

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ENSINO E APRENDIZAGEM SOBRE MEDICINA
TRADICIONAL CHINESA E TÉCNICAS DE
ACUPRESSÃO COMO POSSIBILIDADE DE CUIDADO
EM SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Adrieli Pivetta

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**ENSINO E APRENDIZAGEM SOBRE MEDICINA
TRADICIONAL CHINESA E TÉCNICAS DE ACUPRESSÃO
COMO POSSIBILIDADE DE CUIDADO EM SAÚDE**

Adrieli Pivetta

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado e Educação em Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dra. Elisabeta Albertina Nietsche

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

PIVETTA, ADRIELI
ENSINO E APRENDIZAGEM SOBRE MEDICINA TRADICIONAL
CHINESA E TÉCNICAS DE ACUPRESSÃO COMO POSSIBILIDADE DE
CUIDADO EM SAÚDE / ADRIELI PIVETTA.-2015.
94 p.; 30cm

Orientadora: ELISABETA ALBERTINA NIETSCHE
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. ENFERMAGEM 2. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE 3.
TERAPIAS COMPLEMENTARES I. NIETSCHE, ELISABETA ALBERTINA
II. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**ENSINO E APRENDIZAGEM SOBRE MEDICINA TRADICIONAL
CHINESA E TÉCNICAS DE ACUPRESSÃO COMO POSSIBILIDADE
DE CUIDADO EM SAÚDE**

elaborada por
Adrieli Pivetta

como requisito para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Elisabeta Albertina Nietzsche, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Mercedes Trentin, Dra. (UFSC)
(Titular)

Nara M. O. Girardon Perlini, Dra. (UFSM)
(Titular)

Santa Maria, 10 de março de 2015.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Airton e Mari, que acreditaram no meu sonho, na minha capacidade, nas minhas escolhas e sempre me incentivaram nos estudos e na insaciável busca por conhecimento.

Ao meu namorado Rafael, que dividiu a ansiedade do processo seletivo, aceitou com muita paciência a ausência e a distância, e compartilhou tristezas, desânimos, mas também cada alegria, cada vitória, cada passo desse caminho.

A professora Beta, que foi muito mais do que uma orientadora, foi uma mãe, uma amiga, uma fonte de conhecimento e aprendizagem. Que encarou comigo, o meu maior e mais saboroso desafio.

Dedico a vocês este trabalho, que se trata muito mais do que uma simples pesquisa, mas uma jornada, repleta de mudanças, conhecimentos e crescimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a *Deus*, que me confiou uma das mais belas vocações e entregou em minhas mãos muitos de seus filhos que necessitavam de atenção e cuidados. A Ele toda minha devoção e adoração;

Agradeço meus **pais, irmão, avó e tios**, que depositaram em mim toda confiança e sempre me deram força para seguir minha caminhada e não desistir mesmo em frente a tantos medos e dificuldades. A eles todo meu amor e agradecimento;

Meu muito obrigado aos *Mestres*, que além de educadores foram amigos. Agradecimento especial, a minha orientadora, *Professora Beta*, que sempre se mostrou preocupada e disposta a orientar, ensinar e transmitir toda sua experiência e sabedoria. A todos meu carinho e reconhecimento.

A *Secretaria Municipal de Saúde* do município em que ocorreu a pesquisa e aos *sujeitos* participantes. A eles, meus votos de sucesso e saúde.

Ao meu namorado *Rafael*, que confiou na minha capacidade e foi fundamental na minha vida pessoal e profissional nesta jornada. A ele, todo meu respeito e sincera gratidão.

E, a todos meus *amigos e colegas*, em especial a *Fernanda e Cléton*, que me deram força e coragem, incentivaram-me e fizeram desse período que juntos passamos algo inesquecível. Foi tudo tão depressa, mas valeu a pena! A eles minha eterna amizade.

