s4926e.pdf>

Apesar da técnica da acupuntura ser regulamentada e reconhecida, como já dito anteriormente por diversos Conselhos de Classe, o movimento do Ato Médico construído de modo imperativo e autoritário tem convencido gestores de municípios, como o da cidade de São Paulo à editarem portarias que dão exclusividade aos médicos para o seu uso, contribuindo mais uma vez para a dicotomia entre os médicos e os outros profissionais da saúde. Isto pode ser percebido na matéria veiculada pelo jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) sob o título: “Justiça restringe exercício da acupuntura a profissionais médicos” (Jornal do CREMESP, 2012).

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – a consulta médica em acupuntura sob o código 0701234, o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo País. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram realizadas 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema).

Nos serviços prestados pelo SUS e dados do SIA/SUS, verifica-se que a acupuntura está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais (MS, 2006). No entanto, esse número parece pequeno frente ao número da população atendida pelo SUS.

Diante disso, é necessário repensar à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade (Brasil, 2006). Acredita-se que a discussão da comunicação em saúde pode ajudar na propagação do conhecimento da Acupuntura, na ampliação de sua oferta no SUS, na integração à Medicina Convencional beneficiando usuários e melhorando o custo-efetividade do serviço de saúde.

1.5.2 Plantas Medicinais e Fitoterápicos

As plantas medicinais e seus derivados vêm, há muito, sendo utilizados pela população nos seus cuidados com a saúde (principalmente como recurso terapêutico na Medicina Tradicional Indígena e Quilombola e entre os demais povos e comunidades tradicionais), bem como na prática popular da sociedade civil, seja a partir do conhecimento popular transmitido oralmente entre gerações ou mais recentemente nos serviços públicos de saúde, como prática complementar de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2006).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde reconheceu oficialmente o uso de fitoterápicos. A Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata realizadas em Genebra, no ano de 1978, estimulou esse feito ao considerar urgente a necessidade de ação por parte dos governos, dos profissionais da área da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial proteger e promover a saúde da população. Nessa Conferência foi recomendado aos estados-membros a formulação de políticas e regulamentações nacionais concernentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada, como também buscar possibilidades para incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde visando facilitar a integração da medicina tradicional e da medicina complementar alternativa promovendo o uso racional dessa integração nos sistemas nacionais de saúde (BRASIL, 2006c, p.11).

No Brasil, a proposta da política de plantas medicinais e fitoterápicos do Ministério da Saúde, em 1981 orienta por meio da Portaria nº 212, de 11 de setembro, no item 2.4.3.: o estudo das plantas medicinais como uma das prioridades de investigação clínica no país (BRASIL, 2001). Em 2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas (PNPMF) foi aprovada juntamente com as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB), de Promoção da Saúde (PNPS) e de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) já mencionadas.

Rico em biodiversidade, o país possui potencial e oportunidades para desenvolvimento deste setor. Além do conhecimento tradicional associado às plantas medicinais, da tradição de uso pela população, da vastidão de espécies vegetais e da grande sociodiversidade, o país tem infraestrutura tecnológica para desenvolvimento de produtos advindos deste patrimônio natural . Esses fatores contribuem para a ampliação do acesso da população à serviços e produtos e para a redução da dependência tecnológica de insumos farmacêuticos (BRASIL, 2006c).

A ampliação das opções terapêuticas ofertadas aos usuários do SUS, que garantam fornecimento de plantas medicinais, fitoterápicos e serviços com segurança, eficácia e qualidade é importante estratégia para a melhoria da atenção à saúde da população e para a inclusão social por oferecer alternativa de tratamento a baixo custo, com resultados satisfatórios e menores efeitos colaterais.

Outro aspecto importante a ser considerado é levar em conta quem planta e onde se produz esses medicamentos. Nesse contexto, a PNPMF enfatiza a importância do governo federal incentivar e tratar como uma das prioridades a agricultura familiar (BRASIL, 2006c). A disponibilidade de terra e trabalho aparece na política como uma vantagem para o cultivo das plantas medicinais, assim como contar com os conhecimentos tradicionais passados de geração à geração, além da experiência acumulada na relação com a biodiversidade, com as práticas agroecológicas voltadas ao atendimento dos mercados locais e regionais, o potencial de agregação de valor e renda nas cadeias e nos arranjos produtivos de plantas medicinais e fitoterápicos. Este último, também considerado estratégia fundamental para garantir insumos e produtos para a ampliação dos mercados e melhor distribuição da riqueza gerada nessas cadeias.

Além disso, mais uma estratégia proposta na PNPMF a partir da atenção às cadeias e arranjos produtivos é a inclusão social das comunidades que as integram como programas de transferência de renda, de combate ao trabalho infantil e de segurança alimentar (BRASIL, 2006c).

Assim, com este propósito e com vistas à normatização das ações/serviços ofertados na rede pública e atendendo à demanda da Organização Mundial de Saúde e da sociedade brasileira, nas últimas décadas houveram iniciativas importantes compiladas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS). Foram desenvolvidas políticas, programas, regulamentos e recomendações em diferentes fóruns, nas três instâncias de governo que merecem destaque a seguir (BRASIL, 2008).

Primeiramente o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais (PPPM) da Central de Medicamentos (CEME) do Ministério da Saúde, vigente entre 1982 e 1997 que investigou 55 espécies de plantas medicinais com o objetivo, entre outros, de “desenvolver uma terapêutica alternativa e complementar, embasada cientificamente e para o estabelecimento de medicamentos fitoterápicos originados a partir da determinação do real valor farmacológico de preparações de uso popular, à base de plantas medicinais”.

Também a Resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN Nº 08 de 08/03/88, a qual regulamentou a prática de Fitoterapia nos serviços de saúde, assim como criou procedimentos e rotinas nas Unidades Assistenciais Médicas.

Outra ação foram as recomendações das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e de Seminários Nacionais sobre Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Considerada um marco, a 8ª CNS destaca-se das demais; entretanto o reforço à oferta, uso e pesquisa acerca das plantas medicinais e fitoterápicos aparece apenas na 10ª, 13ª e 14ª CNS. Nessa última fez-se moção à ampliação de recursos no setor farmacêutico para maior fornecimento de fitoterápicos.

Não se pode deixar de mencionar também as diferentes políticas homologadas: a própria Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (2006); a Portaria Nº 2982/GM, do Ministério da Saúde, de 26 de novembro de 2009, que aprovou as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e definiu o Elenco de Referência de medicamentos e insumos complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica; a Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010, que instituiu a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e por fim, mas não menos importante, a Portaria GM 1.102, de 12 de maio de 2010 que constituiu a Comissão Técnica e Multidisciplinar de elaboração e atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – COMAFITO.

As diretrizes para uso das Plantas Medicinais e Fitoterapia no SUS, também fazem parte da PNPIC e foram elaboradas baseando-se, principalmente, nas experiências presentes na rede pública e na regulamentação para o setor e seguindo a fitoterapia ocidental, a qual é descrita na Política como “uma terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (BRASIL, 2006b, p.66). Em virtude da quase totalidade dos programas existentes no país seguirem este modelo, uma política acaba potencializando a outra.

As discussões sobre a formulação das diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia na PNPIC demandaram ações que extrapolavam o setor saúde, culminando na instituição de Grupo de Trabalho Interministerial, responsável pela elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), aprovada por Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que traz normas para desenvolvimento de toda cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Essa política teve como objetivo garantir à população brasileira o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

As ações e responsabilidades institucionais para implantação das diretrizes da PNPMF foram consolidadas na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada em 09 de dezembro de 2008, por meio da Portaria Interministerial nº 2.960, que também criou o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, grupo técnico interministerial formado por representantes do governo e dos diferentes setores da sociedade civil, para monitoramento e avaliação da implantação da Política Nacional.

As Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e de Plantas Medicinais e Fitoterápicos trouxeram grandes avanços, entre outros, para a saúde no país, por terem sido normatizadas e institucionalizadas a partir das experiências com plantas medicinais e fitoterapia na rede pública, e como indutor de políticas, programas e legislação nas três instâncias de governo, fato comprovado pelo aumento significativo de ações, programas e políticas nos estados e municípios brasileiros.

O fato da Acupuntura fazer parte do escopo de práticas contempladas pela PNPIC contribui para o reconhecimento do potencial terapêutico que ela possui para tratar diversos agravos, entre eles o câncer.

O câncer é hoje uma das principais preocupações da agenda global de saúde. A comunicação e a informação têm papel fundamental para diminuir a incidência da doença, ampliando o conhecimento técnico-científico e potencializando ações que visam à promoção da saúde, à prevenção e detecção precoce da doença, e ao atendimento com qualidade ao paciente. A comunicação e informação são recursos estratégicos para a interação e troca de informações entre as instituições, comunidades e indivíduos (INCA, 2015).

1.6 SOBRE O CÂNCER

O câncer é um termo genérico para um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Segundo definição publicada no site do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2015), “câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos”. Outros termos utilizados são tumores malignos e neoplasias.

Considerada uma das doenças degenerativas mais complexas pela dificuldade, muitas vezes de diagnosticar e oferecer tratamento que não garante a cura tornando o nível de incidência elevado no mundo (184 países)⁹, o câncer tem sido responsável por 2,7% das mortes contra 12,9% causadas por doença cardíaca isquêmica. Todavia, é uma das doenças que representa um grande número de mortes no contexto global sendo uma das doenças que a saúde pública mais se ocupa, como declaram Giron e equipe (2015, p.1) “o câncer é um problema de saúde pública mundial e sua incidência aumentou 20% na última década”.

Apesar de estar em sétimo lugar no ranking mundial, o câncer de pulmão – o de maior incidência – está associado, principalmente ao uso do tabaco, assim como as doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral (11,4%) e doença pulmonar obstrutiva crônica (5,9%) que lideram esse ranking (WHO, 2013).

E, embora esses índices sejam alarmantes, eles não mostram uma tendência completamente nova lembrando que esclarecer alguns mal-entendidos para a população é algo que precisa ser feito com urgência, por exemplo, a informação de que o câncer é uma doença incurável gera medo e impedimentos para discussões significativas sobre a doença, o que tem levado a uma falta de conhecimento médico adequado e conseqüentemente à uma falha na detecção precoce (SCMP, 2014).

⁹GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012- Project of World Health Organization (WHO).

No Brasil, de acordo com as estimativas bienais do Instituto Nacional do Câncer, o Brasil tem 576 mil casos de câncer por ano. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) é o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil) (INCA, 2014).

No site do INCA¹⁰, é possível acessar a sessão “Ações de Controle do Câncer” e a partir dela obter informações pertinentes à promoção da saúde, à prevenção, à detecção precoce, ao tratamento e aos cuidados paliativos no Brasil.

No item da Promoção da Saúde, menciona-se a importância das ações intersetoriais que promovam o acesso da população às informações sobre a doença de forma clara, consistente e culturalmente apropriada desenvolvendo assim ações de informação e comunicação em saúde que possam também servir de subsídio aos gestores para o planejamento das suas atividades, como tem sido feito, por exemplo, por meio de distribuição de folheto informativo e de um programa de rádio.

O Relatório Mundial do Câncer da OMS (RYAN, 2014) também alertou os países dos continentes asiático e africano e as Américas Central e do Sul a tomar medidas preventivas eficazes, já que apesar de está previsto o aumento dos casos de câncer em todo o mundo com o aumento do crescimento e envelhecimento da população, esses continentes onde se encontram países ainda em desenvolvimento tendem a ser os mais afetados. Os fatores que contribuem para isso, tem sido os limitados recursos disponíveis para o diagnóstico e tratamento adequado.

¹⁰ Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>

No Brasil, dados do Ministério da Saúde mostram que homens morrem mais de problemas cardíacos e o câncer atinge mais as mulheres. Nelas, o câncer de mama é o que apresenta maior incidência na população feminina no Brasil e no mundo, com exceção aos casos de câncer de pele não melanoma. O controle do câncer de mama foi reafirmado como prioridade no plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento. Isso tem impulsionado a criação de programas, campanhas e ações de controle do câncer, desde 2011, o que acabou fortalecendo as políticas públicas desenvolvidas nesta área desde os anos 1980 (INCA, 2015).

Portanto, programas e campanhas voltados à prevenção e ao diagnóstico precoce tem sido as diretrizes utilizadas pelo INCA e mostram o papel e as ações desenvolvidas no controle e tratamento do câncer de mama. O objetivo é poder oferecer aos gestores e aos profissionais de saúde contribuições para o avanço do planejamento das ações de controle, no contexto da atenção integral à saúde da mulher e da Estratégia de Saúde da Família.

Para fomentar um efetivo controle do câncer de mama, destaca-se a importância de ações intersetoriais que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física. A redução das dificuldades de acesso aos serviços de saúde para o alcance da cobertura adequada da população-alvo no rastreamento é também componente estratégico que requer a qualificação contínua do Sistema Único de Saúde. O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis.

O INCA também tem ampliado as ações de informação e comunicação em saúde para que sirvam de subsídio aos gestores no planejamento das suas atividades. O folheto informativo intitulado “A Informação pode Salvar Vidas” e um programa da Rádio INCA cujo propósito é divulgar informações sobre prevenção e detecção precoce de câncer para a população. A rádio disponibiliza o conteúdo para *download* para ser utilizado livremente por rádios comunitárias e outros meios de reprodução, sendo esses exemplos deste tipo de ações.

O tratamento da doença tem sido feito por meio de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea, sendo que em muitos casos, a combinação entre estas modalidades acaba sendo necessária (INCA, 2015).

No início do primeiro semestre de 2015, o Ministério da Saúde destinou R\$ 4,8 milhões para hospitais universitários que dispostos a oferecer atendimento oncológico. Esse recurso permitiu a ampliação dos serviços de oncologia e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), além de outras ações para melhoria do atendimento realizado em cinco hospitais universitários, localizados em Santa Cruz (RN), Fortaleza (CE), Teresina (PI), Dourados (MT) e Rio Grande (RS). Este recurso faz parte das ações do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), desenvolvido e financiado em parceria com o Ministério da Educação.

Em outra perspectiva, a visão multidimensional do processo saúde-doença, leva em conta a complexidade e demanda uma visão de saúde que a compreenda a partir dos aspectos psicológicos, emocionais, sociais, ambientais e espirituais para além da biologia. Desta forma o tratamento abarcaria a multidimensionalidade do ser humano e disponibilizaria o cuidado integral, ao invés de tentar combater a doença e agir somente sobre os sintomas. Como está presente em outras racionalidades médicas, embora para alguns autores, como Capra é preciso preservar a cultura de cada medicina.

Capra (2006) alerta para o cuidado ao se comparar sistemas médicos de diferentes culturas pois todo sistema de assistência à saúde, inclusive a medicina moderna ocidental, é um produto de sua história dentro de um determinado contexto social, ambiental e cultural. Exigindo com isso, que a mudança ao modo de tratar a saúde acompanhe as mudanças ocorridas na sociedade.

Barros e Leite-Mor (2012) detectam uma crise em diversas dimensões da medicina com base na biomedicina que não comporta a subjetividade expressa no campo da saúde e utiliza-se de poucos recursos efetivos para operar de modo subjetivo e complexo. Por isso, a emergência ou o resgate de novas práticas e racionalidades médicas não pode mais ser ignorados. A importância da integralidade¹¹ contida nos saber tradicional clama, na área da saúde por uma reintegração com o saber moderno.

¹¹ Princípio do SUS que preconize atendimento de forma integral a todo e qualquer tipo de doença.

Capra (2006) alerta que Hipócrates reconheceu as forças curativas advindas dos organismos vivos a qual chamou 'o poder curativo da natureza' intrínseco nos processos de cura. "A saúde, de acordo com os escritos hipocráticos, requer um estado de equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e os vários componentes da natureza humana" (CAPRA, 2006, p. 305).

Azevedo e Pelicioni (2011) entendem que a saúde é percebida como resultado de um produto amplamente multifatorial. O aspecto ambiental, físico, social, político, econômico e cultural estão, para estas autoras, fortemente relacionados com os condicionantes e determinantes, que podem sofrer mudanças ao longo do tempo propiciando melhor qualidade de vida.

Em concordância com as autoras supra citadas, Morin (2005), entende que a saúde também é produto do que ocorre na sociedade, por isso não pode ser considerada puro reflexo do aspecto biológico, físico, mas resultado de uma produção cultural, intelectual, ecológica, na qual os progressos dependem dos avanços da sociedade e das técnicas de observação/experimentação produzidas por ela. Portanto,

é necessário enraizar o conhecimento físico, e igualmente biológico, numa cultura, numa sociedade, numa história, numa humanidade. A partir daí, cria-se a possibilidade de comunicação entre as ciências, e a ciência transdisciplinar é a que poderá desenvolver-se a partir dessas comunicações (...) é a comunicação com base no pensamento complexo (MORIN, 2005, p.139-140).

Outra perspectiva importante da Promoção da Saúde é a noção de intersetorialidade, componente essencial para comunicação em saúde pois permite e amplia não apenas o comprometimento entre os trabalhadores da saúde, os usuários e o território em que se encontram, mas estimula a corresponsabilidade ajudando a modificar os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde. “Uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias”, o envolvimento e a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros acabam também, sendo imprescindíveis (BRASIL, 2006, p.17).

Tal envolvimento leva ao setor saúde o inevitável desafio de construir a intersetorialidade, “como articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de coresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006).

A intersetorialidade torna-se cada vez mais necessária no campo da saúde. O ideário da Promoção da Saúde ao preconizar ações para promover a intersetorialidade corrobora para que a produção de saúde não só aconteça, mas também possibilita o envolvimento de diversos setores da sociedade e estimula a participação da população considerando-a fundamental nesse processo transdisciplinar.

Para Chiesa (2015), a participação da população é essencial na realização de ações intersetoriais e transdisciplinares para que o modelo de saúde paternalista, coercitivos e normatizadores que tem dominado os vários segmentos da sociedade deixe de ser reproduzido.

Por tudo que foi apresentado até aqui, percebe-se que a formação em saúde precisa ampliar o campo do conhecimento de forma a atender a complexidade inerente ao ser humano. Para isso, ele precisa ser visto na sua totalidade e quando um agravo à sua saúde acontecer, o mesmo ser tratado levando em conta todas as suas dimensões com base nas PIC e nos recursos da Naturologia. A seguir, será apresentado o projeto que impulsionou a parte empírica dessa tese . Como supramencionado ambos – a tese e o projeto- têm em comum o interesse do tratamento do câncer por meio das práticas integrativas e complementares .

1.7 SOBRE O PROJETO: A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO INTEGRATIVO (PCCI)

Como já apresentado na Introdução, a presente pesquisa pode ser considerada subprojeto do PCCI, ou seja um desdobramento do estudo de pós doutorado da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), realizado entre 2012 e 2013.

Tal estudo, denominado Projeto da Construção do Cuidado Integrativo (PCCI) teve como objetivo identificar as percepções da equipe do Serviço de Oncologia do Hospital de Clínicas da Unicamp/SP sobre o cuidado terapêutico para pacientes com câncer, com base em práticas integrativas e complementares, a fim de criar condições para construir, implantar e avaliar proposta de cuidados integrativos dessa enfermidade no SUS.

Buscou-se ainda, desenvolver a partir do Projeto (PCCI) o modelo da oncologia integrativa¹² para promover de maneira geral ações diretas de cuidado tanto nas práticas de saúde coletiva quanto na gestão dos serviços, bem como ações voltadas para o acolhimento, a criação de vínculo, integralidade do cuidado abrangendo a multidimensionalidade do ser humano. Além disso, a redução do uso de medicamentos, da diminuição no número de consultas, o desenvolvimento do autoconhecimento e autonomia dos usuários também foram finalidades consideradas pelo Projeto (PCCI).

Barros (2010) argumenta que em relação às dificuldades de integração das PIC, vários trabalhos observaram obstáculos de ordem econômica, legal, comunicacional, falta de formação em PIC, diferenças de percepções em relação ao cuidado e limitada informação sobre resultados e experiências com as práticas de saúde não convencionais.

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) que foram elencadas para serem executadas no Projeto (PCCI) decorreram de entrevistas previamente realizadas com a equipe do Setor de Oncologia médicos e não médicos. Entre as PIC aceitas por eles, definiu-se que a Acupuntura, a Fitoterapia e o Reiki seriam as práticas escolhidas.

Antes do convite ser feito aos usuários portadores de neoplasia em tratamento quimioterápico, a pós-doutoranda (P1) da UNICAMP e principal pesquisadora do Projeto PCCI realizou uma seleção a partir dos prontuários disponibilizados pelo setor de Oncologia do HC de Campinas.

¹² Ramo da Medicina Integrativa (MI) que integra à medicina convencional as práticas complementares, com evidências positivas, classificadas em: práticas baseadas na biologia, técnicas mente-corpo, práticas de manipulação corporal, terapias energéticas e sistemas médicos tradicionais (Siegel e Barros, 2013).

Depois da seleção para participar da pesquisa em grupo pré-estabelecido da Acupuntura ou da Fitoterapia foram dadas informações básicas sobre as práticas e posteriormente, já no ambiente hospitalar, mais precisamente na sala da quimioterapia foram fornecidas informações mais detalhadas.