*“... e o que é trabalhar com amor?
É por em todas as coisas que fazeis um sopro do vosso espírito.”
(KHALIL GIBRAN)*

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

ENSINO E APRENDIZAGEM SOBRE MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E TÉCNICAS DE ACUPRESSÃO COMO POSSIBILIDADE DE CUIDADO EM SAÚDE

AUTORA: ADRIELI PIVETTA

ORIENTADORA: ELISABETA ALBERTINA NIETSCHÉ

Data e local da Defesa: Santa Maria, 10 de março de 2015.

Como meio de disponibilizar à população novas opções de cuidado, com baixo custo, elevada efetividade, nas quais os próprios sujeitos foram/são co-responsáveis por sua saúde, contribuindo também na saúde da família e comunidade, buscou-se com esta pesquisa agregar às ações de educação em saúde, desenvolvidas pelo enfermeiro, a Medicina Tradicional Chinesa, apresentada pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Para tanto esta investigação possuiu a questão norteadora: “Quais benefícios o enfermeiro pode trazer aos sujeitos quando utiliza como estratégia de educação em saúde a Medicina Tradicional Chinesa, disposta na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares? Definiu-se como objetivo geral: Desenvolver estratégias de educação em saúde, utilizando a Medicina Tradicional Chinesa, como inovação ao serviço. E como objetivos específicos: (1) Proporcionar através da realização de encontros, o conhecimento e aprendizagem da Medicina Tradicional Chinesa em relação a técnicas de acupressão, e (2) Identificar o conhecimento sobre Medicina Tradicional Chinesa antes e após as ações educativas. Para isso, realizou-se uma Pesquisa Convergente Assistencial em uma Estratégia Saúde da Família, na zona urbana de um município do Noroeste do Rio Grande do Sul, onde em um grupo, com doze sujeitos participantes da pesquisa, foram realizadas atividades de educação em saúde, momento em que os sujeitos foram convidados a conhecer e a utilizar práticas relacionadas a Medicina Tradicional Chinesa como nova opção de (auto)cuidado. Importante lembrar que neste método associaram-se pesquisa e assistência, as quais ocorreram ao mesmo tempo. Para a coleta de informações foram utilizadas a entrevista semi-estruturada e a observação participante, e para interpretação e análise, que ocorreram simultaneamente com a coleta, foram seguidas as fases apresentadas pelo método. Os resultados deram origem à três categorias: conceituando saúde na percepção dos sujeitos, conhecimento dos sujeitos sobre Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Tradicional Chinesa/acupressão: benefícios e estratégias de educação em saúde. Com a realização do estudo, ficou evidente que a acupressão pode ser implantada em serviços de saúde, e demonstra-se benéfica tanto ao sujeito, que agrega novos conhecimentos, como aos profissional que passa a conhecer melhor seu público e oferecer-lhe condições de saúde de maneiras alternativas.

Descritores: educação em saúde. Políticas públicas de saúde. Terapias complementares. Enfermagem.

ABSTRACT

Master Thesis
Postgraduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

ACTIONS AND EDUCATION STRATEGIES IN HEALTH MADE BY NURSES THROUGH TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

AUTHOR: ADRIELI PIVETTA

ADVISOR: ELISABETA ALBERTINA NIETSCHE

Place and date of Defense: Santa Maria, 10th March, 2015.