Os grupos para Acupuntura e Fitoterapia e o grupo controle foram formados aleatoriamente. A partir daí, o convite para participação na pesquisa foi feito, principalmente por telefone pela pós-doutoranda (P1) dizendo que a pessoa havia sido selecionada. Em um ou outro caso, o acupunturista (P2) realizou o convite diretamente aos usuários na sala da quimioterapia do hospital e mencionou que alguns dos enfermeiros também faziam alguma indicação ou convite por conhecerem melhor os usuários e as queixas que relatavam.

Em 2014, os resultados obtidos com o Projeto (PCCI) foram publicados no periódico *European Journal of Integrative Medicine*¹³. Todavia, o resumo do Projeto encontra-se no Anexo 4.

Vale ressaltar que um dos obstáculos que representavam parte das dificuldades e dos desafios na implementação do cuidado integrativo identificados pelos pesquisadores envolvidos no Projeto (PCCI) deu-se na perspectiva da comunicação. Nesse sentido, investigar o processo comunicacional entre os profissionais de saúde que desenvolvem práticas convencionais, os profissionais de saúde especialistas em PIC e os usuários do Serviço mostra a importância em realizar-se mais estudos com o tema voltado à esta problemática.

¹³ Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187638201400362X>

Diante desses empecilhos, considerou-se essencial conhecer como ocorreu o processo comunicacional da Acupuntura e da Fitoterapia no Projeto da Construção do Cuidado Integrativo (PCCI) para usuários portadores de neoplasias em tratamento no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, na cidade de Campinas/SP. Essa questão é o foco do estudo empírico dessa tese.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar o processo de comunicação entre profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) participantes do Projeto de Construção do Cuidado Integrativo (PCCI).

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar que tipo de informação foi produzida para a realização dos atendimentos com Acupuntura e Fitoterapia pelos profissionais de saúde envolvidos no Projeto PCCI;
2. Conhecer as opiniões sobre as informações fornecidas pelos profissionais de saúde do PCCI e as necessidades ou não de aprofundar os conhecimentos sobre a Acupuntura e a fitoterapia;
3. Analisar as opiniões e os benefícios relatados com a prática da Acupuntura e da fitoterapia;
4. Caracterizar os usuários e os profissionais de saúde em termos de gênero, faixa etária e grau de escolaridade.

3. CENÁRIO DA PESQUISA

A presente pesquisa ocorreu no segundo semestre de 2012 entre os usuários atendidos pela equipe multidisciplinar do Projeto Construção do Cuidado Integrativo(PCCI) realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) no município de Campinas, São Paulo e com os profissionais de saúde participantes da equipe.

O Hospital em questão tem como missão: “ser um hospital de referência e excelência, prestando assistência complexa e hierarquizada, formando e qualificando recursos humanos, produzindo conhecimento, atuando no sistema de saúde e valorizando os princípios de humanização com racionalização de recursos e otimização de resultados”. Cabe ao HC da Unicamp prestar assistência médico-hospitalar universal, como referência; proporcionar meios para o desenvolvimento da pesquisa científica e colaborar para o exercício da medicina preventiva e educação sanitária da comunidade e tem como objetivo a promoção do ensino, da pesquisa e da assistência servindo, há 20 anos de campo de ensino e treinamento a residentes e estudantes dos cursos de graduação e pós-graduação de medicina e enfermagem da FCM/UNICAMP e de outras instituições.¹⁴

¹⁴ HC/UNICAMP Disponível em <http://www.hc.unicamp.br/node/177> Acesso em: 03.01.2015

Esta instituição de saúde trabalha unindo conhecimento, capacidade profissional e tecnologia ao profundo respeito à vida e ao ser humano. É o trabalho de cerca de 3100 funcionários que fazem com que o HC da Unicamp permaneça entre os mais importantes do país, oferecendo procedimentos de alta complexidade e atendimento multidisciplinar, focado no paciente. Atualmente, o hospital oferece 44 especialidades, inclusive a de Oncologia além dos atendimentos de urgência e de emergência. Não existe ainda nenhum tipo de programa que ofereça as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) ou outras Racionalidades Médicas para usuários e colaboradores do hospital.¹⁵

¹⁵ Hospital de clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

4. METODOLOGIA

Esse estudo tem por base a pesquisa qualitativa, cada vez mais utilizada no campo da saúde pública. Ao introduzir a cultura nos determinantes da condição de saúde das pessoas, a abordagem qualitativa além de ampliar a visão da realidade social também permite articular com ela. “A cultura não é apenas um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário” (MINAYO, 2008, p.31).

Para essa filósofa da saúde, a pesquisa qualitativa dispõe de técnicas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inseparáveis aos atos, às relações e às composições sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas. A pesquisa qualitativa tem por objetivo alcançar uma compreensão acerca da lógica interna de um grupo, das instituições e dos atores quanto aos valores culturais e representações da sua história; das relações entre os indivíduos, organizações e movimentos sociais levando em conta, também os processos históricos e políticos como parte do contexto social em que vivem os sujeitos.

Nos últimos anos, felizmente, muitas pesquisas vem apostando na chamada perspectiva hermenêutico-dialética, na esteira de Habermas e de Gadamer contribuindo para que se contextualizem de forma crítica a história e a linguagem dos problemas de saúde e das práticas sociais da área (MINAYO, 2008, p. 26).

Schwandt (2006) acredita que as epistemologias interpretativistas podem ser retratadas como hermenêuticas, pois essa visão emprega a noção familiar do círculo da hermenêutica, discutido por Geertz (1979) e citado por Schwandt (2006, p.197) “como método único para as ciências humanas”, na qual para entender uma parte, o pesquisador precisa entender o todo, ou seja o emaranhado de intenções, crenças, anseios ou o texto, o contexto institucional, a prática, a forma de vida, o jogo de linguagem, termo usado por Wittgenstein e Winch (1958) referido por Schwandt (2006, p.204). O autor também elucida sobre o construcionismo social, pelo qual os indivíduos não encontram ou descobrem o conhecimento tanto quanto conseguem construí-lo. Assim, inventam-se conceitos, modelos e esquemas para entender uma experiência e em seguida avalia-se e modificam-se essas construções sob a perspectiva de uma nova experiência. Nessa conjuntura é possível compreender que “o mundo (...) forma-se de uma maneira ou de outra à medida que as pessoas o discutem, o escrevem e o contestam” (POTTER, 1996, p.98 citado por SCHWANDT, 2006, p.201).

As ideias centrais que norteiam a pesquisa qualitativa diferem daquelas da pesquisa quantitativa; os diferentes pontos de vista e práticas no campo são levados em consideração ao invés do isolamento e da identificação das variáveis já que grande parte dos fenômenos não pode ser explicada desta forma que por vezes, são consequência da complexidade de uma realidade (FLICK, 2009).

Para este autor, as diferenças são decorrentes das diversas perspectivas e contextos sociais a eles relacionados e a pesquisa qualitativa, ao considerar como aspectos essenciais à sua prática a apropriabilidade de métodos e teorias, o conhecimento dos participantes e sua diversidade, a flexibilidade do pesquisador e a variedade de abordagens e métodos atende à intersubjetividade e complexidade dos fenômenos.

De fato, Vigostky (1991) compactua com o pensamento de Flick ao afirmar que abordar um problema científico de forma diferente, basicamente nova, convida inevitavelmente a ciência a definir novos métodos de investigação e de análise. “A criação de novos métodos, adequados às novas maneiras de se colocar os problemas, requer muito mais do que uma simples modificação dos métodos previamente aceitos” (VIGOSTKY, 1991, p. 41), ou seja métodos que permitam lidar com a subjetividade e a complexidade existentes no campo da saúde e da ciência, questões essas que divergem da pesquisa quantitativa.

Nessa perspectiva, Denzin e Lincoln (2006) ao citarem Becker (1996) revelam que a pesquisa qualitativa diverge da pesquisa quantitativa em cinco aspectos significativos que giram em torno de diferentes formas de abordar o mesmo conjunto de questões que, ao final retornam à política da pesquisa e a quem tem o poder de legislar as soluções dos problemas.

Para estes autores, diferentes aspectos significativos de divergência podem ser levantados. Primeiramente o uso do positivismo e do pós-positivismo no sentido de que estas duas tradições defendem posturas realistas críticas e ingênuas que dizem respeito à realidade e à sua percepção; enquanto na versão positivista afirma-se que existe uma realidade lá fora para ser investigada, capturada e compreendida, na versão pós-positivista a realidade nunca pode ser plenamente apreendida, apenas aproximada.

Os autores também citam a importância da aceitação das sensibilidades pós modernas na perspectiva qualitativa sobretudo, ao considerar os métodos alternativos incluindo a verossimilhança, a emocionalidade, a responsabilidade pessoal, uma ética do cuidar, a práxis política, os textos de múltiplas vozes e os diálogos com sujeitos, rejeitam-se os métodos positivistas, considerados apenas como uma forma de contar histórias sobre a sociedade ou o mundo social e reprodutores de um certo tipo de ciência que acaba por silenciar um enorme número de vozes.

Outro aspecto seria a pesquisa qualitativa como uma forma mais efetiva de captar o ponto de vista do indivíduo, que visa aproximar-se da perspectiva do ator por meio da entrevista e da observação detalhada na abordagem qualitativa.

Mais uma dimensão levantada pelos autores seria a possibilidade de fazer um exame das limitações do cotidiano pois para os pesquisadores qualitativos é mais provável enfrentar e deparar-se com as limitações do mundo social cotidiano por verem esse mundo em ação e nele acoplarem suas descobertas. Nesse caso, pesquisadores quantitativos desviam a atenção desse mundo ao buscarem uma ciência nomotética ou ética baseada em probabilidades resultantes do estudo de grandes números de casos selecionados aleatoriamente, o que não acontece com pesquisadores qualitativos que tem o compromisso com uma postura baseada em casos, escrita ideográfica, êmica direcionando a atenção para os aspectos específicos de determinados casos.

Por fim, os autores destacam a garantia da riqueza das descrições na pesquisa qualitativa na qual as descrições ricas do mundo social são mais valorizadas.

Ao analisar tais perspectivas os mesmos autores reconhecem que “nenhum método é capaz de compreender todas as variações sutis na experiência humana contínua”. Porém enaltecem a pesquisa qualitativa por considerar que, “(...) os pesquisadores qualitativos empregam efetivamente uma ampla variedade de métodos interpretativos interligados, sempre em busca de melhores formas de tornar mais compreensíveis os mundos da experiência que estudam” (DENZIN e LINCOLN, 2006, p.33, tradução da autora).

Para Morse (2012), as técnicas de investigação são a essência do inquérito na pesquisa qualitativa em saúde e nelas incluem-se partes da vida das pessoas que talvez, nunca tenham sido ditas a outra pessoa ou que não tenha sido previamente dado a ela o privilégio de contar toda a sua história de uma vez. Enquanto a história de um pode revelar muito dos outros, muitas vezes é também uma revelação para os próprios participantes de uma determinada investigação. Pesquisa qualitativa em saúde “é uma abordagem de pesquisa para explorar a saúde e a doença, como estes são percebidos pela própria pessoa, em vez de partir da perspectiva dos pesquisadores” (MORSE, 2012, p.21, tradução da autora).

Considerada metodologicamente compreensiva, a abordagem qualitativa busca compreender a lógica social de cada ator. Ela apresenta a condição de mostrar a ambivalência da maioria das realidades sociais melhor do que tem sido feito por abordagens estatísticas (ALAMI e col., 2010).

Segundo Denzin e Lincoln (2006), o trabalho de pesquisa que se define como qualitativo deve levar em conta a complexidade histórica do campo, o contexto do objeto pesquisado e a experiência vivida. Para eles, os “Investigadores qualitativos tencionam a natureza socialmente construída da realidade, a relação íntima entre o pesquisador e o que é estudado, e os constrangimentos situacionais que formatam a pesquisa. Tais pesquisadores enfatizam a natureza intrinsecamente valorativa da pesquisa” (DENZIN & LINCOLN, 2005, p.10).

Esses autores assumem que a palavra qualitativa torna proeminentes as qualidades das entidades, os processos e os significados que não são examinados ou aferidos experimentalmente em termos de quantidade, quantia, intensidade ou frequência ressaltando que a competência da pesquisa qualitativa é a realidade socialmente construída.

Na pesquisa qualitativa o foco está no sujeito, em suas experiências, sentimentos, emoções e comportamento de acordo com a conceituação de Morse (2012) o que converge a um dos objetivos da Promoção da Saúde, o fortalecimento das pessoas enquanto sujeitos sociais de modo a serem proativos na melhoria de suas condições de vida. Por isso, o uso de estratégias de pesquisas qualitativas pode contribuir para que esse processo aconteça pois são abordagens “capazes de promover a construção e reconstrução de conhecimentos de forma dialógica, a partir de uma reflexão crítica da realidade local com vistas à sua transformação” (PELICIONI e col., 2015, p.97).

Apesar da valorização dada ao sujeito na pesquisa qualitativa, Denzin e Lincoln (2005) consideram as duas abordagens, a quantitativa e a qualitativa usadas para a ciência. Com isso, os autores alertam para a questão do poder e da colonização existente em ambas ao dizerem que:

a pesquisa qualitativa, em muitos formatos (observação, participação, entrevista, etnografia), serve como uma metáfora para o conhecimento, o poder e a verdade colonial. A metáfora funciona desta maneira. Pesquisa - quantitativa e qualitativa - é ciência. A pesquisa nos dá o fundamental para o informe e a representação do "outro" (DENZIN & LINCOLN, 2005, p.1).

As pesquisas científicas que não buscam resultados quantitativos, geralmente implicam no desafio de acompanhar, investigar e avaliar os encontros e desencontros produzidos pelos cuidados em saúde entre sujeitos e este parece ser o elemento que acaba por aproximar boa parte dos estudiosos em pesquisa qualitativa, onde a ênfase se dá na participação dos atores envolvidos nas ações em saúde, no processo de avaliação e pesquisa, sendo incorporadas suas demandas, valores, sentidos, desejos e conflitos emergentes no ato de pesquisar (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Para garantir que processos de avaliação aconteçam, na opinião de Akerman (2002, p. 644) é preciso adotar mecanismos que favoreçam a participação das pessoas que tenham interesse na avaliação e que "facilitem dinâmicas de compartilhamento de histórias, visões de futuro e pactuação em torno de objetivos, metas e indicadores, para que se conforme uma cultura avaliativa baseada no contexto local".

Vista dessa maneira, a abordagem qualitativa ressalta a diversidade das ocorrências que um fato social recobre, pretendendo não apenas propor uma resposta metodológica que resolva o problema, mas ser capaz de permitir uma apropriação social e sua eventual reinterpretação na dinâmica social efetiva dos atores em questão (ALAMI e col., 2010).

De acordo com Latour e Woolgar (1997), a escolha pelo qualitativo, num contexto específico, pode ser denominada método realista, no sentido de produzir a realidade; portanto, uma verdade que dependerá da forma como esta será recebida pelos atores, a partir da própria dinâmica social onde estão inseridos.

Sendo a abordagem qualitativa derivada do pensamento compreensivista de Weber e hermenêutico de Gadamer, preocupa-se em compreender e interpretar a ação social, no sentido de incluir o comportamento humano na atribuição de um significado subjetivo. Desta forma, tal abordagem considera a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores (MINAYO e col., 2010).

Para Ferigato e Carvalho (2011), a pesquisa qualitativa indica que a metodologia científica não se restringe apenas ao planejamento e execução de um trabalho científico, mas pode se constituir como um poderoso instrumento de análise crítica da produção de conhecimento.

Gil e col.. (2006) apresentam algumas situações de investigação em saúde, nas quais são potentes os usos de pesquisas qualitativas, entre elas, podemos citar: a) situações em que se pretendem explicar fenômenos que ocorrem em situações muito complexas ou singulares (como os estudos de caso, por exemplo); b) situações em que o pesquisador tem uma percepção acerca do papel da ciência e da produção do conhecimento voltadas para a compreensão do cotidiano e para as transformações sociais das práticas do cuidado (como, por exemplo, as pesquisas formalmente interventivas); c) situações de pesquisas exploratórias, nas quais não se imagina chegar a uma resposta definitiva para o problema (levando em consideração a flexibilidade e particularidade da metodologia).

O pesquisador deve estar aberto para o encontro entre diferentes saberes, permitindo com isso, a troca e a construção coletiva de respostas aos problemas de saúde. Deve estar sempre atento às necessidades político-pedagógicas das equipes e promover projetos capazes de tecer conhecimentos e estratégias para gestão do SUS. Neste sentido, deve atuar na produção de subjetividades autônomas, participativas e solidárias (NESPOLI; RIBEIRO, 2011).

Para Andrade e col. (2012) a metodologia participativa tende a ser mais solidária porque permite maior apropriação por parte dos atores sobre o contexto ao qual pertencem, além de contribuir para uma formação política numa perspectiva freiriana. Assim, esta escolha metodológica acaba por favorecer o processo de educação em saúde por estar relacionada ao ideário da Promoção porque busca estabelecer um diálogo entre as instituições e seus paradigmas hegemônicos e os usuários dos Serviços de Saúde promovendo uma ação política, bem como a autonomia e conseqüentemente alcançando a educação em saúde.

Para a abordagem qualitativa foi utilizada uma metodologia de investigação participante. Embora semelhante à investigação-ação, considerou-se para este estudo suas diferenças teóricas e práticas. Enquanto a investigação-ação concebe intervenções sociais que envolvem o pesquisador e os participantes, devendo estes últimos ser representativos do processo que visam transformar, na investigação participante incluem-se pessoas leigas, representativas de situações a serem transformadas, sem a necessidade de estarem vinculadas a uma ação direta (THIOLLENT, 2011; MINAYO e col., 2010).

Além disso, foi utilizada a técnica de saturação para o fechamento da amostra referente à população entrevistada. Fontanella e colaboradores (2008) afirmam que o conceito de saturação teórica é amplamente utilizado em pesquisas qualitativas na área da saúde, entre outras. Sendo este tipo de recurso utilizado para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo assim, a captação de novos componentes a fim de evitar a redundância de informações. Isso permitiu melhor organização da captação dos dados com a participação dos sujeitos e a ruptura necessária para alcançar os objetivos deste estudo.

Deste modo, além de aprofundar a pesquisa desta autora iniciada no Mestrado em Saúde Pública da FSP/USP, esse estudo poderá contribuir para a Educação e Promoção da Saúde dos pacientes com câncer utilizando-se como estratégia a comunicação eficiente de um serviço de saúde que oferece atendimento por meio das práticas integrativas e complementares (PIC) para os usuários, buscando com isso envolver diversos atores na ampliação da visão sistêmica da área da saúde. Essa participação obrigatoriamente crítica e transformadora poderá contribuir para a superação da hegemonia do paradigma biológico.

4.1 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Usuários do SUS em tratamento no HC/UNICAMP e os profissionais de saúde que constituem a equipe multidisciplinar do Projeto Construção do Cuidado Integrativo – PCCI desenvolvido de 2012 à 2013.

Esta pesquisa foi realizada com 11 usuários do SUS em tratamento de câncer no Hospital de Clínicas em Campinas/SP que participaram como voluntários do Projeto de Construção do Cuidado Integrativo (PCCI) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e com 3 profissionais da saúde, um acupunturista, uma farmacêutica fitoterapeuta e a pesquisadora de pós-doutorado que coordenou o Projeto. Tais sujeitos serão aqui apresentados como AC1 (...) AC8, Fito1, Fito2, Fito3, P1, P2 e P3 para que suas identidades sejam preservadas.

As características dos sujeitos estão apresentadas no capítulo 5 a seguir.

4.2 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS

- Realização de entrevista individual com usuários, preferencialmente em domicílio, jardim, praça ou área externa do hospital; Foi utilizado roteiro semiestruturado com perguntas abertas e fechadas sobre o processo comunicacional referente às práticas de Acupuntura e de fitoterapia. Anexo 2;
- Realização de entrevista individual com os profissionais de saúde utilizando roteiro semiestruturado com perguntas abertas e fechadas sobre o processo comunicacional das práticas de Acupuntura e de Fitoterapia voltado aos usuários. Anexo 3;

Foram utilizados ainda as seguintes técnicas e instrumentos:

4.2.1 Pesquisa Documental

Para Severino (2007), a pesquisa documental aceita como fonte documentos (não necessariamente impressos) de vários tipos como jornais, fotos, filmes, gravações, documentos legais, prontuários médicos que tragam qualquer informação a partir da qual ajudará o pesquisador no desenvolvimento de sua investigação.

De acordo com Gil (2008), a pesquisa documental fundamenta-se na exploração das fontes documentais e incluem os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, tais como associações científicas, sindicatos, partidos políticos, relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas, relatórios de empresas entre outros.

Na pesquisa documental o objetivo é a “representação condensada da informação, para consulta e armazenamento” (BARDIN, 2009, p. 48).

Foi feita a pesquisa de alguns documentos antes da elaboração e execução do subprojeto entre os quais destaca-se a leitura do projeto na íntegra e de artigos científicos cujos resultados foram publicados a fim de complementar esse estudo. Outro tipo de fonte foi a agenda com identificação dos usuários portadores de neoplasia em tratamento com quimioterapia.

Como destaca Minayo (2008), a observação de campo ocorreu de modo descritivo e espontâneo. antes de se iniciar a coleta de dados e durante todo o período de campo, ou seja a partir da entrada do hospital até a saída, durante permanência na sala dos computadores para acesso à agenda de tratamento, durante as apresentações dos colaboradores, principalmente do Setor da Oncologia, na circulação pelo corredor onde é sala de espera da quimioterapia e dentro da sala, bem como antes, no trajeto e chegada às casas ou outro local combinado para a realização das entrevistas e durante e após as mesmas.