As a means of providing the new care options population, with low cost, high effectiveness, in which the subjects themselves were/are co-responsible for their health, contributing also to the health of family and community, we sought to add to this search health education activities implemented by nurses, traditional Chinese medicine, presented by the Health Ministry in the National Integrative and Complementary Practices Politic. Therefore this research has owned the guiding question: "What benefits nurses can bring to the subjects when used as a health education strategy to traditional Chinese medicine, prepared by the National Politics on Integrative and Complementary Practices?" Was defined as general objective: To develop health education strategies, using Traditional Chinese Medicine, such as innovation service. And the following objectives: (1) Provide by conducting meetings, knowledge and learning of Traditional Chinese Medicine for acupressure techniques, and (2) identify the knowledge about Traditional Chinese Medicine before and after the educational activities. For this, there was a Convergent Care Research in a Family Health Strategy, the urban area of a city in the Rio Grande do Sul Northwest, where in a group, health education activities were held, at which the subjects were invited to visit and use practices related to Traditional Chinese Medicine as a new option (self) care. Important to remember that this method were associated with research and care, which occurred at the same time. For the collection of information was used to semi-structured interviews and participant observation, and interpretation and analysis, which occurred simultaneously with the collection, we have followed the steps as defined by the method. The results led to three categories: conceptualizing health in the perception of the subjects, knowledge of the subjects on Traditional Chinese Medicine and Traditional Chinese Medicine / Acupressure: benefits and health education strategies. With the completion of the study revealed that acupressure can be deployed in health services, and proves to be beneficial both to the subject, which adds new knowledge, as the professional who gets to know better your public and offer you health conditions alternative ways.

Descriptors: health education. Public health politics. Complementary therapies. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – TAO	26
Figura 2 – Cinco Elementos	26
Figura 3 – Pontos de Acupuntura	27
Figura 4 – Material para sensibilização	40
Figura 5 – Convite para os grupos	41

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
Ciplan – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
ESF – Estratégia Saúde da Família
GAP – Gabinete de Projetos
GEPES – Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde
MTC – Medicina Tradicional Chinesa
MS – Ministério da Saúde
NAAB – Núcleo de Apoio a Atenção Básica
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCA – Pesquisa Convergente Assistencial
PIC – Práticas Integrativas e Complementares
PNEPS- Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNMNPC – Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF – Programa Saúde da Família
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Termo de Confidencialidade
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Organização das Informações Qualitativas	72
--	----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
Apêndice B – Roteiro para Entrevista Semi-estruturada	77
Apêndice C – Roteiro de Observação	78
Apêndice D – Solicitação para Desenvolvimento da Pesquisa	80
Apêndice E – Material educativo utilizado no encontro 1	81
Apêndice F – Material educativo utilizado no encontro 2	85
Apêndice G – Material educativo utilizado no encontro 3	88
Apêndice H – Material educativo utilizado no encontro 5	90
Apêndice I – Material educativo utilizado no encontro 6	93

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Educação em saúde na perspectiva metodológica da educação popular.....	18
2.2 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: apresentação e possibilidades para a enfermagem	22
2.3 Medicina Tradicional Chinesa.....	25
3 METODOLOGIA	29
3.1 Tipo de estudo	29
3.2 Fase de Instrumentação	31
3.2.1 Escolha do espaço da pesquisa	31
3.2.2 Escolha dos participantes.....	32
3.2.3 Métodos e técnicas de obtenção das informações	32
3.3 Fase de Perscrutação	33
3.4 Fase de análise das informações	35
3.5 Fase de interpretação	36
3.6 Aspectos éticos.....	37
4 ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	40
4.1 Sensibilização da equipe	40
4.2 Convite aos sujeitos.....	41
4.3 Sensibilização do grupo	42
4.4 Pré entrevista	42
4.5 Entrevistas iniciais	43
4.6 Caracterização dos sujeitos.....	43
4.7 Construção do conhecimento	44
4.8 Entrevistas finais.....	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1 Conceituando saúde na percepção dos sujeitos.....	50
5.2 Conhecimento dos sujeitos sobre Medicina Tradicional Chinesa.....	53
5.3 Medicina Tradicional Chinesa/acupressão: benefícios e estratégias de educação em saúde	56
6 FIDELIDADE AO MÉTODO	62
6.1 Pesquisa na assistência, assistência na pesquisa: trocas e construções.....	62
6.2 Questionário avaliativo	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68

ANEXOS	71
Anexo A – Organização das informações qualitativas	72
APÊNDICES	73
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
Apêndice B - Guia para a entrevista	76
Apêndice C - Roteiro para observação	77
Apêndice D - Solicitação para desenvolvimento da pesquisa	78
Apêndice E - Material educativo utilizado no encontro 1	79
Apêndice F - Material educativo utilizado no encontro 2	83
Apêndice G - Material educativo utilizado no encontro 3	86
Apêndice H - Material educativo utilizado no encontro 5	88
Apêndice I - Material educativo utilizado no encontro 6	90

INTRODUÇÃO

Dissertar sobre educação em saúde é uma atividade nada fácil, considerando a variedade de conceitos que cercam essas palavras, que são constantemente influenciadas por eventos políticos, filosóficos, e tantos outros momentos que a sociedade passa ao longo de sua evolutiva história.

Neste estudo será utilizado como embasamento teórico o conceito de educação popular em saúde utilizado pelo Ministério da Saúde (MS) no Caderno de Educação Popular e Saúde, publicado em 2007, que por influência do educador pernambucano Paulo Freire, que defende a ideia de uma educação incentivadora e facilitadora da emancipação do sujeito sobre a própria saúde, a da família e comunidade (BRASIL, 2007).

O MS defende a ideia, inspirada em Freire, de que é preciso para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)

o desenvolvimento de educação em saúde em uma perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (BRASIL, 2007, p.5).

Ao encontro desta colocação não é equivocado afirmar que oferecer novos conhecimentos e alternativas para prevenções e tratamentos e acolher as sugestões vindas dos próprios clientes é inegavelmente uma prática humanizada, coletiva e ao mesmo tempo individual na atenção à saúde, que vem ao encontro dos princípios do SUS. Disponibilizar possibilidades de prevenção e cuidado respeita o poder de decisão do indivíduo e cria confiabilidade e relação de cumplicidade entre profissional e cliente.

Uma das mais importantes ações de preparo da comunidade para efetivar seu próprio cuidado e enfrentamento do processo saúde-doença por meio das ações educativas é a implantação das Políticas Públicas de Saúde, que aparecem neste cenário como ferramenta de intercâmbio entre o saber popular e científico, no sentido de construir/reconstruir noções e atitudes (CERVERA, PEREIRA e GOULART, 2011).

Entre as mais de sessenta Políticas de Saúde do país, encontra-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). A criação desta Política se traduz no acréscimo de novas práticas assistenciais oferecidas pelo SUS, capazes de formar, juntamente

com as práticas convencionais, um sistema holístico que vem contribuir com o conceito de integralidade apresentado pelo Sistema (BRASIL,2006).

Além de se tratar de ações de baixo custo, influenciando também no aspecto econômico da população e do Estado, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) aparecem como alternativa às pessoas que buscam uma terapia menos agressiva, utilizando-se de meios mais naturais dos convencionais encontrados na medicina alopática.

Entre as várias terapias incluídas na PNPIC, cita-se a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura (MTC), terapia milenar, que vem conquistando e ganhando espaço no ocidente, considerada uma das mais bem estruturadas. Com várias pesquisas já realizadas a seu respeito, a terapia que trabalha com estímulos em pontos específicos do corpo aparece como uma boa opção aos pacientes que procuram alternativas complementares a tratamentos ou que a buscam com o intuito de qualidade de vida.

A MTC/Acupuntura, assim como as demais PIC, é pouco explorada pelos profissionais de enfermagem, são poucos os estudos desenvolvidos por esta categoria que buscam apresentar a outros profissionais e ao público os benefícios que essa prática pode trazer tanto ao profissional, como estratégia de cuidado, como para o sujeito, na possibilidade de emancipação. Em um levantamento sobre as dissertações e teses realizadas pela enfermagem brasileira sobre estas práticas constatou-se que foram realizados no país 16 estudos e apenas seis sobre o MTC.