4.2.2 Entrevistas

As entrevistas com todos os usuários foram realizadas presencialmente. Parte dos participantes concordaram em ser entrevistados em sua residência, outros foram entrevistados em um dos jardins ou parte externa do complexo hospitalar e apenas um dos participantes concedeu a entrevista na sala de espera da quimioterapia por não dispor de outro tempo para a sua participação.

Das entrevistas feitas com os três profissionais de saúde envolvidos no Projeto da Construção do Cuidado Integral (PCCI), uma foi realizada presencialmente nas dependências da Unicamp e duas foram concluídas virtualmente, por meio do endereço eletrônico após envio do roteiro de perguntas e por telefone por dificuldades encontradas no período da coleta de dados. Ora, por agendamento presencial feito mas não realizado por ausência do participante, ora por dificuldades de contato telefônico ou resposta ao email.

Para o grupo de Alami (2010), adotar uma estratégia compreensiva, como ocorre na prática da pesquisa qualitativa requer flexibilidade na realização do estudo, isto é, em algumas situações mudar a técnica de coleta de informações a fim de adequá-la a um determinado contexto ou ambiente social, se for apropriado.

Uma pesquisa qualitativa exige do pesquisador uma adaptação ao campo. Sua posição não é a de um experimentador em face de 'objetos', mas a de um ator em um sistema social: através do campo, ele entra na vida de pessoas que não o aguardavam, mas que aceitam acolhê-lo, por um tempo limitado, em seu cotidiano (ALAMI e col., 2010, p.88).

Cada vez mais as técnicas de entrevista por telefone, por aplicativo virtual ou correio eletrônico considerados sistemas de comunicação via internet têm sido utilizadas no intuito de ter respostas mais rápidas às investigações científicas, baixar custos provenientes de deslocamentos para a realização de entrevista no modo presencial ou ainda, monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso do Ministério da Saúde que adotou desde 2003 o sistema VIGITEL. Esse sistema tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa em cada cidade (BRASIL, 2012).

Dentre algumas pesquisas que utilizaram na metodologia a técnica de entrevista por telefone, destaca-se a realizada por Soares e colaboradores. (2003) em que os dados foram obtidos mediante entrevista com as mães na maternidade e nas suas casas, no final do primeiro e do sexto mês do bebê e, por telefone, no segundo e quarto mês.

Estudo anterior realizado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 1992, concluiu que o uso do telefone para coleta de dados foi uma experiência rica e interessante, bem como um meio útil de gerar dados possibilitando respostas rápidas às questões, apesar de identificarem algumas limitações em seu uso, como a necessidade de elaborar questões curtas e em pequeno número e ainda o fato de nem todos possuírem telefone no Brasil (CASSIANI e col., 1992).

Nos Estados Unidos, em meados da década de 1960, assim como na Europa, a modalidade de entrevista por telefone foi encarada com ceticismo e desaconselhada devido à alta probabilidade de vieses na amostragem advinda do baixo número de residências com acesso ao telefone. No entanto, mais recentemente essa modalidade de entrevista tem sido mais aceita como procedimento adequado para pesquisas em ciências sociais, em vários países, sobretudo nos Estados Unidos, onde para cada grupo de 100 pessoas há mais de 60 telefones (GIL, 2010, p. 113). Essa realidade, também, já foi superada no Brasil por ser um dos países em que a população mais possui telefone, incluindo celulares.

Para Minayo (2008), a entrevista, compreendida no sentido amplo da comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo por sua eficiência e baixo custo, além de ser uma forma privilegiada de interação social, portanto sujeita à dinâmica das relações existentes na própria sociedade ou num grupo marcado por conflitos. Em cada entrevista se anuncia de forma diferenciada a luz e sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados produzidos por ela.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Os dados coletados nas entrevistas individuais foram trabalhados por meio da Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2009) classificando os temas por categorias e subcategorias.

As entrevistas foram transcritas e em seguida foi realizada uma leitura flutuante sobre os dados obtidos como uma primeira análise. Neste momento buscou-se estabelecer aproximações semânticas ligeiras que permitissem uma representação condensada das informações, agrupando-as. Na segunda análise, realizaram-se leituras sucessivas procurando coincidências e divergências de ideias no intuito de identificar, agrupar e classificar os dados criando categorias de forma mais ordenada para posterior análise do conteúdo revelado (BARDIN, 2009).

“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 2009, p. 33). É o trabalhar a fala e as significações que diferencia a análise de conteúdo da linguística. Enquanto esta última visa estudar a língua para descrever o seu funcionamento, a análise de conteúdo busca conhecer aquilo que está por trás das palavras procurando encontrar variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, etc. e outras realidades ocultas nas mensagens (BARDIN, 2009, p. 45-46).

4.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Nesta pesquisa procurou-se seguir a Resolução 196/96 de 10/10/96 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos cumprindo com os quatro princípios básicos da bioética: a preservação da autonomia do sujeito; a não maleficência; a beneficência e a justiça.

A aprovação da pesquisa está registrada sob o nº CAEE 10270713.7.0000.5421.

Para assegurar os direitos éticos dos participantes foi utilizado o modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (Anexo 1).

Os participantes tiveram a liberdade de se desligar do projeto a qualquer momento, sem prejuízo na relação com a pesquisadora e com o Hospital, conforme afirmado no Termo de Consentimento.

Durante o desenvolvimento da pesquisa houve continuamente o cuidado, por parte da autora, de não causar nenhum tipo de prejuízo relacionados aos momentos das consultas ou da intervenção quimioterápica.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Por detrás do discurso aparente geralmente simbólico e polissêmico esconde-se um sentido que convém desvendar”(BARDIN, 2009, p. 16).

Nesta parte da tese é possível conhecer os resultados obtidos com as entrevistas e as observações sucedidas durante a coleta dos dados. À medida em que os depoimentos foram apresentados os mesmos foram discutidos.

Antes do Projeto da Construção do Cuidado Integrativo (PCCI) acontecer nenhum profissional da saúde havia feito consultas ou encaminhamentos para Acupuntura ou Fitoterapia para os usuários em tratamento do câncer. Isso fez com que a oferta dessas práticas fosse inédita. Considera-se este um ponto relevante para conhecer os resultados.

5.1 OS USUÁRIOS ENTREVISTADOS

Dos 26 voluntários que participaram do projeto PCCI, 11 foram entrevistados, 6 haviam falecido no momento da realização das entrevistas, 1 apresentou-se assintomático; 2 retornaram aos seus Estados de origem para continuidade do tratamento (não possuíam telefone próprio); 1 teve o tratamento transferido para outro hospital; 1 recusou-se a participar e em 4 casos houve algum tipo de problema na localização. Os respondentes estão especificados com as siglas já mencionadas.

A faixa etária variou entre 53 e 83 anos, sendo 6 mulheres e 5 homens residentes nos municípios de Americana (2), Campinas (1), Hortolândia (3), Jaguariúna (2), Sta. Bárbara D'Oeste (1), Sto. Antônio de Posse (1), Valinhos (1). Destes, apenas 2 tinham nível superior de escolaridade.

Os usuários do SUS em tratamento do câncer entrevistados pertencem a um grupo social de baixa escolaridade e renda. Esta observação torna-se relevante para esta pesquisa principalmente em relação ao tipo de comunicação e nível de informação praticada entre os médicos e os pacientes de classes populares.

Segundo Boltanski (2004) uma barreira linguística separa o médico do paciente das classes populares e esta distancia é redobrada pelas diferenças lexicológicas e sintáticas que existem entre a linguagem das classes cultas e a linguagem das classes populares.

Este autor ao revelar que o que os doentes reprovam no atendimento (do médico) é a falta de franqueza e clareza para dizer o que a pessoa tem, de não mostrar tudo o que está pensando. Para ele, o “mutismo do médico só pode reforçar a ansiedade dos membros das classes populares face à doença e sua desconfiança desse juiz cujo veredicto se ignora” (BOLTANSKI, 2004, p. 36).

Para compreender como se deu o processo comunicacional entre os profissionais de saúde envolvidos no PCCI e os usuários, foi elaborado um roteiro de perguntas abertas e fechadas, caracterizando a entrevista como semiestruturada e pode ser consultado nos Anexos I e II. As questões se deram no sentido de saber: 1) como foi feito o convite para participação no projeto; 2) se havia ou não conhecimento ou alguma experiência anterior com a prática da Acupuntura ou da Fitoterapia; 3) quais as opiniões sobre as PIC após o tratamento com as mesmas; 4) qual a forma de divulgação utilizada no Projeto (PCCI); 5) quais as opiniões e sentimentos sobre os benefícios e o tratamento do câncer com práticas integrativas e complementares à quimioterapia.

Todos os entrevistados relataram ter sido convidados pessoalmente pela coordenadora do PCCI (representada aqui por P1), pelo acupunturista (P2) ou pela fitoterapeuta (P3) quando estavam na sala de quimioterapia com exceção de um entrevistado que informou ter sido convidado por telefone. Um outro foi feito por profissionais de saúde do próprio hospital.

Importante destacar que os profissionais da enfermagem que atuavam na sala de quimioterapia tinham um papel essencial na comunicação que deve ser efetiva e democrática na legitimação de uma prática não convencional. O fato de terem conhecimento e de acompanharem assiduamente os pacientes contribuiu para maior aceitação destas práticas, o que pode tornar fundamental uma participação transdisciplinar na oferta das PIC no SUS, assim como um preparo anterior à adesão.

AC-1: *“Fui convidado de surpresa, fui fazer quimioterapia, veio uma moça [P1] junto com o Dr. [P2] que estavam fazendo esse trabalho e se eu estava disposto a aderir. Aceitei de imediato. Como eu pensei...se é para o bem da medicina... porque não colaborar?”.*

AC-5: *“Eu estava fazendo a quimioterapia e as enfermeiras comentaram quem gostaria de fazer. Tinha uma enfermeira lá muito legal com a gente, então ela chegou perto de mim e falou: Você não quer fazer? Eu reclamava muito de dor nas pernas pra elas...Você não quer fazer a Acupuntura? Vai ser bom pra você! Eu falei...ah eu quero, se for bom pra mim...”*

AC-6: *“Foi feito o convite quando eu estava na quimio (...) ela (enfermeira) falou pra [mim] fazer que muitas pessoas estavam fazendo e eu resolvi aceitar”.*

AC-8: *“Me ligaram pra eu ir na Unicamp pra fazer Acupuntura que eu era um dos que [foi] sorteado. Eu fiquei muito curioso pra ver e me perguntava porque escolheram a mim? Com tanta gente eu fui sorteado! Eu me trato na Unicamp desde 1997. Quando eu cheguei era pra ir na quimio e aí então me apresentaram o Dr. (P2) que fazia as aplicações...ele entrevistou e perguntou se eu queria fazer... e então pronto.*

“Meu primeiro contato foi quando me deu bursite no braço, em 1967 ...eu ainda morava em Londrina. A única coisa que melhorou foi a Acupuntura, mas era muito caro não dava pra fazer muito. Depois, eu era motorista e levei um vizinho pra fazer Acupuntura em São José dos Campos porque ele teve derrame. Foram 7 semanas seguidas”.

Almeida-Filho (2005) considera que os profissionais da área da saúde precisam estar preparados para oferecerem de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação aos usuários do SUS. Portanto, é necessário que reflitam criticamente sobre o seu processo de trabalho, viabilizando estratégias para que suas práticas integrais e o incentivo à educação permanente referida por CECCIN (2005) sejam reconhecidas.

Esta preparação ou mudança representa um grande desafio para área da saúde. De acordo com Morin (2005, p.137) “aqui, há um problema prévio a toda transdisciplinaridade: o dos paradigmas ou princípios que determinam/controlam o conhecimento científico”.

O mesmo autor ainda elucida que para que isto aconteça é preciso que o paradigma permita distinguir, contrariar e decompor relativamente esses domínios científicos, mas que possa fazê-los se comunicarem sem operar a redução promovendo uma nova transdisciplinaridade, ou seja “é preciso um paradigma de complexidade, que conceba os níveis de emergência da realidade sem os reduzir às unidades elementares e às leis gerais” (MORIN, 2005, p.138).

Silva (2013, p. 136) reforça que “a transdisciplinaridade não procura o domínio sobre as várias disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa”.

E, na transdisciplinaridade as coisas ocorrem através e além das disciplinas. Esta interferência precisamente pertence à realidade dos sujeitos implicados na relação. Ela busca responder a uma nova visão de homem e da natureza pela transposição e integração do paradigma atual, ou seja ela busca uma abertura das ciências para estabelecer uma relação diferente, mais matizada e mais amplamente objeto e sujeito (SILVA, 2013).

Trata-se também, no pensamento de Paul (2011) ser possível, com a transdisciplinaridade, abrir a relação saúde-doença tanto às experiências e às percepções quanto ao sagrado, o que ainda não foi revelado podendo com isso produzir saberes que não vêm da ciência. O autor complementa essa ideia ao considerar que:

os profissionais de saúde não tem como única vocação a aplicação dos modelos preexistentes. Eles são atores reflexivos, fonte de produção de saberes na maioria das vezes cruzados entre os conhecimentos científicos e suas experiências ou aquelas da população (PAUL, 2011, p. 248-249).

Diante disto, a interação entre os diversos profissionais de saúde que dividem entre si, a atenção e o cuidado com o mesmo paciente torna-se essencialmente importante, bem como o conhecimento e o apoio ao uso de práticas de saúde não convencionais como pode ser observado na seguinte fala:

FITO-2: *“A P1 veio aqui e deixou o chá verde e um comprimido... aí eu falei com a Dra [da oncologia] e ela disse: pode tomar que não tem problema... consultei ela porque tem remédio que a gente pode tomar e outros não. Então ela disse que podia... tomei umas 3 semanas o pacote”.*

Este mesmo tipo de dependência apareceu nos resultados de uma pesquisa realizada entre 1967 e 1968, no subúrbio em Paris. A fala de uma das entrevistadas mostra o comportamento médico em relação ao fornecimento de informações médicas ao paciente: “A gente tem que se deixar guiar por eles, ter confiança, e só. Toma-se tal remédio sem saber se é para essa ou aquela coisa” (BOLTANSKI, 2004, p. 37).

Por isso, ainda hoje é difícil encontrar uma atitude mais autônoma entre os usuários do setor Saúde. O que significa que nesses quase 50 anos quase nada mudou.

As falas que retrataram algum tipo de conhecimento ou contato anterior com a Acupuntura ou com a Fitoterapia mostraram que a comunicação da população tem ocupado um lugar histórico que não pode ser descartado em qualquer espaço da saúde pública.

AC-1: *“Eu sabia da [existência] Acupuntura, não sabia que tinha esse grupo na Unicamp. E já conhecia um pouco assim do procedimento. Eu sou muito curioso, eu leio bastante, pesquiso. Há muitos anos eu sabia, só não tinha o conhecimento na prática. Dentro da minha casa teve sessões de Acupuntura na minha filha que é atleta e fazia tratamento no joelho”.*

FITO-2: *“...tem um caso de vitiligo. Eu conheci um casal de Ribeirão Preto e a sogra dele tinha vitiligo no pé. Ensinaram pra ela que era pra fazer o chá de mamica de cadela [Brosimum gaadichaudii trécul] É do campo...tinha que fazer o chá e no outro dia de manhã passava no pé mas não podia tomar sol. A sogra dele fez e em 3 meses tinha sumido 90%. O médico perguntou o que que era...o que tinha acontecido? Só que é difícil encontrar a mesma planta hoje em dia. Talvez fosse um bom remédio!”.*

AC-3: *“Eu já tinha ouvido falar, um cunhado meu fez (...) ele foi se sentindo cada vez melhor, mas eu nunca cheguei a ver... eu ficava só imaginando”.*

FITO-3: *“Eu uso planta curtida no álcool [tintura] arnica, erva de Santa Maria. Tenho meu canteiro, mas é mais de tempero. (...) eu tomo muito chá de erva cidreira”.*

Segundo Schulz e colaboradores. (2002, p.9) “as tinturas são soluções alcólicas ou hidroalcólicas preparadas a partir de plantas medicinais”. Uma das vantagens em se utilizar de uma forma farmacêutica líquida é oferecer como alternativa àqueles que tem alguma dificuldade para engolir pílulas, cápsulas ou comprimidos.

Neste sentido, usar as plantas medicinais na forma líquida, como chás, tinturas, óleos, xaropes ou sucos pode ajudar os pacientes em tratamento do câncer, conforme o uso de medicamentos administrados em formas sólidas, como comprimidos, cápsulas, pastilhas a que são submetidos diariamente principalmente para diminuição ou alívio da dor. Estudo sobre a dor em pacientes com câncer realizado por Pimenta e seu grupo (1997) indicou que “os medicamentos analgésicos foram utilizados por quase todos os doentes (92,9%)”. Pesquisa mais recente conduzida por Fontes e Jaques (2013) concluiu que “a dor oncológica é de caráter multidimensional, gerando diversas modificações nas atividades diárias do indivíduo, interferindo significativamente na sua qualidade de vida”.

Por isso, todo o esforço para minimizar qualquer desconforto ou dificuldade para o paciente portador de neoplasia deverá ser empregado pelos profissionais de saúde que o assistem.

AC-4: *“Eu já sabia porque falavam muito de Acupuntura. Uma cunhada minha que mora em São Paulo fez”.*

AC-5: *“Já tinha ouvido falar mas nunca tinha feito. Eu não conhecia pessoalmente. Não sabia como era o procedimento”.*

AC-6: *“senti medo mas participei. Toda semana quimio, exame, a gente fica com medo...Ela falou pra mim fazer, que muitas pessoas estavam fazendo e eu resolvi aceitar”.*

Como se vê nos exemplos acima, mesmo sem conhecer os procedimentos ou mesmo sentindo medo por causa das agulhas, o fato de ter ouvido falar ou saber que alguém experimentou a Acupuntura ajudou na tomada de decisão em participar. Esse pensamento também reforça a importância da divulgação desse tipo de prática.

Esse tipo de comunicação pode muitas vezes ser positiva por incentivar a participação das pessoas.

Pesquisa que investigou a disposição dos pacientes a usar a Acupuntura no contexto do tratamento do câncer convencional revelou que dos 305 participantes, 79 (26,4%) eram propensos a usar a Acupuntura durante a última semana de radioterapia se esses serviços fossem oferecidos a um preço razoável ou gratuito, 143 (46,9%) disseram não ter conhecimento da Acupuntura e 206 (67,6%) relataram ter dor e se mostraram mais interessados em usar a Acupuntura. Além disso, os pacientes com conhecimento pré-existente sobre Acupuntura também foram mais propensos a usa-la do que aqueles sem este conhecimento, concluindo-se que intervenções para melhorar o conhecimento e a divulgação da Acupuntura são necessários para facilitar a sua integração bem sucedida no tratamento do câncer (FRANKEL e col., 2014).

As entrevistas com os usuários permitiram, por meio da análise de conteúdo de Bardin (2009) encontrar seis categorias descritas a seguir, partindo das questões sobre as dificuldades ou dúvidas existentes sobre a prática da Acupuntura ou da fitoterapia; das opiniões sobre a experiência com a prática submetida; das opiniões e sentimentos sobre a possibilidade de um tratamento coadjuvante com as PIC e o que se pensava sobre a divulgação e o processo de comunicação dessas práticas no serviço público de saúde.

Categorias Encontradas:

- A. Medo da intervenção
- B. Analgesia como resultado
- C. Continuidade do tratamento
- D. Falta de informação
- E. Divulgação das práticas

F. Tratamento complementar

Categoria A – Medo da intervenção

Grande parte dos entrevistados do grupo da Acupuntura mencionou ter medo da prática por causa do uso de agulhas. Eles imaginavam que este tipo de intervenção causaria dor, como ressaltado nas seguintes falas:

AC-1: *“Ter aceito o convite para participar da Acupuntura foi surpresa para mim e para as enfermeiras da quimioterapia porque sabiam que eu morro de medo de agulha (...) foi um desafio e eu sempre fui movido a desafio”.*

AC-3: *“Eu tinha medo porque um cunhado meu fez porque ele teve a perda dos movimentos das pernas e colocavam um monte de agulhas no corpo dele e eu ficava só imaginando (...) pior que a quimio não poderia ser foi o que eu pensei...foi onde eu aceitei. Até a primeira eu pensei vai doer, mas ele (P2) pôs (agulhas de Acupuntura) e não doeu. Aí pensei a outra vai doer, e não doeu e foi assim até a primeira sequencia, ele por todas as agulhas, aí passou aquele medo, aquela sensação de dor e medo e eu comecei a me sentir muito bem com isso”.*

AC-6: *“Senti medo mas participei. Toda semana quimio, exame...a gente fica com medo (...) eu tinha um colega que já tinha feito, mas o meu problema era o medo das agulhas (...) as pessoas que fazem lá comentam*

que relaxa, mas eu não tinha coragem e no final não tem nada a ver...deu certo.”.

Os relatos acima apesar de enfatizarem o medo das agulhas, mesmo que nem sempre isso corresponda à realidade revelam o desconforto pelo desconhecimento e até uma exaustão frente ao tratamento convencional. Ao que parece, para os usuários nada poderia ser pior que a quimioterapia para estes usuários.

Segundo Capra (2006), os mecanismos de ação das drogas farmacêuticas ocorre muito mais rapidamente sobre a bioquímica do corpo do que a mistura de ervas. Mas, alerta também que podem causar um choque muito maior no organismo, gerando numerosos efeitos colaterais, que no geral não ocorrem quando se faz uso de remédios herbáceos. Deste modo, o autor traz uma abordagem mais holística, ampla e integrada que se contrapõe à abordagem reducionista, própria da biomedicina, como se pode ver na citação abaixo:

A abordagem reducionista da doença, com sua forte ênfase nas drogas farmacêuticas e na cirurgia, será suplementada e finalmente substituída pelas novas terapias holísticas num processo gradual, à medida que nossas concepções coletivas de saúde e doença forem mudando e evoluindo (CAPRA, 2006, p. 342).

Se “concepções coletivas de saúde” significar que a saúde deixará de ser tratada como produto, bem de consumo ou mais um negócio sustentado pela economia capitalista, principalmente como estímulo ao consumo farmacêutico e laboratorial, a previsão de Capra poderá representar alguma concretude.

Em outra visão, enquanto a saúde for considerada uma categoria de valorização do corpo como instrumento de trabalho nenhum outro paradigma da saúde será uma realidade. Foucault (2008) esclarece a relação entre a mão de obra saudável e o capitalismo industrial indicando a dimensão social que a doença adquiriu ao examinar:

até que ponto as mudanças políticas, ou os processos econômicos puderam determinar a consciência dos homens de ciência (...) em uma época em que o capitalismo industrial começava a recensear suas necessidades de mão-de-obra, a doença tomou uma dimensão social: a manutenção da saúde, a cura, a assistência aos doentes pobres, a pesquisa das causas e dos focos patogênicos tornaram-se um encargo coletivo que o Estado devia, por um lado, assumir e, por outro, supervisionar (FOUCAULT, 2008, p. 183-184).

Categoria B – Analgesia

Para todos os participantes que sentiam dor por causa da doença ou da quimioterapia, a Acupuntura promoveu analgesia, além de relaxamento, recuperação dos movimentos de algum membro e maior sensação de bem-estar. As falas expostas a seguir, demonstram esse resultado:

AC-1: *“Eu me senti mais tranquilo. Houve assim... um alívio na dor...eu sentia dores abdominais, dor nas costas, na região lombar, no flanco direito da caixa torácica. Eu sentia que aquilo (Acupuntura) me aliviava quando eu fazia. Eu explicava isso para o Dr. (P2) e ele aplicava as agulhas no devido lugar e isso trazia alívio. Alívio da dor...a dor provoca uma tensão e eu senti que diminuía bem”.*

AC-3: *“Eu me sentia melhor, não vou falar que me sentia 100% , na média de uns 80% a 90 % melhor. Para quimio, eu sentia que os sintomas e mau estar diminuía. Aquilo (Acupuntura) auxiliava muito nessa parte”.*

AC-4: *“Minha cunhada tinha problema de coluna (fez Acupuntura) e ficou 2 anos sem dor (...) É muito bom, realmente tira a dor mesmo...até relaxa a gente porque com dor quem aguenta? Pode fazer que é muito bom. Eu estava com muita dor na coluna e no joelho”.*

AC-5: *“Eu fiz 8 sessões e eu melhorei muito, parece que fortaleceu os nervos porque no início estava difícil de eu sair daqui e entrar no carro ali de tão fraca... de tão frágil que [ficou] minhas pernas. Depois disso, eu não tive mais dor, nunca mais reclamei de dor nas pernas, tenho sim... tenho a fraqueza, a quimio deixa a gente assim debilitada, mas aquela fraqueza, aquela dor que eu tinha na perna não existe mais. Nas pernas foi ótimo! E na cabeça também. Eu tinha muita dor de cabeça, ele colocou as agulhas na cabeça e me ajudou muito. Também foi ótimo, pra mim, foi ótimo!”.*

AC-6: *“Pra mim eu achei que melhorou. Eu sentia dor nos braços e dor de cabeça. Às vezes eu ficava um pouco nervosa e parece que deu um alívio também”.*

AC-7: *“Eu tinha uma canseira na perna, dor na perna não. Eu tinha canseira. Foi bom (porque) acabou aquela canseira. Agora estou tendo um pouco de novo porque eu [tô] fazendo quimio e sempre baixa (a resistência) né?”.*

AC-8: *“O melhor da Acupuntura foi recuperar os movimentos e eliminar a dor. Eu fiquei muito convencido”.*

De acordo com estes relatos, a oferta de terapêuticas não convencionais, como a Acupuntura promovem a analgesia e favorecem um estado de relaxamento e bem estar fundamentais para o tratamento de qualquer enfermidade. Tal resultado reverbera com a afirmação da OMS como se pode ver abaixo: *“A Acupuntura é comparável a preparações de morfina em sua eficácia contra a dor crônica, mas sem os seus efeitos adversos, como a dependência” (OMS, 2002, p.5, tradução da autora).*

No Brasil, pesquisa recente realizada no Instituto do Câncer, em São Paulo investigou a analgesia pela Acupuntura no tratamento do câncer. D’Alessandro e colaboradores (2013) concluíram que, após o tratamento de Acupuntura aplicado em 7 sessões a dor foi reduzida, representando uma melhora de 63,6 % no controle dos sintomas apresentados pela população pesquisada.

Estudos anteriores realizados pela equipe de Dan (1995; 1998) foram citados no documento da WHO (2002) e já mostravam que o uso da Acupuntura para dor no tratamento do câncer apresentavam resultados positivos. Entre eles, o efeito analgésico imediato semelhante à medicação alopática (codeína e petidina) e após o uso prolongado no período de dois meses a diminuição da dor com a Acupuntura superou a do medicamento convencional.

Estes estudos aconteceram há duas décadas e evidenciaram o benefício da Acupuntura para a dor do câncer já naquela época. Mesmo assim, a medicina moderna mostra-se resistente às PIC no SUS nos dias de hoje; apesar dos avanços obtidos com a Política (PNPIC) desde 2006, evidencia-se a falta de investimento financeiro e de ações que fortaleçam sua implantação como prioridade para o Ministério da Saúde.

Contudo, parte dos pesquisadores das PIC continua com interesse em estudos que associem a Acupuntura com a analgesia porque acreditam que a partir do relaxamento que promovido pela ausência da dor, a Acupuntura pode auxiliar ainda mais pessoas a enfrentar o tratamento do câncer. O relaxamento é essencial para a qualidade de vida do paciente como mostra Capra (2006), para quem, o organismo, quando relaxado, permite um contato com o próprio inconsciente. Isso é essencial para que a pessoa obtenha informações importantes sobre seus problemas ou aspectos psicológicos da sua enfermidade.

Este tipo de pensamento evidencia a necessidade de se olhar para o processo saúde-doença a partir de uma visão multidimensional que permitirá tratar uma doença grave, como o câncer utilizando-se de terapêuticas que abarquem os aspectos emocionais, psicológicos e espirituais da doença permitindo ao sujeito ser protagonista do seu processo e não a doença, a intervenção biomédica ou o próprio médico. Outra questão é envolver a totalidade biopsíquica e o cuidado, assim como o usuário no protagonismo do tratamento no contexto das Medicinas Tradicional e Complementar, como indicado por LUZ (2007).

A singularidade do paciente, visto como totalidade biopsíquica, bem como o seu 'cuidado' tendem a ser considerados não apenas objeto, mas também o objeto central de medicinas como a Homeopatia e as Medicina Tradicional Chinesa e Ayurvédica (LUZ, 2007).

As substâncias e influências ambientais cancerígenas, a exposição à radiação ou a predisposição genética não tem sido suficientes para explicar a causa do câncer apesar de se reconhecer o papel de cada uma delas na formação de células cancerosas. Entretanto, a implantação de políticas sociais apropriadas poderia contribuir para a eliminação de alguns fatores de risco, entre eles o controle do estresse emocional (com a meditação, por exemplo) que além de inibir o sistema imunológico também acarreta desequilíbrios hormonais que podem resultar no aumento de produção de células anormais (CAPRA, 2006). Este autor salienta que quando “o sistema imunológico não é suficientemente forte, a massa de células defeituosas continua a crescer. O câncer não é, portanto, um ataque vindo do exterior, mas um colapso interno” (CAPRA, 2006, p. 346).

A equipe de Schweitzer (2012, p. 449) concordam com a influencia do sistema imunológico na condição da saúde e ampliam para a subjetividade presente em outros aspectos, tais como a mente e o social, sendo assim afirmam que “o processo de produção em saúde é complexo, depende de condições biopsicossociais e de valores culturais”. Por isso, incluir as PIC de forma integral e humanizada é propiciar ao sujeito uma reflexão sobre a sua saúde e sua forma de viver.

Categoria C - Continuidade do tratamento

Tanto os participantes do grupo de Acupuntura quanto os da Fitoterapia expressaram fortemente o desejo de darem continuidade ao tratamento utilizando as práticas de Acupuntura e de Fitoterapia como coadjuvantes ao tratamento convencional cuja base é a quimioterapia.

AC-4: *“Se eu pudesse fazer eu faria de novo. É melhor que a quimioterapia que dá dor, tira toda a vitamina dos ossos e a Acupuntura tira a dor. Gostaria de falar que essa Acupuntura me ajudou muito e (eu gostaria) que eles voltassem a fazer de novo porque tem muita gente que está sofrendo com dor. E eu gostaria que eles voltassem pra poder auxiliar outras pessoas também”.*

FITO-1: *“Esse (remédio) natural se vocês adquirirem e mandarem pra mim é uma boa. Pelo menos eles serviram muito, os dois, todo os dois serviram, só que o outro (quimioterápico) acabou comigo. Esse negócio de noite [pra mim] dormir dava o maior trabalho e dor, os pés ficavam um bolo assim,*

parece querendo arrebenta tudo e coça muito, mas a gente aguenta porque tudo que Deus manda...se a gente tem que sofrer...se não é pra sofrer, não sofre. Se viesse de novo eu tomaria. Só estou tomando remédio pra pressão...quando dá uma dorzinha eu tomo Dipirona”.

AC-2: *“Espero que volte porque aí eu vou participar de novo. Ele falou que depende das pesquisas, se não tiver pesquisa, não volta”.*

AC-5: *“Se eu pudesse voltar a fazer essa Acupuntura eu voltaria porque eu tenho muita câimbra, tanto nos pés, nas pernas e nas mãos. A Acupuntura poderia me ajudar em alguma coisa. Se voltar a ter e se eu tiver chance de voltar a fazer, eu volto. Eu não tomei nada, nem um antibiótico na época que estava fazendo a quimio, além da Acupuntura. Eu fui muito beneficiada. Eu acho que a Acupuntura ajuda muito o paciente, inclusive a acalmar também”.*

AC-6: *“Nas primeiras vezes eu achei que não ia fazer mais...mas depois eu continuei e vi que começou a fazer efeito aí fiz as 8 sessões e faria mais, se tivesse disponível”.*

AC-7: *“Se voltar a Acupuntura eu gostaria fazer de novo. Percebi mais o efeito de diminuir o cansaço nas pernas. Fortaleceu as pernas”.*

Diante desses posicionamentos, julga-se urgente a necessidade de repensar o tratamento convencional do câncer no Brasil. De norte a sul do país, os protocolos para esse tratamento incidem apenas na intervenção quimioterápica, radioterápica e cirúrgica como procedimentos resultantes do arcabouço biomédico.

Uma pesquisa realizada por LUZ e colaboradores (2008) mostrou que a Acupuntura é uma terapia segura e eficaz como tratamento complementar do câncer e dos sintomas relacionados ao tratamento convencional e que o seu uso também dá aos pacientes a possibilidade de exercer o autocuidado.

Estimular o autocuidado permite maior prática e desenvolvimento da autonomia. Como um dos princípios fundamentais da promoção da saúde a autonomia permite criar condições e prepara o portador de câncer para tomada de decisões.

Para Dan e equipe. (1998), em estudo citado pela WHO (2002), oferecer às pessoas com câncer o tratamento conjunto à base de medicação alopática e Acupuntura apresentou ótimos resultados na melhora da dor. Pesquisa realizada por esses autores em 1998 revelou que o efeito analgésico foi observado em 50% do grupo que utilizou somente a medicação convencional, 73% do grupo que utilizou somente a Acupuntura e 92,2% do grupo que recebeu as duas terapêuticas, isto é à Acupuntura somada à medicação.

Fica cada vez mais claro e preciso que sistemas terapêuticos complexos e outras racionalidades médicas quando oferecidas no SUS precisam ter garantida a sua continuidade. Usadas não somente como cuidados paliativos, mas como terapêuticas com resultados na melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida dos seus usuários. Nesse sentido, Luz (2007, p. 62) enfatiza “é na arte de cuidar predomina a terapêutica sobre a diagnose”.

Categoria D - Falta de informação

Essa categoria é particularmente importante para essa tese que se debruça sobre a questão da Comunicação em saúde. A importância do diálogo no ambiente hospitalar se reflete em diferentes instâncias de bem estar. De acordo com Boltanski (2004), a instituição hospitalar aloca muitos intermediários entre o médico, considerado intocável e invisível e o doente e sua família, o que aumenta a solidão e a ansiedade dos pacientes de classes baixas frente à doença e à medicina. O autor indica em nota uma afirmação de Strauss, de 1967: “os hospitais e clínicas são organizados para que o trabalho seja feito o melhor possível, do ponto de vista do pessoal médico; mas é muito raro que alguma coisa seja feita para minimizar a angústia do doente” (STRAUSS citado por BOLTANSKI, 2004, p. 56).

FITO-1: *“Eu queria vê de faze um exame desses que a gente tá coisando de novo...aí eu sou obrigado a entrar no tratamento de novo...eu queria vê...fazê outro exame...fazendo um exames desse pra ver como tá tudo dentro. A única coisa é que eu sinto aqui (no pé) inflamadinho... acho que é por causa da coceira que dá, mas do resto eu tô bom”. Depoimento da (filha)¹⁶: “eu tava pensando em ver (de fazer uma ressonância magnética*

¹⁶ Por dificuldade de expressão do entrevistado, a filha participou da entrevista.

ou tomografia) nem que tem que pagar pelo menos ele fica sossegado. É uma informação que é importante pra nós também saber... só com exame de sangue acho que não dá”.

AC-5: *“a quimio me ajudou muito sim. Foi bem ruim...assim...ela está indeterminada...estou fazendo o possível pra tocar em frente, mas tá difícil...eu não sinto nada da cirurgia, eu não sinto nada mas ela deixou bastante sequelas...(Depoimento do **marido**: fica aquela coisa, será que eu sarei, será que não?)”.*

AC-6: *“Fico esperando o dia do médico dar alta...há 3 anos...a última tomografia o médico disse que está bem melhor. No começo foi bem difícil pra mim...nossa...eu tenho uma ansiedade. Claro que eu quero ter alta, mas quando estiver tudo bem. O importante é o tratamento estar dando certo. Queria que tivesse me curado...mas acho que está dando tudo certo”.*

Embora o participante AC-6 tenha realizado um exame mais detalhado, diferentemente do caso do usuário FITO-1, a falta de prognóstico tem impedido a certeza de que se está curado ou não, suspeita-se que o tratamento esteja dando certo, mas em que sentido? No controle da doença? Isso precisa ser informado para o paciente.

Morin (2005, p.122) indica a necessidade de uma concepção mais enriquecida e transformada da ciência ‘que evolui como todas as coisas vivas e humanas’ onde se constitua e garanta a boa comunicação entre objeto e sujeito. Praticando deste modo, o compartilhamento da informação com os envolvidos no processo.

No documento elaborado pelo Ministério da Educação (MEC) denominado Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de medicina no país, o item “Conhecimento, Competências e Habilidades Específicas”, orienta : “informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação”. Na prática, ao analisar as falas destacadas, isto não tem acontecido.

A falta de informação ocorreu também no processo de comunicação dos pesquisadores com alguns participantes. As falas seguintes revelam essa lacuna comunicacional:

AC-8: *“E quando acabou (as oito sessões de Acupuntura), também ninguém falou mais nada”.*

FITO-1: *“Eu senti bem...ajudou um pouco...até se tivesse mandado mais eu tinha tomado também...mas não deu mais certo de conversar com elas... (P3 – profissional da Fitoterapia e P1)”.*

Como a comunicação “franca” interparadigmática não se exerce, o paradigma não se torna dominante senão por meio de uma luta pela hegemonia que se trava em um dado campo disciplinar. Neste particular, a proposição seguinte sobre a natureza especial das relações de poder dentro dos campos científicos me parece preliminarmente prejudicada (ALMEIDA-FILHO, 2005, p. 41).

Parece evidente, segundo os depoimentos colhidos, ter havido falhas de comunicação no processo.

Entretanto, com outros participantes a informação se deu de forma clara e completa como pode ser percebido a seguir:

AC-1: *“A informação que eu tive é que era uma pesquisa para detectar como se sentiria o portador da neoplasia, como é que ele reagiria? Qual seria a resposta orgânica ao tratamento da Acupuntura? Eu achei interessante e a dúvida que eu tinha era quanto à dor, se iria trazer um certo incomodo. Tive todas as respostas até porque eu sou muito curioso... eu perguntava. Fazia perguntas e o Dr. P2 sempre muito prestativo, ele me dava muita explicação, a gente... houve assim... uma certa empatia né?”*

FITO-1: *“Ligaram umas 2 vezes pra saber, durante, se eu estava tomando e como estava sendo. Ligaram 2 ou 3 vezes, a P3 ou a P1. Duas vezes durante pra saber e mais uma vez quando acabou”.*

AC-3: *“Ele (P2) explicou os pontos que seriam colocadas as agulhas, nos pontos que a gente tem os problemas. Não fiquei com dúvidas porque ocorria tudo bem comigo. Cada sessão que eu retornava ele perguntava como eu passei e qual o problema que eu apresentava no momento, como eu usava uma sonda sempre tinha uma complicação numa coisa ou outra, então ele ia direto fazer a aplicação naquele ponto. Se eu reclamasse que não dormia, que era um dos problemas que eu não dormia, ele fazia nos pontos pra eu dormir e eu dormia melhor. Ele foi muito claro, uma pessoa excelente, esclarecia todas as dúvidas... às vezes a gente nem tinha dúvida e ele já esclarecia, foi um professor, um doutor excelente”.*

Visto que a comunicação da prática utilizada no tratamento complementar do câncer é papel essencial na atuação do profissional de saúde (MORIN, 2005) esclarece que para que o conhecimento científico se desenvolva e se renove é preciso que haja comunicação entre a cultura científica, a humanista, e a dos cidadãos, o que exige esforços consideráveis de todos.

Ao considerar o termo comunicação polissêmica, o sentido pode ser compreendido como pôr em relação, transmitir e trocar. Contudo, para Marchiori e Vilaça (2012) é no domínio dos cidadãos que a comunicação é mais intrigante, pois trata-se de encontrar aí a palavra como símbolo, onde o que é relacionado, transmitido ou trocado são os pensamentos, valores, culturas e ideais. É, portanto, “na comunicação amável que podemos encontrar o sentido de nossas vidas subjetivas” (MORIN, 2005, p.328).

Categoria E – Divulgação das práticas

Embora algumas instituições públicas já estejam adotando um modelo de atenção à saúde que vem de encontro ao modelo biomédico, entre as quais pode-se destacar aquelas que incluem no atendimento ao público a Homeopatia, a Acupuntura, a Fitoterapia, as Práticas Corporais e a Antroposofia, a maior parte da população desconhece que estas práticas têm sido oferecidas no Sistema Único de Saúde (SUS).

“A divulgação das PIC para a comunidade local tem sido bastante restrita impedindo que as pessoas as conheçam e as utilizem” (ISCHKANIAN, 2011 p.108). Apesar de institucionalizadas, a Acupuntura e a Fitoterapia, como práticas complementares de atenção e cuidado à saúde, têm ocupado um espaço à margem do atendimento pautado no modelo biomédico e inconsonante com a atenção integral. Tais atendimentos dependem do encaminhamento feito por médicos que nem sempre estão afinados com modelos de saúde mais amplos e integrativos, ora por não conhecerem ora por expressarem algum tipo de preconceito em relação a elas.

Profissionais de saúde de todas as áreas poderão viabilizar o atendimento com essas técnicas, bem como encaminhar usuários interessados se tiverem conhecimento dessa oferta por meio de uma divulgação eficiente, o que poderá trazer grandes benefícios à população atendida pelo SUS, inclusive com a indicação de medicamentos que trarão menos efeitos colaterais, com o mesmo resultado esperado e menor custo.

Todos os entrevistados foram unânimes na ideia de que a divulgação precisa ser melhorada. Uma parte relatou que o uso de um material educativo na forma de folheto, panfleto ou cartilha poderia ajudar na divulgação da Acupuntura e da Fitoterapia para os usuários do hospital em geral - não apenas os que estavam em tratamento do câncer - por serem práticas que poderiam ajudar em outras enfermidades.

Alguns participantes também mencionaram que a televisão deveria ser mais utilizada como meio de divulgação em massa. Destacaram, porém, que o relato pessoal dá maior credibilidade e é uma forma das pessoas acreditarem mais uma vez que a própria experiência compartilhada é mais impactante. .