Poucos enfermeiros possuem o conhecimento de que esta terapia, normalmente utilizada com agulhas, também pode fazer parte do dia a dia da população. Trata-se da massagem ou até mesmo uma simples pressão nos pontos de acupuntura. Esta forma de acupuntura apresenta-se como uma forte aliada dos profissionais que procuram desenvolver através da educação a promoção da saúde, e a construção de sujeitos responsáveis pelo próprio bem estar.

Nesta perspectiva sugere-se agregar às ações de educação em saúde, fundamentadas na educação popular, a MTC, apresentada na PNPIC, como meio de enriquecer este processo e apresentar à população novas opções de cuidado, com baixo custo, elevada efetividade, podendo interferir, inclusive, na demanda do serviço das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ESF (Estratégia Saúde da Família).

Justifica-se a escolha do tema, por acreditar-se na relevância que as terapias integrativas e complementares apresentam para a Enfermagem como estratégia da promoção da saúde, incluindo o (auto)cuidado, por meio de atividades de educação em saúde, fundamentadas na educação popular. Sentiu-se necessário durante a construção do projeto pesquisar o que a

enfermagem brasileira, inserida na pós-graduação *Stricto sensu*, está pesquisando e publicando sobre as PIC, e constatou-se, como já citado, que os estudos aparecem timidamente. Assim, a necessidade de apresentar este campo como fértil para a enfermagem também aparece como forte justificativa.

A inserção ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (GEPES), inserido na linha de pesquisa de Cuidado, Educação em Enfermagem e Saúde, também foi crucial para a escolha do tema. Considerando que esta temática também acompanhou a autora enquanto acadêmica de graduação, onde participava como bolsista de extensão de projetos relacionados à educação em saúde.

Quanto à opção de trabalhar com apenas uma das terapias propostas pela PNPIC, surgiu pela especialização e conhecimento da autora sobre o assunto, considerando que a mesma possui pós-graduação *Lato sensu* em Acupuntura, cursos de Eletroacupuntura, Auriculoterapia, Crâniopuntura, Moxabustão, Ventosaterapia, entre outros relacionados à Medicina Tradicional Chinesa. Segundo Minayo (2004 p.90), “a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas[...]”.

Portanto, frente ao baixo conhecimento da população e profissionais sobre a MTC e poucos municípios aderirem a PNPIC no SUS, considerando que se trata de um direito dos usuários do Sistema, despertou-se o interesse em pesquisar sobre esta temática. Assim, este estudo possui como questão norteadora: “Quais benefícios o enfermeiro pode trazer aos sujeitos quando utiliza como estratégia de educação em saúde a Medicina Tradicional Chinesa, disposta na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?”

A pesquisa foi realizada com o propósito de alcançar o objetivo geral de: Desenvolver estratégias de educação em saúde, utilizando a Medicina Tradicional Chinesa, como inovação ao serviço. E como objetivos específicos: (1) Proporcionar através da realização de encontros, o conhecimento e aprendizagem da Medicina Tradicional Chinesa em relação a técnicas de acupressão, e (2) Identificar o conhecimento sobre Medicina Tradicional Chinesa antes e após as ações educativas.

Além de apresentar a outros profissionais a metodologia de implantação da MTC, que poderá ser utilizada em outros cenários, os resultados poderão vir a reafirmar os benefícios destas PIC que é direito de todos os usuários do SUS. Possibilitando, como já mencionado, novas oportunidades aos profissionais e sujeitos.

Para tanto, a proposta da pesquisa consiste no diálogo em um grupo de saúde, sobre práticas e técnicas de acupressão, que com princípios básicos da Medicina Tradicional Chinesa, pode oferecer aos sujeitos novas possibilidades de (auto)cuidado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor elucidar a pesquisa, este referencial teórico apresentará como suporte três abordagens consideradas pertinentes à temática, sendo elas: educação em saúde, com estratégia metodológica a educação popular, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a Medicina Tradicional Chinesa, todas sempre relacionadas à atuação do enfermeiro, profissional chave do processo da pesquisa.