AC-5: *“Antes (ao invés) de divulgar para 40 (pessoas) a Dra. vinha (P1) e divulgava (apenas) pra 6. Se tivesse um panfleto ela ia distribuir e alguém ia ler aquilo. Como que faz? Por que faz? Qual é a vantagem? Qual a desvantagem? Entendeu? Precisa do remédio ou não...não é necessário. (O tratamento) está disponível (no hospital), só precisa de um horário. Então eu acho assim, que essa cartilha, ela deveria ser doada para as pessoas, porque mesmo ali na frente, vai saber quantas pessoas que não necessita disso? Entendeu? Não é só aquele que está ali doente ou que está doente e não tem condições de fazer um tratamento. Não é verdade? Então eu acho assim, que esse panfleto é necessário e divulga mais para um maior número de pessoas. Antes de tomar o remédio toma um chá, o que que é bom pra isso? O que que é bom pra dor de cabeça, folha de louro? Entendeu? É um negócio assim, mais ou menos...”*

AC-1: *“Acho que tinha que ser mais divulgado, muita gente estava ali (no hospital). Estava acontecendo isso na Unicamp e eu não sabia, acho que precisava ter mais campanhas esclarecedoras para massificar mais, principalmente nesse meio, nos hospitais, nos tratamentos de neoplasias. Eu acho que carece sim de mais divulgação, com cartazes, panfletos informativos”*

FITO-2: *“Deveria ser mais divulgado! Tem muitas pessoas que não sabem. Poderia ser divulgado pela televisão. A Sra. conhece barbatimão? Eu não usei mas conheço quem usou, pode tomar o chá ou só lavar a ferida com a água do chá. Tem muitas plantas que ficam esquecida”*

FITO-3: *“Ao meu ver, a divulgação é praticamente inexistente. Nos meios de comunicação você não vê. Na televisão o que tem é muito comercial de remédio, mas relacionado com planta medicinal, você não vê. Eu acho válido divulgar. As pessoas iam usar mais, e tem aquelas que cultivam as ervas em casa, tem aqui ou ali e você encontra, mas é muito pouco divulgado”*

AC-3: *“Eu acho que deveria ser mais divulgado, acho que é pouco divulgada a Acupuntura, acho que deveria ter mais divulgação pra quem faz o tratamento sim. Eu acho que seria melhor no próprio local do tratamento e se possível através da televisão. Eu comentei com os meus vizinhos sobre esse tratamento e com a minha família também. Disse que foi muito bom. O que eu recebi de informação foi suficiente, mas eu acho que se tivesse um folheto explicando, seria muito bom! Ser mais divulgado mesmo, por folhetos, nas entradas, orientando a quem procurar. Às vezes, a pessoa ouve mas não sabe com quem falar, onde procurar, acho que deveria ter esse tipo de informação.*”

A divulgação informal com base em relatos pessoais é válida, pois a experiência compartilhada sobre uma prática específica, ajuda a legitimá-la; além disso, pode influenciar a tomada de decisão das outras pessoas, como demonstrado nas falas seguintes:

AC-6: *“Tinha uma enfermeira aqui que agora está em tratamento e ela fez (Acupuntura)..aí, [isso] ajudou pra eu fazer. Depois eu falei com algumas pessoas que eu fiz e que foi bom. Eu acho que ajudaria as pessoas sabendo. Se tivesse uma divulgação seria melhor. Eu vou continuar falando com as pessoas, com as minhas colegas pra fazerem. Eu acho que as pessoas não fazem mais porque não tem disponível no SUS aí tem que pagar, mas se tivesse, mais pessoas iam fazer e um panfleto também podia ajudar as pessoas a saberem”.*”

AC-7: *“Eu acho que se tiver mais divulgação é bom porque tem pessoas que não conhecem. Algum folheto ou palestra. Comentei com a minha vizinha, com a minha família. Falei que eu estava fazendo (Acupuntura) que estava sendo bom pra mim. As pessoas acreditam quando você fala. Tudo que é natural é melhor. Eu usava muito, hoje eu não uso muito, não sei se por causa dos remédio que a gente toma não resolve muito. Eu fazia xarope pra mim, pras crianças: 3 folhas de laranja, 3 brotos de hortelã, 3 brotos de poejo...esse aí é conhecido, 3 pedacinhos de limão...usava um só queimava o açúcar e ficava aquela xaropinho amarelinho, com mel é melhor.*

De acordo com pesquisa realizada por Frankel e colaboradores (2014), a metade dos pacientes investigados que utilizaram a Acupuntura não tinha nenhum conhecimento anterior sobre a mesma.. Os autores afirmaram que o conhecimento prévio dos pacientes facilitaria a integração da Acupuntura com o tratamento convencional do câncer.

Marques e colaboradores (2011) mostram em sua pesquisa sobre atenção farmacêutica e PIC no SUS que a implantação de programas de comunicação e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares é necessária não só para os pacientes, mas essencialmente para os médicos como principais prescritores destas práticas. Esses pesquisadores chegaram a tal conclusão ao analisarem a resposta de médicos que trabalhavam na Unidade Básica de Saúde (UBS) pesquisada sobre a aceitação da implantação e indicação a pacientes das terapias alternativas e complementares, como pode ser observado no quadro a seguir:

Quadro 1: Encaminhamento médico para PIC

Médico 1: Não indicaria a nenhum paciente meu, pois não tenho conhecimento de eficácia e penso que só atrapalharia a clínica e atrasaria o tratamento dos pacientes.

Médico 2: Confesso que não tenho conhecimento de como funciona, talvez por esse motivo não associe este tipo de tratamento aos meus pacientes, mas penso que tudo o que o paciente acredita que será bom para seu tratamento, é válido! Só acho que deveria ser mais divulgado.

Médico 3: Não vejo problema, talvez indicasse mais se houvesse maior divulgação.

Fonte: (MARQUES e col., 2011, p. 669)

É muito evidente que uma das principais dificuldades para que ocorra uma implantação mais eficiente das PIC é a falta de divulgação. É preciso que a comunicação torne-se mais abrangente no SUS. A falta de informação caracteriza a negligência existente em relação a esse tipo de conhecimento como parte da formação médica e dos cursos da área da saúde em geral.

Mas esse interesse não é generalizado. Resultados de uma pesquisa realizada por Amadera e equipe (2010) com 484 alunos de graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/SP (FMUSP) revelaram que 56% dos entrevistados tinham interesse em aprender Acupuntura e Homeopatia, sendo que deste percentual, 85% gostariam que as especialidades fizessem parte dos cursos médicos como disciplina optativa (72%) ou obrigatória (19%).

Estes pesquisadores concluíram que houve um interesse real no ensino da Acupuntura, pois cerca de 30% de todos os estudantes desejou ter um breve treinamento em Acupuntura; alguns deles optaram por uma formação suplementar de dois anos por o considerarem importante como parte da sua capacitação profissional.

O interesse pela oferta da Acupuntura no SUS também foi manifesto por estudantes da FMUSP/SP do primeiro ao sexto ano. Ao participarem de uma pesquisa sobre esta temática, 35% defenderam a incorporação da Homeopatia e da Acupuntura nos serviços públicos de saúde, enquanto 34% defenderam a disponibilização também em hospitais. A possibilidade de integração com a prática médica atual foi aceita por 60% dos entrevistados (AMADERA e col., 2010).

Esses resultados mostram que existe interesse na inclusão da Acupuntura como uma disciplina eletiva para estudantes de medicina.

O que chama a atenção é que a Acupuntura e a Homeopatia foram integradas como matérias eletivas ao currículo da FMUSP/SP desde 2002. Porém, julga-se que há espaço para inserir essas disciplinas em faculdades de Medicina de todo o país.

Todavia, o interesse pela oferta da Acupuntura no SUS também foi manifesto por estudantes da Faculdade de Medicina da USP/SP do primeiro ao sexto ano. Ao participarem de uma pesquisa sobre esta temática, 35% defenderam a incorporação da Homeopatia e da Acupuntura nos serviços públicos de saúde, enquanto 34% defenderam a disponibilização também em hospitais. A possibilidade de integração com a prática médica atual foi aceita por 60% dos entrevistados (AMADERA e col., 2010).

Qualquer mudança nesse cenário depende diretamente de uma educação em saúde que contemple disciplinas complexas, o que seria possível com a oferta curricular das PIC e de outras racionalidades médicas nos cursos de formação da área da saúde. Isso tem acontecido, por exemplo, nos cursos de Naturologia no país desde 2002. Alguns autores como Azevedo (2012b) enfatizam que a existência do curso de Naturologia sinaliza a necessidade de mudar paradigmas na área da saúde em geral:

A proposta dessa graduação é um sinalizador de que os cursos já institucionalizados da área da saúde ainda não têm conseguido superar a visão biomédica e propor ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, à humanização das práticas médicas e ao resgate de saberes tradicionais e de práticas de baixo custo, cultural e ambientalmente ajustadas, objetivos importantes da Saúde Coletiva (p.371).

A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), SP tem ofertado como disciplina optativa para os alunos de medicina, a disciplina intitulada Introdução à Medicina Integrativa desde 2013 e a Faculdade de Jaguariúna (FAJ) tem oferecido aos alunos da enfermagem, a disciplina Práticas Integrativas e Saúde Sustentável na modalidade eletiva, desde 2011.

Apesar do avanço relatado, ainda é muito pouco para que o conhecimento sobre as PIC e as Racionalidades Médicas se amplie e contribua para que o paradigma da saúde se modifique por meio da formação dos profissionais deste setor.

Categoria F – Tratamento complementar

Visto que o tratamento complementar requer o uso de técnicas terapêuticas inseridas em racionalidades médicas diferentes Barros (2000) elucida que para que uma prática de saúde configure-se como complementar, em si ou pela racionalidade médica na qual faz parte, deve “operar sustentada nas noções de inclusão, do sagrado, da ecologia, da qualidade, do holismo, da consciência, do autoconhecimento, da autocura, da não dualidade, da compreensividade, etc.” (p.284). Deste modo, os depoimentos seguintes mostram que os usuários, ao conhecerem uma prática complementar, no caso a Acupuntura desejaram sua inclusão no tratamento em que estão submetidos.

AC-2: *“Acupuntura tem no SUS? Devia ter aqui na UNICAMP, né? Um tratamento desse como os outros tratamentos que tem. Tem oculista, tem dermatologista, então acupunturista também daria, não daria? Eu acho que ia ser muito bom pro pessoal. O bairro que a gente mora tem muita gente, não tem por exemplo oculista pra todo mundo então podia ter aqui,*

principalmente pra pessoa idosa que sente muita dor ia ajudar muito, não ia?

AC-3: *“Acho que seria muito bom para quem tiver fazendo a quimioterapia ou outros tipos de tratamento ser acompanhado pela Acupuntura”.*

Essas opiniões revelam a necessidade de um modelo transdisciplinar na saúde pública, necessidade essa sentida pelos próprios usuários. Usando uma linguagem leiga, eles percebem que o modelo singular, centrado na doença, não tem sido eficiente para lidar com a subjetividade e com a complexidade humana.

Para Severo e Seminotti (2010), baseados no pensamento de Morin, o processo grupal, interprofissional e interdisciplinar permite a intercomunicação nas relações humanas e desafia a complexidade. Os autores afirmam que quando a atenção está voltada para a saúde, a partir da lógica transdisciplinar, a potência do processo de trabalho depende de todos os trabalhadores. Com isso, “a atenção às múltiplas dimensões humanas é contemplada, sejam elas a individual, a emocional, a subjetiva, a cultural e a social. Nessas relações, tanto usuários, gestores e trabalhadores podem ser produtores de si e da saúde na coletividade” (SEVERO; SEMINOTTI, 2010, p. 1687).

Pesquisa realizada recentemente na Nova Zelândia examinou as características, percepções e experiências de profissionais da Naturopatia¹⁷ que utilizavam plantas medicinais em sua prática clínica e a contribuição que poderiam ter no sistema de saúde convencional. Seus autores concluíram que os naturopatas desejavam uma integração com a profissão médica biologicista e com a saúde pública australiana, principalmente porque para 93% dos entrevistados, a melhoria nutricional obtida com as plantas foi o principal fator a determinar esse tipo de integração, entre outros fatores como o aumento da atividade física (85%), redução da incidência e impacto de doenças cardiovasculares (79%) e redução da incidência e impacto do câncer, na opinião de 68% desses naturopatas (COTTINGHAM e col. , 2015).

Esses autores ainda chamam a atenção para a importância dos profissionais da saúde conhecerem porque os usuários optam por utilizar os dois tipos de práticas convencionais e integrativas. Isso traria maior entendimento e comunicação entre os profissionais, além de maior conhecimento sobre a utilização das ervas medicinais como apoio aos serviços de saúde de maneira informada, coordenada e eficaz no âmbito do sistema de saúde na Nova Zelândia.

No caso dos informantes dessa pesquisa integrar a Acupuntura ao tratamento convencional ajudaria a melhorar em quaisquer enfermidades, como exposto a seguir:

AC-5: *“Trabalhando junto. Eu acho que a Acupuntura tem que trabalhar junto com a medicina, com qualquer tipo de tratamento. Por exemplo, se eu*

¹⁷ Similar a Naturologia, mas não sinônimas. A Naturopatia difere por exemplo em intervenções como realização de testes clínicos e laboratoriais de diagnóstico, pequena cirurgia, terapia de injeção intravenosa.

fizer uma cirurgia do coração é lógico que eu vou ficar chateada, nervosa. Então, se tiver Acupuntura ela vai acalmar esse indivíduo pra melhorar a cirurgia, pra melhorar a condição dele. Por exemplo, eu vou fazer uma cirurgia nas vistas... então o que vai acontecer? A Acupuntura vai me ajudar, vai me favorecer para eu ficar mais calma. Você sabe uma coisa? Ela vai me ajudar a recuperar mais rápido né? Ela ajuda! Então eu acho que isso deveria ser trabalhado em conjunto como complementação da medicina, acho que é por aí. Tem que unir, se juntar e fazer. Eu me senti bem e se tiver oportunidade de fazer de novo eu faço. Depoimento do [marido]: você está lá internado, então vem o fisioterapeuta, a nutricionista, então deveria vir o acupunturista fazendo parte do conjunto, entendeu? Vem a moça perguntar o que a Sra. quer comer salada, fruta? Depois vem o fisioterapeuta fazer os exercícios...tudo isso pra melhorar a recuperação, né? Então deveria vir o acupunturista também nessa equipe].

AC-6: *“Eu acho que podem ser feito juntos... é bom as duas coisas juntas...seria ótimo. Me senti bem fazendo os dois. Se tivesse aqui no hospital, melhor ainda. Eu escolheria fazer as duas juntas, quimioterapia e Acupuntura”.*

De certo modo, integrar práticas não convencionais ao tratamento quimioterápico contribuirá para o desenvolvimento de uma visão ampla e integral associada ao usuário e ao câncer deixando de trata-los de maneira fragmentada já que “o tratamento do câncer encontra-se hoje num estado de total confusão. Quase se parece com a própria doença: fragmentado e confuso” (SIMONTON, 1978 citado por CAPRA, 2006, p. 347).

Neste sentido, integrar modelos de saúde vitalistas ao modelo reducionista e biomédico traria uma mudança de paradigma fundamental para combater a crise estabelecida há décadas na Saúde Pública. Este tipo de integração tem o potencial de incrementar positivamente as estatísticas advindas do tratamento oncológico convencional. Não apenas no que se refere à dor ou à diminuição dos impactos colaterais causados pela bomba química, radiação e todo o custo gerado por ele, mas principalmente na atuação dinâmica, preventiva e produtora de saúde.

É preciso estar aberto a fazer propostas de modificação do saber científico, de acordo com Cesar (1989, p. 47) ao compreender o pensamento de Bachelard, afirma que “conhecer é se transformar (...) é buscar na história das ciências, a história de suas metamorfoses, e as modificações na compreensão do objeto”. Esse aspecto dinâmico da ciência proposto por Bachelard pressupõe um novo entendimento do saber científico. Deste modo, unir os saberes das medicinas moderna e tradicional pode ser a oportunidade de produção do conhecimento científico conduzido a um patamar capaz de reorganizar a realidade do sujeito, considerando sua multidimensionalidade e, conseqüentemente, a complexidade presente no estado de adoecimento.

Para alguns autores, os pacientes de câncer podem se beneficiar com isso. Receber, além de um tratamento eficaz e abrangente, um cuidado que permita maior compreensão das causas de sua doença, preservando o que está em ordem em seu organismo numa perspectiva de fortalecimento e, senão a cura, a conscientização do adoecimento, ao invés de progressiva debilidade. “É preciso opor um pensamento e um método de pesquisa, que tem por objeto ampliar a experiência e coordenar o saber. Trata-se de uma modificação da abordagem do ser humano” (BACHELARD, 1972 apud CESAR, 1989, p. 51).

Essa perspectiva de compreender a doença e não somente buscar sua eliminação remete a noção de Salutogênese proposta por Antonovisk (1997) e apresentada em Azevedo (2012d). Esse modelo biopsicossocial de compreensão da saúde o cerne é “o estudo das condições através das quais as pessoas se tornam e permanecem saudáveis e preocupa-se mais com fatores salutogênicos do que os estressores e os riscos”. Seu foco não é eliminar os conflitos e riscos, mas propõe como viver com eles a partir do desenvolvimento do senso de coerência ou seja, a habilidade de lidar com o estresse. O senso de coerência diante da doença é composto de três qualidades: compreensividade – compreender a doença; manejabilidade – lidar com a mesma e significatividade – dar um sentido ao sofrimento. Tal senso é definido como sendo “(...) a habilidade de compreensão do sentido da vida, no desenvolvimento da convicção de que é tudo é possível e na crença de que a vida tem um sentido. Nesse contexto o papel da autoridade médica, do medicamento e das terapias de apoio é totalmente reformulado e o paciente é estimulado a tornar-se um ator social ativo no processo de restabelecimento e manutenção da sua saúde.” (ANTONOSVY, 1997 apud AZEVEDO, 2012d , p. 52).

Portanto, para que a sinergia entre dois modelos atualmente conflitantes de atenção à saúde possa utilizar métodos ambivalentes na produção da ciência, bem como na promoção da saúde é preciso antes que a disputa e as contradições sejam compreendidas e superadas ao aceitar e integrar outras racionalidades médicas à biomedicina, por exemplo.

Barros (2008) afirma que ao adotar técnicas terapêuticas entre paradigmas de saúde distintos e racionalidades médicas diferentes, um novo e eficiente modelo de medicina complementar poderá ser construído.

Ao tomar diferentes correntes de pensamento para abordar as práticas médicas no campo da saúde, assumo que existe um

fim único, o restabelecimento e a promoção da saúde, e, também, que não existe uma única forma de alcançar esse fim (BARROS, 2008, p. 297).

Além disso, os depoimentos anteriores dos informantes representam a vontade desses usuários em assumir as decisões sobre o seu próprio tratamento, no sentido de escolher ou não as PIC em complementariedade ao tratamento convencional, o que estimula e fortalece a autonomia e a emancipação dos sujeitos.

É certo que o modelo de saúde vigente e de base biomédica não tem permitido a necessária e buscada participação, o que dificulta ainda mais a aplicação de uma comunicação democrática, humanizada e mais solidária entre médicos e usuários.

Para a equipe de Freire (2014), a verdadeira solidariedade não é a exercida como filantropia, e sim como forma de gerar autonomia e independência social no indivíduo. É um partilhar da luta dos que tentam sair da opressão unindo-se à conquista da justiça social, para além dos limites da caridade, pois a relação entre oprimidos e opressores não se dá apenas no âmbito da política, mas também nas relações cotidianas menos óbvias, tanto da vida doméstica quanto na utilização de serviços públicos e privados, dos abusos de poder sobre os cidadãos comuns.

A humanização deve incluir a solidariedade se definirmos esta como um elo entre as pessoas, uma preocupação sincera com o outro, que permita o desenvolvimento concreto de um espírito de grupo, de um corpo social, de uma vida comunitária (FREIRE e col., 2014, p. 127).

As entrevistas com estes usuários foram finalizadas com uma questão que versava sobre a recomendação da Acupuntura e da Fitoterapia para outras pessoas. Todos disseram que recomendariam o tratamento com a Acupuntura e com a Fitoterapia aos portadores de câncer em tratamento, bem como aos outros usuários com outras enfermidades, aos familiares e aos amigos.

Isto mostra que os usuários que receberam um tratamento de Acupuntura ou utilizaram medicamento à base de plantas medicinais complementares ao tratamento convencional do câncer sentiram algum tipo de benefício, seja na diminuição ou supressão da dor, na recuperação de movimentos ou na melhoria da vitalidade e disposição. É um sinalizador significativo da eficácia do uso das PIC no tratamento coadjuvante do câncer.

5.2 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENTREVISTADOS

As entrevistas realizadas com os três profissionais da saúde diretamente envolvidos no Projeto da Construção do Cuidado Integrativo (PCCI) e com o exercício das práticas de Acupuntura e de Fitoterapia foram norteadas por questões, como: o processo de comunicação vivenciado entre eles e os usuários do serviço de oncologia do Hospital de Clínicas de Campinas; as dificuldades encontradas na comunicação com o Hospital e as suas opiniões a respeito da oferta das PIC no SUS.

A análise das entrevistas foi apresentada a seguir, de forma sintetizada.

O fato de não ter havido um critério rígido para o convite aos usuários permitiu que um processo interdisciplinar na comunicação pudesse acontecer, sobretudo com a participação não apenas de um outro integrante da equipe do PCCI, mas de profissionais do próprio hospital que convivem há algum tempo com aqueles usuários. Contudo, os próprios usuários, ao serem previamente selecionados e distribuídos em cada grupo, não puderam escolher o tratamento coadjuvante com Acupuntura ou com Fitoterapia, mesmo sendo apenas no período destinado à pesquisa.

Isso mostra que perdeu-se uma boa oportunidade para gerir o projeto pautado nas diretrizes da Promoção da Saúde, pois a participação popular e o estímulo à autonomia deixaram de ser contemplados, uma vez que a seleção foi feita pelos pesquisadores com apoio de alguns profissionais da saúde que trabalhavam no setor de Oncologia.

Para Thiollent (2011), é preciso que os pesquisadores considerem aspectos comunicacionais na espontaneidade e no planejamento consciente de ações transformadoras pois a comunicação como processo unilateral de emissão-transmissão-recepção não pode mais ser concebida. Todavia, um processo multidirecionado e de ampla interação fortalece tendências criadoras e mais construtivas.

É fundamental compreender que a comunicação é componente central para uma ação comprometida com o engajamento de grupos, organizações e movimentos nos processos em curso e a serem construídos. Cada vez mais o movimento pela democratização da comunicação carece estreitar diálogos acadêmicos e sociais com outras áreas para estimular debates interdisciplinares (CABRAL FILHO, 2008, p. 248-249), principalmente para garantir a Promoção da Saúde.

Para P1 (pós-doutoranda do PCCI), grande parte dos selecionados foi receptiva ao primeiro contato telefônico, inclusive porque falar em nome da “UNICAMP” acabou dando essa chancela ao Projeto.

P1: “Eu senti que eles entenderam que as PIC era algo a mais que a gente estava dando, que a UNICAMP estava dando. A chancela da UNICAMP foi muito importante pois a gente nunca sabe o quanto eles entenderam. Eu percebi que eles iam na chancela da UNICAMP, eles diziam que se isto estava sendo oferecido por ela, [a Universidade] então era bom”.

Esta influência que as instituições de saúde tem na tomada de decisão das pessoas sugere a noção de ‘campo de poder, estruturas estruturadas e estruturas estruturantes (BOURDIEU, 1989; BARROS, 2008; SABINO e LUZ, 2011) compreendidas como espaço no qual as relações hierárquicas de poder simbólico se manifestam.

No caso específico da biomedicina, assim como em outros sistemas de cura, esse capital refere-se à disputa travada entre os médicos em torno do reconhecimento pela comunidade científica da legitimidade e eficácia de seus saberes e procedimentos (SABINO e LUZ, 2011, p. 355).

Para a maioria dos usuários convidados, a prática da Acupuntura era conhecida, ao contrário da Fitoterapia que na verdade, só era identificada quando o termo era trocado para uso de plantas medicinais, ervas medicinais ou chazinhos. Tanto no momento do convite quanto na conversa com P3, a farmacêutica/fitoterapeuta indicou as plantas medicinais que seriam utilizadas, bem como a forma de preparo e tratamento, respondendo inclusive às perguntas sobre outras plantas e a forma correta de preparo.

Parte destes usuários tinham conhecimento sobre o uso de plantas medicinais por causa do seu histórico familiar. Relataram que amigos ou familiares indicavam-nas por já terem usado os chás para curar outras doenças.

No caso da Acupuntura, o profissional P2 informou ter como praxe uma pequena conversa para fornecer informações sobre a prática e também identificar melhor as queixas apresentadas. O Projeto PCCI permitiu conhecer o histórico clínico de cada usuário e esclarecer no que consistia a Acupuntura, por exemplo:

P2: *“Muitos pensavam que na agulha tinha algum remédio para causar um efeito benéfico, então eu acabava explicando que na realidade eram agulhas colocadas em lugares específicos do corpo com a finalidade de promoverem a homeostase corporal ou para atuar nas queixas que eles estavam relatando (...) de uma forma geral, os pacientes tinham queixas relacionadas à náuseas e vômitos decorrentes da quimioterapia e também tinham outras queixas como depressão ou estresse em função da própria doença”.*

Durante o tratamento com as PIC, as informações fornecidas pela equipe multidisciplinar do PCCI tiveram caráter complementar em resposta às dúvidas manifestadas pelos usuários, geralmente sobre a eficácia, os efeitos colaterais, a forma de preparo e posologia no caso da tintura e dos comprimidos indicados pela fitoterapeuta (P3).

Ainda, durante o tratamento, as informações dadas espontaneamente sobre os procedimentos e efeitos colaterais pelos profissionais, independente de algum tipo de questionamento por parte dos usuários, ocorreu mais no grupo da Acupuntura. Em relação a estes procedimentos houve sempre uma conversa no início da sessão sobre o que tinha sido feito na sessão anterior, buscando ajustar os procedimentos ao surgimento de um novo quadro clínico. Segundo a fitoterapeuta, todas as informações sobre a prática haviam sido dadas no primeiro encontro presencial e como as consultas eram mais espaçadas havia um reforço da informação para a retomada do tratamento na sessão seguinte.

P2: “Toda vez que o paciente voltava eu fazia uma pequena entrevista para saber se tinha tido alguma melhora ou piora, ou algum sintoma que ele estava sentindo anteriormente ou aparecimento de um novo. Até porque como parte da pesquisa eu tinha que fazer essas perguntas pra fazer uma avaliação. Poderia mudar o procedimento de acordo com o que eles relatavam. Muitos [dos procedimentos] foram repetidos principalmente para dor ou outros [procedimentos] em sintomas mais específicos”.

Sobre as reações ao uso da Fitoterapia que foi indicada e aos procedimentos da Acupuntura, os usuários do grupo da Acupuntura relataram melhoras ao profissional de saúde, grande parte mencionou a diminuição ou supressão da dor como o principal benefício relatado, seguidos pela melhora referente as náuseas e aos enjoos provocados pela quimioterapia.

Segundo a profissional (P3), as reações adversas que foram relatadas advinham da quimioterapia e não das plantas medicinais que estavam sendo usadas, no caso a unha de gato em (forma de tintura) e o chá verde (em cápsulas) ambas tinham como objetivo melhorar a imunidade, a qualidade de vida e diminuir os impactos da quimioterapia. Poucos disseram que não sentiram nada ao usar a fitoterapia, porém grande parte gostou e achou que a oferta desse tipo de tratamento foi muito boa.

As dúvidas (sobre as PIC) que surgiram durante o tratamento ficaram à cargo do esclarecimento pelos profissionais de cada prática.

Em pergunta feita aos profissionais nesta investigação sobre a necessidade ou não de material educativo para divulgação, convite ou esclarecimento sobre os procedimentos da Acupuntura e da Fitoterapia obtivemos como resposta que não sentiram necessidade desse tipo de recurso para apoio à comunicação.

P2: *“Não tive muito esse problema (para convidar) porque eu consegui ver que não teve dificuldade para ter os pacientes. Acho que foi ideal a forma como foi feita (a divulgação). Não acho que (um material sobre a Acupuntura) teria ajudado porque o acupunturista precisa falar o que ele vai fazer (em cada sessão)”.*

Esta resposta causa bastante estranheza pois sabe-se que esse tipo de reforço possibilita a incorporação das ideias com maior facilidade.

Qualquer material educativo pode ser utilizado com eficácia para instruir e mobilizar quem os recebe para o conhecimento, a crítica e a ação comprometidas com a construção de uma vida melhor. “Os recursos pedagógicos colaboram para a promoção da percepção da realidade vivenciada” e gera condições para a sua transformação” (ZOMBINI, 2013, p 157).

A pós-doutoranda (P1) considerou que a sua participação durante as sessões poderia causar uma interferência desnecessária já que o espaço físico disponibilizado pelo hospital também não era favorável. Mesmo assim, percebeu-se que as dúvidas dos usuários eram mais sobre as PIC em si, não sobre a origem ou filosofia das mesmas, mas se os usuários iriam melhorar ou não ao utilizá-las e quais eram os efeitos colaterais.

Ela pôde também acompanhar o desenvolvimento do seu projeto a partir da avaliação pelo questionário adaptado MYMOP¹⁸ realizada pelos profissionais da equipe multidisciplinar envolvidos no Projeto (PCCI) e também como uma espécie de *feedback* dado pelos enfermeiros da sala da quimioterapia quando ouviam elogios ou reclamações feitas pelos usuários que participaram do PCCI.

¹⁸ Adaptação do questionário MYMOP traduzida para o Português por não existir ainda uma versão validada no Brasil para medir os efeitos decorrentes da prática da Acupuntura.

Nas entrevistas finais, a pós-graduanda (P1) percebeu um sentimento de gratidão e vínculo emanados pelos usuários por terem sido escolhidos para participarem dos grupos da Acupuntura ou da Fitoterapia e pelo acolhimento ocorrido. Foram ainda expressos muitos elogios pelos usuários para todo o Serviço do Setor de Oncologia.

Para o acupunturista (P2), o desconhecimento sobre esta prática é muito grande. Muitos dos profissionais de saúde (médicos e não médicos) não sabem como a Acupuntura funciona, que tipo de resultados podem ser obtidos com ela, quem são os profissionais que podem aplicar, a qual medicina ela pertence e ao mesmo tempo, não sabem quem são os usuários que poderiam receber a Acupuntura como tratamento complementar, para quais enfermidades ela apresenta mais eficácia. Ainda que de forma geral isso tenha aparecido, esse desconhecimento é maior conforme depoimento a seguir:

P2: *“há uma deficiência muito grande na comunicação do que a Acupuntura pode fazer, isso muito em função também do corporativismo de muitos profissionais. No SUS tem muitos médicos, muitos deles se posicionam falando que outros profissionais da área saúde não podem aplicar a Acupuntura”.*

Segundo o informante (P2), a falta de interesse em conhecer outras racionalidades médicas está ligada ao fato da formação médica ser direcionada à biomedicina. Enquanto as PIC não fizerem parte do currículo como disciplina obrigatória, provavelmente haverá o desconhecimento de que existem outras formas de cura.

Na opinião dos profissionais de saúde entrevistados, a comunicação das PIC, especificamente da Acupuntura e da Fitoterapia no SUS precisa ser mais praticada por quem aplica, pelos gestores das Unidades de Saúde e pelos profissionais da Secretaria de Saúde dos municípios. Deve haver também de maior atuação dos Conselhos Profissionais para contribuir na divulgação sobre o conhecimento das PIC entre os seus associados, além de oferecer cursos para os profissionais de saúde do SUS. Algumas entrevistas relatam esses fatos, conforme apresentado a seguir:

P2: *“Estamos caminhando. Há um certo tempo que as PIC estão sendo difundidas, mas acho que deveria haver mais esforços na parte de quem aplica, dos gestores da Secretaria de Saúde e dos Conselhos Profissionais em fazer conhecer mais essas práticas, usar veículos de divulgação massiva como a televisão e a internet e a partir disso, divulgar melhor o que são as PIC”.*

P3: *“(uma forma de melhorar a comunicação das práticas de Acupuntura e de fitoterapia) é dar cursos para os profissionais de saúde envolvidos com o SUS”.*

As dificuldades de comunicação relatadas nesta investigação pela pós-doutoranda (P1) apareceram desde o início, na fase de apresentação para a equipe do hospital. Ela (P1) se deparou com alguns entraves e houve muitas interferências até que a reunião acontecesse. Quando conseguiu agendar nem todos que eram esperados entre médicos e residentes participaram. Para ela, o fato de ter conseguido um horário ao término de uma atividade que eles estavam alocados prejudicou a apresentação do projeto pois não houve nenhuma interação, como pode-se verificar a seguir:

P1: *“Era um dia específico (que agendaram) e eles tinham outra programação, daí eu só podia apresentar no finalzinho, nessa atividade que não era própria pra nós. Eles ficaram pra ouvir, embora a gente quisesse marcar uma hora especificamente pra isso... Mas tudo bem, aconteceu”.*

Segundo a pesquisadora (P1), mesmo durante a realização do projeto PCCI não houve nenhuma interação com os médicos do hospital. Nenhum tipo de comentário por parte deles, nem demonstração de interesse pelo andamento do tratamento complementar, nem compartilhamento sobre a opinião dos usuários que estavam participando do projeto. A comunicação acontecia mais com a equipe da sala da quimioterapia composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares administrativos e também com os funcionários da recepção do setor de oncologia e da assistência social, que em sua opinião foram de um acolhimento incrível e auxílio para lidar com as menores dificuldades, por exemplo ter acesso a alguma pasta ou prontuário que não estavam na sala da quimioterapia e mesmo que estivessem realizando algum atendimento, eram sempre muito solícitos.

Para a informante (P1), a comunicação com a chefe do Setor de Oncologia foi “boa”. Entretanto, apesar de ter oferecido o Relatório sobre o projeto (PCCI) quando concluído constando os dados e resultados da pesquisa não houve, até o momento demonstração de interesse por parte do hospital em conhece-los.

Ao que parece essa falta de interesse ou de participação em projetos como este (PCCI) ou que oferecem algum tipo de terapêutica ou cuidado não convencional não tem contado com o apoio dos médicos biologicistas.

P1: *“Acho que eles não estão acostumados (a interagir) com profissionais da saúde não médicos. Tem essa hegemonia de autonomia. Mesmo se a gente pertencesse a equipe multidisciplinar (do hospital) seria difícil (a interação). Eles tem um grupo lá, em que ocorre a primeira reunião às 8h30 da manhã e eles (médicos) não participam, é a primeira reunião que faz o acolhimento dos pacientes, participam todos os profissionais menos os médicos”.*

P1, ao relatar parte da experiência que teve nos Estados Unidos ao reunir-se com um professor israelense responsável pela implantação de projeto similar (o qual configurou-se consultor internacional do PCCI) disse ter recebido como sugestão, participar das consultas médicas junto com os usuários e acabou não levando isso em consideração na apresentação do projeto ao hospital, pela preocupação de serem vistos como intrusos. Esse sentimento pode ser confirmado quando dois grupos foram formados pela chefe da Oncologia para conhecerem o projeto. Um deles era composto pelos profissionais não médicos e o outro somente por médicos sendo que as dificuldades com este segundo grupo ocorreram desde o agendamento, além de não ter havido receptividade e nem interação na reunião.

P1: *“Enquanto os profissionais de saúde (não médicos) se deslocaram e vieram para a reunião aqui na Unicamp nenhum médico, infelizmente ou por falta de tempo ou de interesse compareceu. Embora tenham dito que eram à favor das práticas foram, os médicos que tiveram menor*

receptividade desde o início, durante os procedimentos e para (conhecer) os resultados. Neste sentido, o pessoal da enfermagem dizia que queria saber dos resultados do projeto (PCCI) quando estivessem prontos. Eles tinham interesse em saber. Bem diferente (do grupo dos médicos). Aí eu vi realmente que tem um abismo”.

A questão do espaço disponibilizado pelo hospital, na opinião da pós-doutoranda (P1), não foi o ideal e prejudicou a comunicação com os usuários que participaram do projeto.

Neste sentido, o espaço físico acaba sendo um importante determinante para que uma boa comunicação aconteça. Houve alguma dificuldade em preservar a privacidade dos usuários o tempo todo.

P1: *“teve vezes em que a gente tinha a maca que ficava dentro do box e tinha uma outra salinha ali que tinha sido batalhada pra nós com a permissão de um médico porque a chefe nos autorizou a usar aquela salinha. Quando ela (a salinha) estava ocupada a gente tinha que conversar com o paciente no corredor... então...estava sendo influenciado (de alguma maneira ou a gente tinha que abordar o paciente na sala da quimioterapia com todo mundo ouvindo, com todo mundo escutando. Eu não sei avaliar até que ponto isso possa ter interferido no constrangimento dom paciente porque na comunicação tem toda a privacidade. Eu acho que o setting (terapêutico) vai interferir sempre na comunicação!”.*

Ao mencionar essas dificuldades, (P1) mencionou considerar mais adequado contar com um local que pudesse ser privativo, silencioso e acolhedor. Ela deu como exemplo, uma Unidade de um Centro de Saúde de Havana, em Cuba visitada por ela antes da execução do projeto PCCI no Brasil, onde uma sala com cortina era reservada e isolada para atendimento com as PIC. Nela ficavam todos os insumos e recursos que seriam utilizados nas práticas, e o usuário à medida que realizava as sessões ia se acostumando com aquele local para aquele tipo de cuidado.

Os espaços disponibilizados pelo hospital para a realização da Acupuntura e do reiki não contribuíram para a privacidade e silêncio necessários se comparados à situação vivenciada em Cuba. Para a realização da Acupuntura, uma maca foi posta atrás de um biombo, na sala da quimioterapia, formando uma espécie de box. A prática do reiki foi feita em sala do setor administrativo, conforme mencionado anteriormente. Para (P1) os espaços foram improvisados e foi difícil atuar com as PIC, aplicar as técnicas de forma apropriada, ou seja fazendo parte de um modelo de atendimento próximo aos cuidados preconizados pela Promoção da Saúde.

Segundo a opinião da pós-graduanda (P1),

P1: “A salinha aqui é uma salinha de pesquisa que ficava dentro de uma sala administrativa com divisórias e paredes vazadas. Então, a gente entrava com o paciente ali e ele ficava meio espantado porque ele olhava em volta e tinham pessoas sentadas em computadores, arquivos. Aí você abre uma portinha de fórmica que tá lá e entra numa salinha, improvisada também, armário e mesa empurrada para um canto e a gente abria nossa maca portátil ali. Não tinha nada a ver com sala de atendimento (...) o local tem um preço enorme para a comunicação, sabe? Digamos assim, os pacientes se adaptavam, né?”.

Essa situação deixou clara a ideia de que as práticas não convencionais complementares ao tratamento convencional não tem sido muito valorizadas na área da saúde.

6. CONCLUSÕES

A pesquisa investigou a Comunicação em Saúde, especificamente das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) e teve como informantes usuários em tratamento convencional do câncer.

Essa população caracterizou-se por número proporcionalmente igual entre os homens e mulheres. A faixa etária predominante foi dos 62 aos 69 anos e o nível de escolaridade da maioria foi o ensino fundamental.

Ao investigar o processo de comunicação entre profissionais de saúde e usuários do SUS que participaram do Projeto da Construção do Cuidado Integrativo (PCCI), baseado na Oncologia Integrativa com a oferta das PIC (especificamente a Acupuntura e a Fitoterapia, neste estudo) este subprojeto analisou o processo no contexto da Promoção, da Educação e da Comunicação em Saúde. Apresenta-se a seguir, as conclusões obtidas.

As dificuldades de comunicação ocorridas durante o processo estiveram presentes nas entrevistas.

Apesar dos avanços conquistados ao realizar tratamento complementar ao tratamento convencional do câncer em Hospital Público de Campinas/SP, utilizando as PIC, a comunicação apresentou lacunas importantes em relação à estrutura, à falta de divulgação, de continuidade do tratamento complementar, falta de informações para os dois grupos sobre os critérios de acesso e formas de participação, entre outros.

A infraestrutura oferecida pelo Hospital para o atendimento das PIC deixou muito a desejar pois não criou-se um espaço humanizado, adequado à privacidade, ao silêncio e à calma requeridos pelas PIC para a realização do atendimento complementar a fim de promover maior qualidade e aproximação ao modelo de atendimento e cuidado preconizados pela Promoção da Saúde.

A falta desse espaço humanizado deixou clara a ideia de que as práticas não convencionais complementares ao tratamento convencional do câncer não tem sido muito valorizadas na área da saúde.

Desta forma, a Comunicação em Saúde vista à luz do ideário da Promoção da Saúde deixou de ser contemplada em sua abrangência, não sendo utilizado o seu potencial para a autonomia, participação e empoderamento dos usuários do SUS, até aquele momento.

A participação popular e o estímulo à autonomia não foram priorizados nos critérios de seleção e formação dos grupos distanciando o Projeto (PCCI) do ideário da Promoção da Saúde e da Comunicação das PIC de forma mais democrática.

Para que a participação social, uma das principais bases da promoção seja garantida é imprescindível que ocorra uma ruptura com o modelo paternalista, autoritário e colonizador que têm dominado o Setor saúde impedindo a aproximação com o ideário da Promoção da Saúde. Um modo de promover tal ruptura seria utilizar estratégias que estreitem a relação entre os usuários e o SUS, o que pode ser alcançado pela comunicação e a educação em saúde.

Não foi realizado nenhum tipo de preparo gerando informações sobre o que iria acontecer, não permitindo aos usuários escolher entre as práticas Acupuntura, Fitoterapia e o Reiki oferecidas.

As informações que foram produzidas para a realização dos atendimentos com Acupuntura e Fitoterapia pelos profissionais de saúde mostraram-se limitadas à posologia e aos efeitos colaterais, no caso da Fitoterapia e aos procedimentos sintomáticos, no caso da Acupuntura. Portanto, o processo comunicacional sobre estas práticas no SUS não foi totalmente eficaz apresentando falhas importantes, como anteriormente discutido.

A Acupuntura era conhecida de alguma forma entre os usuários, ou porque ouviram falar ou porque conheciam alguém que já a havia experimentado. Quanto à Fitoterapia, não era identificada pelos usuários com este nome mas, plantas ou ervas medicinais e chás foram reconhecidos sem dificuldades por todos os informantes.