2.1 Educação em saúde na perspectiva metodológica da educação popular

No Brasil, as primeiras ações em educação em saúde eram desenvolvidas por profissionais da educação, que não inseridos nas práticas de saúde nas comunidades, buscavam mudar os hábitos e comportamentos considerados “errados”. Nessa visão, a educação era utilizada com a finalidade de diminuir a ignorância da população, não considerando seus conhecimentos, cultura, muito menos seus quereres (ALVES; AERTS, 2011). Os sujeitos não eram considerados seres pensantes e também responsáveis por sua saúde, sendo ignorados e avaliados como não capazes de tomar decisões.

A educação em saúde era predominantemente unidirecional, com transmissão realizada pelo profissional – portador do saber – e recebida pelo usuário – agente passivo, recipiente do conhecimento – encerrando assim o processo, que rigidamente obrigava as pessoas seguirem suas regras (OLIVEIRA 2005). Este tipo de processo é reconhecido pelo educador Paulo Freire, como educação bancária, pelo fato de depositar informações no sujeito, não se preocupando com seu entendimento e possíveis confrontos de valores. Nela o ser humano é anulado, apenas reproduz o que lhe é imposto, sem dar-se o direito de questionar, escolher e recusar essas ações, que em muitas vezes, são determinantes para sua qualidade de vida (FREIRE, 1997).

Contudo, a educação em saúde passa a ganhar um papel importante na história do Brasil a partir da década de 70, sustentada posteriormente, na década de 80 pela Reforma Sanitária. É importante lembrar que isso ocorreu a partir do momento que o Governo sentiu-se obrigado a oferecer condições básicas de saúde a toda população por questões econômicas

e políticas, fato que incentivou as ações preventivas, que envolviam ações de baixo custo, exigindo investimentos menores ao Governo (MERHY e GOMES, 2011).

A partir da publicação da Constituição Federal de 1988 que institui o SUS e as leis que o regulamentam, recomenda-se que a comunidade passe a ser sujeito ativo do seu processo de saúde, e inicia-se a discussão sobre a importância da apresentação de opções e estratégias em saúde de acordo com os valores, crenças, e particularidades dos indivíduos. A criação do SUS e a estratégia de participação da comunidade não estavam focadas apenas para uma educação em saúde voltada a melhoria pedagógica, findando a reflexão crítica, mas também para contribuição na transformação e evolução social (ALVES e AERTS, 2011; MACHADO et al., 2007; CARVALHO, 2004).

As práticas educativas assumem, a partir deste momento histórico, o papel de tornar o sujeito capaz de escolher o que é mais saudável à sua vida, e de ser visto como um ser histórico, social e político, inserido em uma família e em uma comunidade. Contudo, para isso, além de lhe apresentar opções de escolha, faz-se necessário transmiti-la de forma clara e objetiva. É preciso partir da ideia de que não existe uma cultura melhor do que a outra, mas saberes complementares e inter-relacionados (ALVES; AERTS, 2011; MACHADO et al., 2007).

Esta ruptura da educação verticalizada, focada inicialmente no profissional como portador do saber, e sujeito meramente receptor, além de consistir em uma reorientação do modelo assistencial da saúde brasileira, implica na valorização das trocas de saberes e conduz a modificações importantes tanto na tarefa profissional, como na liberdade do sujeito.

Esse processo pode ser explicado por Freire como a superação do modelo bancário, percebido não mais como adequado, e introdução da educação libertadora, onde educar exige respeito à autonomia do ser educando, oferecendo ao seu público a oportunidade de participar do processo ensino/aprendizagem como um ator ativo, onde o ensinamento e o apreender são recíprocos, permitindo um maior crescimento de ambas as partes (FREIRE, 1997).