Não houve interesse por parte dos profissionais envolvidos no Projeto em fornecer qualquer tipo de material educativo sobre as PIC para instruir e mobilizar os usuários, o que permitiria aumentar o conhecimento sobre mesmas.

Da mesma forma, não havia qualquer recurso áudio visual disponível para esclarecimento sobre o tratamento complementar oferecidos.

Promover uma visão de saúde ampla, positiva, pautada nos princípios vitalistas da Promoção da Saúde implementados por meio da Educação e da Comunicação em Saúde poderia ter contribuído para aumentar as condições de mudança no entendimento do processo saúde-doença por parte dos usuários fortalecendo-os frente às dificuldades pertinentes à doenças degenerativas tais como o câncer, não necessariamente fatais, além de contribuir para a construção do conhecimento das PIC entre eles.

Apesar das informações dadas sobre a Acupuntura terem sido suficientes na opinião dos entrevistados, as informações sobre a Fitoterapia ou foram incompletas ou pouco eficientes pois nenhum dos informantes deste grupo soube dizer, por exemplo quais plantas medicinais estavam sendo indicadas para uso deles.

Considera-se relevante destacar que o desempenho do grupo da Fitoterapia, da maneira como a mesma foi conduzida contribuiu pouco para o envolvimento e conhecimento desta prática, ao contrário do que ocorreu com o grupo de usuários da Acupuntura que relatou ter havido boa interação tanto com a prática como com o acupunturista. O que chama a atenção inclusive é que a interação da fitoterapeuta durante a entrevista também foi mínima e mesmo a sua participação se deu com muita dificuldade. Acredita-se que o comprometimento do profissional de saúde ao utilizar-se das PIC também influenciará no conhecimento, na divulgação e no fortalecimento das mesmas.

Os cursos de graduação da área da saúde em geral, não tem contemplado em suas grades curriculares disciplinas que abarquem, no mínimo o referencial teórico de outras Racionalidades Médicas, como o conhecimento da Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Ayurvédica, Medicina Tibetana, Medicina Antroposófica e as Práticas Integrativas e Complementares. Ainda que não seja suficiente, o aumento de especializações em Medicina Tradicional e Complementar é evidente.

O curso de Enfermagem apesar de ser pioneiro no uso das PIC está inserido no campo da biomedicina que reduz o seu conteúdo à dimensão biológica. O curso de Naturologia é uma exceção a ser destacada porque a formação tem sido direcionada para contribuir com a *práxis* naturológica na integração da Medicina Tradicional Complementar à Medicina Moderna, visto que, a Naturologia traz uma proposta para a área da saúde que ultrapassa as

premissas biomédicas da formação em saúde, oferece abordagem sistêmica, multidimensional do ser humano, contempla os princípios da humanização em saúde. Está voltada para a complexidade do processo saúde-doença além do ideário da sustentabilidade, conforme dito anteriormente.

A falta de interesse dos médicos em conhecer outras racionalidades médicas conforme opinião de um dos entrevistados é consequência do fato de que a formação médica valoriza mais o modelo biomédico.

Para a Promoção e a Educação em Saúde, portanto o processo comunicacional é essencial e a formação em saúde precisa incluir esse campo do conhecimento de modo a atender a complexidade inerente ao ser humano.

Acredita-se que havendo conhecimento sobre as PIC desde o período de formação profissional, projetos como o PCCI poderão contar com maior apoio e interação dos médicos biologicistas, o que não ocorreu durante a execução do Projeto (PCCI).

A falta de informação e divulgação sobre a oferta do atendimento com as PIC na área da Saúde Pública, não tem favorecido sua solidificação e tampouco promovido a educação em saúde, que é uma das competências obrigatórias da formação acadêmica e profissional.

Enfim, o uso da Acupuntura e da Fitoterapia como Práticas Complementares ao tratamento convencional do câncer, entre outros auxiliaram conforme referido nos depoimentos colhidos, na supressão da dor, na mobilidade e na diminuição dos efeitos colaterais.

O Projeto (PCCI) foi importante em sua execução porque trouxe resultados positivos com o uso das PIC, principalmente da Acupuntura por melhorar as condições da qualidade de vida dos usuários e ter promovido analgesia, conferido maior disposição, recuperação dos movimentos conforme já apresentado no item Resultados.

Entretanto, não teve potencial o suficiente para provocar uma mudança na lógica do tratamento convencional que está hegemonicamente imerso no modelo biomédico.

Para os usuários participantes, o modelo biomédico foi prevalente e faz parte da realidade do tratamento, pois em nenhum momento puderam decidir como seria feito.

É preciso que haja um rompimento com esse modelo para que a população venham à participar e esteja preparada para tomada de decisões. Essa questão diz respeito também à conduta dos médicos que pouco se envolveram, interessaram e apoiaram o Projeto (PCCI), ao contrário do ocorrido junto aos enfermeiros e outros profissionais saúde e administrativos colaboradores do Hospital. Apesar disso, não houve atuação de equipe multidisciplinar planejando e avaliando o processo conjuntamente.

Concluindo, foi evidente a eficácia do uso das PIC, mais precisamente da Acupuntura no tratamento complementar do câncer. Entretanto, o modelo de saúde vigente de base biomédica não tem permitido a participação popular, e tem dificultado o desenvolvimento da comunicação democrática, humanizada e solidária entre médicos e usuários.

Encontrar possibilidades e criar condições para reconhecer que a hegemonia do campo da saúde tem prejudicado e limitado a inserção e a comunicação das PIC na Saúde Pública facilitaria a abertura para o diálogo entre os diferentes saberes, sendo esse um dos principais desafios da Medicina Tradicional e Complementar.

A necessidade na continuidade de outras pesquisas do assunto aqui tratado ficou muito presente ao analisar esse estudo.

7. RECOMENDAÇÕES

Diante do conteúdo exposto nessa tese, considera-se essencial à finalização da pesquisa propor alternativas para os problemas e as dificuldades encontradas no campo da Comunicação em Saúde, particularmente relativas à implantação das Práticas Integrativas e Complementares no tratamento do câncer.

Acredita-se, que uma alternativa para diminuir o espaço entre a Medicina Biomédica e a Medicina Tradicional e Complementar é a inserção do estudo das PIC nos cursos da área da saúde, principalmente de modo eletivo nas grades curriculares. Para isso, é necessário que o MEC participe da estratégia proposta pela OMS sobre a Medicina Tradicional e Complementar (MTC), não só apoie e incentive, mas estabeleça diretrizes curriculares que contemplem o estudo das PIC, essencialmente nos cursos da área da saúde. Portanto, espera-se que o MEC aproxime-se e incorpore os princípios da MTC como tem feito há décadas com a Medicina Moderna.

É preciso que o usuário seja visto em sua totalidade e quando um agravo à sua saúde acontecer, o mesmo ser tratado levando em conta todas as suas dimensões. Para que isso ocorra, as premissas da Medicina Tradicional e Complementar devem fazer parte da construção do conhecimento dos profissionais desde a sua formação e que profissionais de saúde especializados nessa visão, como os profissionais da Naturologia possam ser absorvidos em quaisquer ações preconizadas para melhoria da qualidade de vida da população, com destaque da Estratégia Saúde da Família (ESF) compondo equipe transdisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Recomenda-se que haja sempre uma infraestrutura adequada para o atendimento com as PIC. Assim sendo, é necessário preparar o ambiente de forma que corresponda aos requisitos obrigatórios para um desempenho. Isto favorecerá a aplicação e a implementação da MTC integrada à Saúde Pública.

Ressalta-se aqui a importância da comunicação e da educação em saúde para operacionalizar as ações de promoção da saúde que visam melhorar as condições na qualidade de vida da população. Por esta razão, todas as investidas no uso das PIC e o desenvolvimento da MTC precisam valorizar a participação das pessoas nos âmbitos que envolvem o processo saúde-doença.

Visto que a Promoção e a Educação em Saúde são mediadas pela comunicação e esta, não tem acontecido de maneira satisfatória pela valorização e hegemonia do paradigma biomédico, Considera-se urgente agir sobre a ampliação da oferta e divulgação destas Práticas a fim de que o ideário da Promoção da Saúde torne-se cada vez mais democrático e a solidariedade esteja presente na relação entre profissionais da saúde e usuários em todas as instâncias do SUS.

Em relação ao uso das PIC no SUS, recomenda-se que o planejamento para a sua realização não seja pautado na lógica reducionista, partilhada de uma visão simplificadora comum às práticas biologicistas descaracterizando-as, a fim de preservar a essência da racionalidade ao invés de substituir uma técnica por outra seguindo os mesmos princípios mecanicistas que compõem a Medicina Convencional atuando apenas nos sintomas e repetindo o padrão de atendimento voltado à doença.

Recomenda-se ainda, que a comunicação e a divulgação das PIC utilize-se de linguagem acessível aos usuários reforçando o uso da terminologia para medicamento à base de plantas ou ervas medicinais ao invés de fitoterápicos que não faz parte da cultura das pessoas, a menos que se disponha de tempo e recursos educativos para essa finalidade.

Uma estratégia para promover a comunicação e a divulgação das PIC no SUS poderia ser empregar tecnologias e plataformas emergentes, incluindo vídeos, mídias sociais e aplicativos móveis para a reprodução e compartilhamento de vídeos, experiências, depoimentos sobre as mesmas, além de oferecer informações técnicas e filosóficas pertencentes a outras racionalidades médicas no ambiente dos Serviços, por exemplo, construir blogs na internet e melhorar as formas de acesso à informação usando o celular, criar espaços para diferentes tipo de público.

Outra estratégia passível de uma realização simples é possibilitar o oferecimento de palestras, incentivar eventos, promover rodas de conversa sobre as PIC e a MTC tanto para como entre os profissionais de saúde e usuários do Serviço. Uma possibilidade é partir do que já tem sido feito, por exemplo aprimorar o uso e a construção das hortas medicinais ampliando a comunicação e divulgação das mesmas para a comunidade local.

Recomenda-se maior apoio dos profissionais de saúde em geral e particularmente dos médicos para integração das PIC à Medicina Convencional por serem principais detentores dos encaminhamentos para o tratamento. Importante que isso ocorra tanto na implementação e desenvolvimento da MTC, quanto na aplicação de projetos de pesquisa que envolvam as mesmas. Considera-se esse um dos principais desafios.

Recomenda-se também, que os eventos científicos da Medicina Moderna abram oportunidades para debater as questões da MTC formando mesas de discussão e convidando especialistas da MTC para conferir palestras, por exemplo como forma de mobilizar e sensibilizar a classe hegemônica a respeito de outras possibilidades de sistemas médicos.

Considera-se fundamental que outros estudos sejam realizados com profundidade sobre outras PIC. Uma delas poderia ser a prática da meditação devido ao seu potencial abrangente e multidimensional essencialmente importante para o autocuidado e a autocura.

Recomenda-se por tudo o que foi aqui apresentado, portanto, que novas pesquisas e projetos associados as PIC e a MTC que os mesmos sejam realizados garantindo-se o envolvimento emocional, solidário, comprometido dos pesquisadores dispendo de avaliação e presença constante no decorrer da investigação. E, que sejam planejadas com o propósito de alcançar o ideário da Promoção da Saúde mediado pela Comunicação eficiente e por via da Educação em Saúde.

Dizem (Quem me dera)

(Arnaldo Antunes / Marisa Monte / Dadi Carvalho)

O mundo está bem melhor
do que há cem anos atrás,
dizem.

Morre muito menos gente,
as pessoas vivem mais.

Ainda temos muita guerra
mas todo mundo quer paz,
dizem.

Tantos passos adiante
e apenas alguns atrás.

Já chegamos muito longe
mas podemos muito mais, dizem.

Encontrar novos planetas
pra fazermos filiais.

Quem me dera
não sentir mais medo,

quem me dera

não me preocupar.

Temos inteligência

pra acabar com a violência,
dizem.

Cultivamos a beleza,
arte e filosofia.

A modernidade agora
vai durar pra sempre, dizem.

Toda a tecnologia
só pra criar fantasia!

Deuses e ciência
vão se unir na consciência,
dizem.

Vivermos em harmonia
não será só utopia!

Quem me dera
não sentir mais medo,

quem me dera

não me preocupar,

quem me dera

não sentir mais medo algum...

8. REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. et al . Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 638-646, Oct. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000600016>.

ALAMI, S.; DESJEUX, D.; GARABUAU-MOUSSAOUI, I. **Os métodos qualitativos**. Tradução de L. A. S. Peretti. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. 147p.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.3, p.30-50, set-dez 2005.

AMADERA, J.E.D; PAI, H.J.; HSING, W.T. e col. The teaching of acupuncture in the University of São Paulo School of Medicine, Brazil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 56, n. 4, p. 458-461, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Dez. 2015.

ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. da. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde e sociedade*, v.19, n. 3, p.497-508, 2010.

ANDRADE, H.M.L.S; SOUZA, R.C.; RAMOS, E.M. **Metodologia participativa como ferramenta e estratégia utilizada pela INCUBACOOOP para a inclusão social de grupos populares em Recife**. UFRPE, Pernambuco. Disponível em <http://www.cultura.ufpa.br/itcpes/documentos/metodologia_participativa_incubaccop.pdf> acesso em 18 jul. 2012.

[ANJ] Associação Nacional de Jornais. Declaração de Chapultepec. México, 1994. Disponível em <<http://www.anj.org.br/declaracao-de-chapultepec>> acesso em 05 de dezembro de 2014.

ANTONOVSKY, A. **Salutogenese**. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Franke; 1997.

ARAÚJO, I.S; CARDOSO, J.M. Comunicação e Saúde: desafios para um pensar-fazer em sintonia com o SUS. In: PELICIONI, M.C.F.; MIALHE, F.L. **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2015. 838p.

AYRES, J.R. de C. M. Para compreender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. **Salud colectiva**, Lanús, v. 4, n. 2, agosto 2008 . Disponível em:

<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 09 set. 2015.

AZEVEDO, E. Desafios da naturologia frente à saúde coletiva e a política nacional de práticas integrativas e complementares. In: RODRIGUES, D.M. de O. et al. [Orgs]. **Naturologia: diálogos e perspectivas**. Palhoça: Ed. Unisul, 2012a. 227p.

AZEVEDO, E. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9 n.3, p.361-378, nov.2011/fev.2012b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000300002&script=sci_arttext. Acesso em: 22 out. 2015.

AZEVEDO, E. Fundamentos da nutrição antroposófica. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**. v.1, p.51 - 60, 2012c

AZEVEDO, E. O valor nutricional na construção do conceito de alimento saudável: uma discussão a partir dos alimentos orgânicos e da promoção da saúde. In: PELICIONI, M.C.F.; MIALHE, F.L. **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2015. 838p.

AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M.C.F. Promoção da Saúde, Sustentabilidade e Agroecologia: uma discussão intersectorial. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 715-729, Sept. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2015.

BARROS, N.F. **A construção da medicina integrativa**: um desafio para o campo da saúde. São Paulo: Hucitec, 2008. 311p.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. 315p. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0BxgqoVhThgkqMnh5UUtoOHZrTFE/edit>. Acesso em: 23 Dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica - Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos**. Brasília, DF, 2001. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. 55 p. (Série B. textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: DF, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 92p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 86p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2011. 126p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Manual de operacionalização e análise dos dados dos sistemas de vigilância: VIGITEL e PeNSE**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30845&janela=1> acesso em 27 de julho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Ministério da Saúde libera mais de R\$7 mi para estruturação de projetos de plantas medicinais e fitoterápicos**, 2014. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/34628-ministerio-da-saude-libera-mais-de-r-7-mi-para-estruturacao-de-projetos-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos.html>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 271p.

BARROS, N.F.; LEITE-MOR, A.C.M.B. Naturologia e a emergência de novas perspectivas na saúde. In: RODRIGUES, D.M. de O. et al. [Orgs]. **Naturologia: diálogos e perspectivas**. Palhoça: Ed. Unisul, 2012. 227p.

BYDLOWSKI, C.R.; WESTPHAL, M.F; PEREIRA, I.M.T.B. Promoção da saúde. Porquesim e porqueainda não! **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 14-24, abr. 2004. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7104/8576>>. Acesso em: 29 Ago. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100003>.

BORGES, R. **Visitamédicadomiciliar: espaço para interação, comunicação e prática**. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BUSS, P.M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-37.

CABRAL FILHO, A.V. As políticas públicas de comunicação em busca de novos sujeitos históricos. In: COUTINHO, E. G. (org.). **Comunicação e contra hegemonia: processos culturais e comunicacionais de contestação, pressão e resistência**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2008. 280p.

CARVALHO, J. C. De R.; VIEZZER, M. Comunicação ambiental e participação. In: **COMUNICAÇÃO E AMBIENTE**. Secretaria do Meio Ambiente. Coordenadoria de Educação Ambiental. São Paulo: Série Seminários & Debates, 1992. 80p.

CASSILETH, B.R., **The Complete Guide to Complementary Therapies in Cancer Care**, 1a ed. Singapore: World Scientific Publishing, 2011. 354p. Resenha de: SIEGEL, P.; BARROS, N.F. de. Práticas integrativas na oncologia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.1367-1370, 2014.

CASSIANI, S. H. de B.; ZANETTI, M. L.; PELÁ, N. T. R. Entrevista por telefone: estratégia metodológica para coletar informações da população. **Rev. Paul. Enf.**, v.11, n.1, p.30-34, 1992.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface(Botucatu)**, v. 9, n. 16, p.161-177, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>> Acesso em 02 nov. 2015.

CESAR, C.M. Bachelard: ciência e poesia. São Paulo: Paulinas, 1989. 87p.

CITELLI, A. Comunicação e linguagem: diálogos, trânsitos e interditos. **Matrizes – Revista do programa de pós graduação em ciências da comunicação da Universidade de São Paulo**. São Paulo: USP, 2008. p.13-30.

[CREMESP] CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. Jornal do CREMESP. **Justiça restringe exercício da acupuntura a profissionais médicos**. Ato médico –

acupuntura. Edição 292 de 05/2012. Disponível em:
<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1578>. Acesso em 03 jan. 2015.

CUNHA, R.C.O.B.; PEZZATO, L.M. Práticas educativas e produção de sentido. Comunicação e Saúde: desafios para um pensar-fazer em sintonia com o SUS. In: PELICIONI, M.C.F.; MIALHE, F.L. **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2015. 838p.

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

D’ALESSANDRO, E.; DE BRITO, C.; CECATTO, R. et al. Evaluation of acupuncture for cancer symptoms in a cancer institute in Brazil. London: **AcupunctMed**, v.31, p. 23–26. 2013 Disponível em <http://aim.bmj.com/content/31/1/23.full.pdf+html> Acesso em: 15 Dez 2015.

DANTAS, R. Ideologia, hegemonia e contra-hegemonia. In: COUTINHO, E. G. (org.). **Comunicação e contra hegemonia**: processos culturais e comunicacionais de contestação, pressão e resistência. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2008. 280p.

DESLANDES, S. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. E SOUZA, E. R. (orgs). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 244 p.

DEMO, P. **Educação e Conhecimento: relação necessária, insuficiente e controversa**. Petrópolis, RJ: vozes, 2000.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 2005.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. **O planejamento da pesquisa qualitativa...**

DUTRA, M.G. **Plantas Medicinais, fitoterápicos e saúde pública: um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás**. 2009, 112p. Dissertação (Mestrado) -Programa de pós-graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente - Centro Universitário de Anápolis, UniEvangélica, 2009.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-757, set-out 2005.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, set. 2011 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300004&lng=pt&nrm=iso>acesso em 18 jul. 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.

FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. A interface da assistência de enfermagem com o controle da dor oncológica. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 17, n. 1, p. 43-48, jan./abr. 2013. Disponível em <http://www.revistas.unipar.br/saude/article/view/4978/2904> acesso em 02 nov. 2015.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: edições Loyola, 1996.

_____. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. 238p.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan, 2008.

FONTES, V. Intelectuais e mídia – quem dita a pauta? In: COUTINHO, E. G. (org.). **Comunicação e contra hegemonia: processos culturais e comunicacionais de contestação, pressão e resistência**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2008. 280p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 107p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 143p.

FREIRE, P.; FREIRE, A.M.A; OLIVEIRA, W.F. de. **Pedagogia da solidariedade**. São Paulo: Paz e Terra, 2014. 142p.

FROW, J.; MORRIS, M. Estudos culturais. In: **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S.; [tradução] Sandra R. Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006. 432p.

GIL, A.C. e col.. Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Cad. Pesq. Ciênc. Saúde**, v.1, n.2, p.5-19, 2006.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008. 200p.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2010. 200p.

GIRON, PS. et al. Effectiveness of acupuncture in rehabilitation of physical and functional disorders of women undergoing breast cancer surgery. **Supportive Care in Cancer**. Berlin: Springer, 2015. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26670916>. Acesso em: 01 fev. 2016.

GUAZELLI, M.E.; PEREIRA, I.M.T.B. Considerações teóricas e uma aproximação às estratégias metodológicas em educação em saúde com base na promoção. In: Comunicação e Saúde: desafios para um pensar-fazer em sintonia com o SUS. In: PELICIONI, M.C.F.; MIALHE, F.L. **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2015. 838p.

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

[INCA] INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Acesso à informação - tratamento** Disponível em <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>>acesso em 01 nov. 2015.

ISCHKANIAN, P.C. **Práticas integrativas e complementares para a promoção da saúde**. 2011. 126 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ISCHKANIAN, P.C.; PELICIONI, M.C.F. Promoção da saúde e educação no exercício da naturologia. In: RODRIGUES, D.M. de O. e col. (orgs). **Naturologia: diálogos e perspectivas**. Palhoça: Ed. Unisul, 2012. 227p.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1997. 310 p.

LEITE, R. A. F. **Direito à Informação em saúde: revisão integrativa**. 2015. 102 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

LIMA, V. A. de. O que fazer para democratizar as comunicações? In: Caminhos para uma comunicação democrática. **Le Monde Diplomatique Brasil**, vol.2. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2007. 128p.

LU, W.; DEAN-CLOWER, E.; DOHERTY-GILMAN, A.; ROSENTHAL, D.S. The Value of Acupuncture in Cancer Care. **Hematology/oncology clinics of North America** v.22.n.4, p.631–viii, ago. 2008. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2642987/?tool=pubmed>> Acesso em: 22 Nov. 2015.

LUZ, M. T. **A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da Homeopatia no Brasil**. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996. 342p.

LUZ, M. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 174 p.

MARCHIORI, M.; VILAÇA, W. Cultura organizacional e comunicação nas organizações contemporâneas: temas imbricados ou desarticulados? In: TOMAÉL, M.I. (org.) **Compartilhamento da informação**. Londrina: Eduel, 2012. 228p.

MARQUES, L.A.M.; do VALE, F.V.V.; NOGUEIRA, V.A. dos S. e col. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. Rio de Janeiro: **Physis**(online), v. 21, n. 2, p. 663-674, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a17v21n2.pdf>> Acesso em: 19 Dez. 2015.

MELLO, A. L. de. **Metodologia participativa e biomonitoramento**: promoção da saúde no Distrito de Vicente de Carvalho, Guarujá/SP. 301 p. Tese (Doutorado em Ciências) – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010.

MERHY, E. **Saúde: a cartografias do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2008. 407 p.

MINAYO, M. C. S. e col.. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. E SOUZA, E. R. (orgs). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 244 p.

[MS] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 03 jan. 2015.

MORCE, J.J. **QUALITATIVE HEALTH RESEARCH**: creating a new discipline. California: Left Coast Press, 2012. 176p.

MORIN, E. **Ciênciacomconsciência**; tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice SampaioDória. 8 ed. - Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. 350p.

MOURA, JC. **Interações e comunicação entre médicos e pacientesnaatençãoprimária à saúde**: um estudohermenêutico. 2012. 195p. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Departamento de MedicinaPreventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NESPOLI, G.; RIBEIRO, V.M.B. Discourses that form knowledge: an analysis of the theoretical and methodological conceptions that guide the educational material for the training of facilitators of Continuing Education in Health. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.39, p.985-96, out./dez. 2011.

NETO, J. L. F.; KIND, L. **Promoção da Saúde: Práticas grupais na estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec; Belo Horizonte: Fapemig; 2011. 182p.

NETTO, J. P. Universidade, caldo de cultura pós-moderno e a categoria de hegemonia. In: COUTINHO, E. G. (org.). **Comunicação e contra hegemonia: processos culturais e comunicacionais de contestação, pressão e resistência**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2008. 280p.

[NIH] NEWS IN HEALTH. **Third strategic plan 2011-2015**. Exploring the science of complementary and alternative medicine. NCCAM. Department of Health and Human Services. Maryland. February, 2011. 59p.

[NIH] NEWS IN HEALTH. **Newsletter from the National Institutes of Health, part of the U.S.** Department of Health and Human Services. Disponível em: <<http://newsinhealth.nih.gov/issue/feb2011/feature1>. Acesso em 18 jul. 2012.

NÖTHLICH. **Doenças, sintomas e condições tratáveis com a Acupuntura**. Disponível em <<http://Acupuntura.pro.br/oms/doencas-trataveis/>> 03/05/2004 acesso em 18 jul. 2012.

NOVA CORCARAN (Orgs). Teorias e Modelos na Comunicação de Mensagens em Saúde. In: NOVA CORCARAN (Orgs). **Comunicação em Saúde – estratégias para a promoção da saúde**; [tradução de Livia Lopes]. São Paulo: Roca, 2010. 214p.

[OMS] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Genebra, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>. Acesso em: 28 jan. 2016.

PAIVA, R. Contra – mídia – hegemônica. In: COUTINHO, E. G. (org.). **Comunicação e contra hegemonia: processos culturais e comunicacionais de contestação, pressão e resistência**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2008. 280p.

PAUL, P. Pensamento complexo e interdisciplinaridade: abertura para mudança de paradigma? In: PHILIPP JR., A.; NETO, A.J.S. (Editores). **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação**. Barueri, SP: Manole, 2011. 998p.

PELICIONI, M.C.F. **Educação em saúde e educação ambiental: estratégias de construção para a escola promotora da saúde** (Tese de Livre Docência). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.

PELICIONI, M.C.F. A Educação Ambiental para uma Escola Saudável. In: PHILIPPI JR, A.; PELICIONI, M.C.F. (Editores). **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri, SP: Manole, 2005. 878p.

PELICIONI, M.C.F. e col.. A Educação e a Comunicação para a promoção da saúde. In: ROCHA, A.A.; CESAR, C.L.G. **Saúde Pública bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. 368p.

PIMENTA, C.A.M.; KOISUMI, M.S.; TEIXEIRA, M.J. Dor no doente com câncer: características e controle. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.43, n.1, jan/fev/mar 1997.

RYAN, C. China está na liderança absoluta do Relatório Mundial do Câncer da OMS. **Epoch Times**. Disponível em <<https://www.epochtimes.com.br/china-lideranca-absoluta-relatorio-mundial-cancer-oms/#.VjZjSkTBIAS>> acesso em 01 nov. 2015.

RAMONET, I.O quinto poder. In: Caminhos para uma comunicação democrática. **Le Monde Diplomatique Brasil**, vol.2. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2007. 128p.

RESTREPO, H.E. Conceptos y definiciones. In: RESTREPO, H. E; MÁLAGA, H. **Promoción de la Salud**: como construir vida saludable. 2 ed. Bogotá: Panamericana, 2002. p.24-32.

SABBAG, S.H.F.; NOGUEIRA, B.M.R.; DE CALLIS, A.L.L.; LEITE-MOR, A.C.M.B.; PORTELLA, C.F.S.; ANTÔNIO, R. de L.; PLACERES, F.; RODRIGUES, D.M. de O. A naturologia no Brasil: avanços e desafios. **Cad. Naturol. Terap. Complem.** São Paulo, vol. 2, n. 2, p.11-31, jan-jun. 2013

SABINO, C.; LUZ, M.T. Metáforas do poder em uma instituição pública de saúde. **Soc. estado.**, Brasília , v. 26, n. 2, p. 353-372, Aug. 2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Dez. 2015.

SANTOS, M.C.; GRILO, A.; ANDRADE, G.; GUIMARÃES, T.; GOMES, A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Rev Port de Saúde Pública**. Lisboa, vol.10, p. 47-57, 2010.

SANTOS, S. de O. Princípios e Técnicas de Comunicação. In: PHILIPPI JR, A.; PELICIONI, M.C.F. (Editores). **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri, SP: Manole, 2005. 878p.

SCHULZ, V.; HÄNSEL, R.; TYLER, V.E. **Fitoterapia racional**: um guia de Fitoterapia para as ciencias da saúde. Barueri: Manole, 2002. 386p.

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

SCHWANDT, T.A. Tres posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construccionismo social. In: **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S.; [tradução] Sandra R. Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006. 432p.

SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. 23ed. São Paulo: Cortez, 2007. 304p.

SILVA, A.E.M. *Naturologia: um diálogo entre saberes*. Curitiba: Editora Prismas, 2013. 194p.

SILVA, C.M. da C.; MIALHE, F.L.; PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI, A.F. Educação em saúde e suas práticas ao longo da história brasileira. In: PELICIONI, M.C.F.; MIALHE, F.L. **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2015. 838p.

SILVERMAN, J.;KURTZ, S.;DRAPER, J. **Skills for communication with patients**. Oxford: Radcliffe Publishing, Ltd.; 2005.

SOARES, M. E. M. e col.. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

[SCMP] – SOUTH CHINA MORNING POST. JING, Li. **China the hardest hit by global surge in cancer, says WHO report**. Publicado em 07 fev. 2014. Disponível em <http://www.scmp.com/news/china/article/1422475/china-hardest-hit-global-surge-cancer-says-who-report> Acesso em 01 nov. 2015.

TEIXEIRA, J.A.C. **Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. Aná. Psicológica**. Lisboa, v.22, n.3, p.615-620, set. 2004. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 jul. 2012.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011. 136p.

VYGOTSKI, L.S. **A formação social da mente**. 4ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 90p. Disponível em: <<https://onedrive.live.com/?cid=71b7e7833e24c047&id=71B7E7833E24C047%21408&authkey=%21AKSbHfm95XOBP6U>> Acesso em: 22 Dez. 2015.

Werthein, **Crenças e esperanças: avanços e desafios da UNESCO no Brasil**. Brasília : UNESCO Brasil, 2003. 376p.

_____. **Novas Tecnologias e a Comunicação Democratizando a Informação**. Observatório da Sociedade da Informação. UNESCO Brasilia Office - Representação da UNESCO no Brasil. Brasília, 2004. (Versão abreviada de pronunciamento por ocasião do III Congresso Brasileiro de Comunicação no Serviço Público “Novas Tecnologias e a Comunicação no Serviço Público: democratizando a informação” São Paulo, 28 e 29 de agosto de 2003. O texto integral está disponível na publicação “Crenças e Esperanças: avanços e desafios da UNESCO no Brasil” de autoria de Jorge Werthein, páginas 320 – 336.

WESTPHAL, M. Prefácio. In: PELICIONI, M.C.F. e MIALHE, F. (Orgs.) **Educação e promoção da saúde** – teoria e prática. São Paulo: Santos, 2015. 878p.

[WHO] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine**. Genebra. 2000. 74p.

Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66783/1/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf. Acesso em: 03 jan. 2015.

[WHO] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The TOP 10 causes of death: The 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2012**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>>. Acesso em 09 set 2015.

[WHO] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ACUPUNCTURE: REVIEW AND ANALYSIS OF REPORTS ON CONTROLLED CLINICAL TRIALS**. Geneva, 2002.

Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4926e/s4926e.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

ZOMBINI E.V.; PELICIONI, M. C. F. Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.** São Paulo. v.21, n.1, p. 51-58, abr. 2011.

ZOMBINI EV. **Educação ambiental e saneamento básico para a promoção da saúde da criança** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013. 266p.

ZOMBINI, E.V.; PELICIONI, M.C.F. Classe hospitalar: uma estratégia para a promoção da saúde da criança durante a hospitalização. In: PELICIONI, M.C.F.; MIALHE, F.L. **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2015. 838p.

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários e Profissionais de Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Entrevista de Pesquisa

Eu, Paula Cristina Ischkanian, aluna de Doutorado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-FSP/USP, sob orientação da Professora Dr^a Maria Cecília Focesi Pelicioni, do Departamento de Prática de Saúde Pública, pretendo desenvolver a pesquisa intitulada: **Promoção, Comunicação e Educação em Saúde: a Prática da Acupuntura e da Fitoterapia** que tem como objetivos:

Geral: Investigar o processo de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes atendidos no Projeto de construção do cuidado Integrativo (PCCI).

- 1 - Identificar que tipo de informação tem sido produzida para a realização dos atendimentos com acupuntura e fitoterapia pelos profissionais de saúde;
- 2 Analisar as percepções dos usuários sobre as informações fornecidas pelos profissionais de saúde do PCCI e as necessidades de aprofundamento sobre acupuntura e fitoterapia;
- 3 – Construir um material educativo sobre acupuntura e fitoterapia com a participação da equipe multidisciplinar atuante no PCCI.

Solicito por meio deste termo, o qual será elaborado em 2 (duas) vias, a sua autorização e colaboração para participar do estudo, respondendo a esta entrevista que não necessitará de qualquer identificação de sua parte. Sua participação é livre e espontânea, responsabilizo-me por manter seus dados pessoais em sigilo, mas os resultados gerais obtidos na entrevista serão publicados. Você poderá recusar ou desistir a qualquer momento sem risco de qualquer prejuízo ou penalização. No entanto, sua participação é muito importante e enriquecerá muito esse estudo.

Obrigada desde já, qualquer que seja sua decisão. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP – FSPUSP.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP – Av. Dr. Arnaldo, 715, 2º andar, Cerqueira Cesar – SP, telefone (11) 3061-7779.

Ao final da pesquisa me comprometo a apresentar os resultados para os participantes.

Paula Cristina Ischkanian

Autorização

Eu, _____

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1- receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

2 - retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

3- não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;

4- procurar esclarecimento com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo, – SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos. Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

São Paulo, ____/____/____

Nome do participante

Assinatura do participante: _____

Eu, Paula Cristina Ischkanian, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa para o participante.

Assinatura da pesquisadora _____

Data: ____/____/____

Qualquer dúvida entrar em contato com:

Paula Cristina Ischkanian: (11) 98577-2544 ou e-mail: pauli@usp.br

Anexo 2

Roteiro para entrevista com os usuários que participaram do Projeto de Construção do Cuidado Integrativo no HC/UNICAMP

Caracterização do entrevistado

Sexo:____ Idade:_____

Escolaridade:_____

Proveniente de (cidade):_____

Perguntas

1) Que tipo de tratamento complementar o(a) Sr(Sra) tem recebido aqui no Hospital de Clínicas da UNICAMP?

2) Como o Sr(Sra) foi convidado(a) para participar da complementação de seu tratamento com acupuntura/fitoterapia?

3) O Sr.(a) sabia da existência desse tipo de tratamento antes de ter sido convidado a participar?

Sim () Como?

Não ()

4) O Sr(Sra) recebeu alguma explicação sobre essas práticas(acupuntura/fitoterapia)?

Sim () Por quem? Quais explicações?

Não ()

5) O Sr.(Sra.) teve alguma dificuldade para entender esse tipo de tratamento?

Sim () Fale sobre isso.

Não () Por que?

6) O(a) Sr.(Sra) sabe dizer como é um tratamento com acupuntura/fitoterapia?

7) O(a) Sr.(Sra) teve dúvidas sobre a acupuntura/fitoterapia ?

Sim () Quais?
Não () Por que?

8) Suas dúvidas foram todas esclarecidas?

Sim () Por quem?
Não () Por que?

9) O(a) Sr.(Sra) sentiu falta de algum material que pudesse divulgar e esclarecer os procedimentos que seriam realizados?

Sim () Quais?
Não () Por que?

10) Existe algo mais sobre o tratamento com acupuntura/fitoterapia que deveriam ou poderiam ter informado ao Sr(Sra)?

Sim () O que?
Não () Por que?

11) Qual a sua opinião sobre realizar os dois tratamentos ao mesmo tempo? Por exemplo, o tratamento com a quimioterapia junto com o tratamento complementar com Acupuntura.

12) O(A) Sr.(Sra) recomendaria esse tipo de tratamento para outra pessoa?

Sim () Por que?
Não () Por que?

13) O(A) Sr(Sra) gostaria de acrescentar algo mais sobre o tema comunicação das práticas complementares acupuntura e fitoterapia?

Anexo 3

Roteiro para entrevista com os profissionais de saúde que atuaram no Projeto de Construção do Cuidado Integrativo no HC/UNICAMP

Caracterização do entrevistado

Graduação: _____

Especialização: _____

Perguntas

- 1) Como foi feito o convite para o paciente aderir ao tratamento com acupuntura/fitoterapia?
- 2) Que informações foram fornecidas sobre a prática da acupuntura ou da fitoterapia?
- 3) Como foi divulgado o Projeto de Construção do Cuidado Integrativo (PCCI) no Hospital de Clínicas da UNICAMP?
- 4) O que você acha da forma como os procedimentos de acupuntura e de fitoterapia para os pacientes do Hospital de Clínicas da UNICAMP foram divulgados?
- 5) Quais as dúvidas sobre as práticas de acupuntura/fitoterapia relatadas pelos pacientes?
- 6) Durante o tratamento, o paciente pediu alguma informação sobre o procedimento (acupuntura/fitoterapia) que estava sendo aplicado?

Sim () Qual?

Não () Por que?

- 7) Durante o tratamento, o paciente recebeu alguma informação sobre o procedimento que estava sendo aplicado?

Sim () Qual?

Não () Por que?

8) Durante o tratamento, o paciente perguntou sobre os efeitos do procedimento que estava sendo aplicado?

Sim () Qual?

Não () Por que?

9) Durante o tratamento, o paciente recebeu alguma informação sobre os efeitos do procedimento que estava sendo aplicado?

Sim () Qual?

Não () Por que?

10) Os pacientes relataram possíveis reações?

Sim () Como?

Não () Por que?

11) Do seu ponto de vista, faltou algum material para divulgar, convidar e esclarecer sobre o tratamento e os procedimentos de acupuntura e de fitoterapia?

Sim () Qual? Descreva.

Não () Por que?

12) Que sugestões você daria para melhorar a comunicação das práticas de acupuntura e de fitoterapia no SUS?

13) Você gostaria de acrescentar algo mais sobre o tema comunicação das práticas complementares acupuntura e fitoterapia?

Anexo 4

Projeto da Construção do Cuidado Integrativo (PCCI)

Resumo

A literatura tem mostrado um aumento significativo da busca por tratamentos com Práticas Integrativas e Complementares (PIC) por pacientes com doenças crônicas, como o câncer. No entanto, muitas questões ainda carecem de esclarecimento, como: o custo e efetividade dos tratamentos com as PIC; mudança no tipo de informação necessária para lidar com pacientes em tratamento do câncer; a adoção de práticas legitimadas pelo uso, porém estranhas a maior parte dos profissionais e problemáticas, do ponto de vista da evidência científica, da formação e do controle; e a pressão para a incorporação dessas práticas nos sistemas nacionais de saúde. O objetivo geral desse projeto é identificar as percepções da equipe do serviço de oncologia do Hospital das Clínicas da Unicamp sobre o cuidado com práticas integrativas e complementares, para, então, construir, implantar e avaliar proposta de cuidados integrativos de câncer. Para isso, a metodologia empregada é a qualitativa, a partir do método de análise da sociologia construída com os conceitos de campo e *habitus*, que permitem situar objetos, agentes e arena relacionados ao problema investigado. O projeto é constituído por três etapas: diagnóstico; construção de propostas; implantação e avaliação de serviços de cuidado integrativo do câncer. Em cada uma serão utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados, como: entrevistas, grupo focal e observação participante; e análise de dados, como: análise temática e de discurso. Como o modelo vigente de atenção em saúde é caro e muitas vezes pouco resolutivo, sobretudo em condições crônicas, um dos maiores desafios da pesquisa no campo da saúde atualmente é identificar estratégias de redução de gastos e aumento da resolubilidade das ações de cuidado e cura. Acredita-se que as PIC, que buscam a introdução de terapêuticas não convencionais seguras e efetivas nos serviços de saúde, sejam uma possibilidade. A contribuição desse projeto é desenvolver o modelo da “oncologia integrativa” promovendo de maneira geral: ações diretas no cuidado, nas práticas de saúde coletiva e na gestão dos serviços; acolhimento; criação de vínculos; integralidade do cuidado, abrangendo as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual; possível redução na dispensação de medicamentos; possível redução no número de consultas; desenvolvimento do autoconhecimento e autonomia dos pacientes. A produção de dados sobre as condições de tratamento do câncer e a integração de práticas complementares em diferentes serviços de saúde, seus entraves e facilidades, podem subsidiar a formulação de políticas de saúde que diminuam ansiedade, dor e sofrimento psíquico, dos pacientes, cuidadores, familiares e profissionais. Com isso, pretende-se contribuir para a concretização de alguns dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, em especial os princípios de integralidade e universalidade.

Palavras-chaves: Câncer; Medicina Integrativa, Medicina Alternativa e Complementar; Doenças Crônicas; Serviços de Saúde; Pesquisa Qualitativa.

Anexo 5

Grupos de Estudos e Pesquisas em Práticas Integrativas e Complementares cadastrados no CNPq		
IES	GRUPO	ANO DE FORMAÇÃO
Universidade Federal da Bahia – UFBA	Programa Farmácia da Terra	1988
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP	GEPACS – Grupo de Práticas Complementares ou Alternativas em Saúde	1989
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE	Saúde Coletiva e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	2002
Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas – UNICAMP	Metodologia Qualitativa e Sociologia das Medicinas Alternativas, Complementares e Integrativas	2004
Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL	Núcleo de Pesquisa em Naturologia e Práticas Integrativas e Complementares	2008
Universidade de Santa Catarina – UFSC	Grupo de Pesquisa Translacional em Medicina em Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	2010
Universidade Federal Fluminense – UFF	GRM – Racionalidades em Saúde: Sistemas Médicos e Práticas Complementares e Integrativas	2011
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE	Saúde Integrativa – PNPICS	2012
Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Neto – UNESP	PICAPS – Práticas Integrativas e Complementares e Atenção Primária em Saúde	2012
Universidade de Araras – UNIARARAS	Grupo de Estudos sobre Acupuntura e Práticas Integrativas em Saúde	2013
Universidade Anhembi-Morumbi – UAM	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Complexidade e Saúde	2013
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF	Grupo de Pesquisa Práticas Não Convencionais em Saúde	2013
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP	Grupo de Pesquisa em Plantas Medicinais e Fitoterápicos	2014