Esse novo conceito de educação em saúde, que procura superar o modelo tradicional citado anteriormente, aparece nas atividades dos profissionais de saúde intimamente relacionada à promoção da saúde, que embora sejam ações distintas, ambas buscam contribuir para melhores condições de vida, onde a participação dos sujeitos e comunidade ocorre não apenas quando há risco de doença, ou quando esta já está inserida, pois tem a preocupação de preparar o indivíduo para construir uma vida mais saudável (OLIVEIRA 2005; MACHADO et al., 2007).

Para propagar a educação em saúde neste modelo flexível, o profissional precisa estar aberto ao mundo, pois as modificações são mútuas, há a agregação do conhecimento popular com o científico, sempre pretendendo alcançar o real sentido da integralidade, tão defendida pelas diretrizes do SUS (MACHADO et al., 2007). Contudo, isso só se torna possível com a ampliação das práticas, saberes e fazeres, afim de desenvolver alternativas e proporcionar novas habilidades ao público (CARVALHO, 2004; SILVA et al., 2007).

Logo, a educação em saúde pode ser considerada uma conduta facilitadora na conquista de boas condições de vida (GUEDES et al., 2004). É importante que o profissional oportunize a emancipação do sujeito na transformação da própria realidade (SILVA et al., 2009).

Freire defende a ideia de que sempre há um conhecimento a ser aprendido, independente do tema, do local, da circunstância. É embasada não no autoritarismo do educador, mas na escuta, no respeito, diálogo e, principalmente, envolvimento transformador. A educação popular, apresentada pelo autor, defende o público como ser co-responsável pela sua aprendizagem (FREIRE, 1996).

Neste sentido, a educação promovida na amplitude da saúde deve ir muito mais além das informações transmitidas pelo educador, deve haver a preocupação do cidadão apreender e promover sua própria saúde, não dependendo exclusivamente do profissional. E é este o propósito da educação popular, inspirada em Freire e descrita pelo MS em 2007 no Caderno de Educação Popular e Saúde.

Na publicação referida, o MS apresenta os conceitos desta educação tão almejada pelo Governo, profissionais e usuários, e parte da ideia de que “o princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto a atenção integral em todos os níveis do sistema, como também a integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado” (BRASIL, 2007,p.5).

Para que o profissional seja capaz de promover uma educação em saúde livre de preconceitos e que consiga oferecer o empoderamento ao sujeito de forma a torná-lo um agente ativo neste processo, capaz de mostrar resolubilidade não somente sobre sua saúde, mas de sua família e comunidade, é preciso que o profissional tenha claramente o conceito da educação popular em saúde.

Assim, conceitua-se educação popular de acordo com Paulo Freire, como uma pedagogia emancipadora, onde a realidade dos sujeitos é transformada a partir do protagonismo dos próprios sujeitos, que passam a ser co-responsáveis pela sua educação (FREIRE, 1996).

Partindo destes conceitos, é fácil perceber que com a educação popular inserida na saúde, busca-se inclusão social através da participação do usuário do Sistema Único de maneira autônoma e responsável pela sua saúde, e o despertar dos profissionais para práticas de educação em saúde pautadas na criatividade e recriação dos modos de cuidar. Ao encontro disso, destaca-se que

o papel agenciador da Educação Popular se faz pelo pinçar e fomentar atitudes de participação no sentido de sempre mudar realidades, tornando-as vivas, criativas e correspondentes ao desejo de uma vida mais feliz (BRASIL, 2007,p.15).

Mesmo sendo o Brasil o país pioneiro na constituição do método da Educação Popular (BRASIL, 2007) e ser o assunto discutido desde a década de 70, o método só ganhou um espaço formal no MS em 2003, e somente em 2012 a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) foi aprovada, com os princípios teóricos-metodológicos votados ao diálogo, amorosidade, a problematização, construção compartilhada de conhecimento, emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2012).

A instituição da PNEPS ocorreu recentemente, em 2013 através da Portaria 2.761 de 19 de novembro de 2013, e a partir deste momento a responsabilidade dos profissionais/educadores em saúde ganhou um novo incentivo, e espera-se que traga à população sempre novas possibilidades de viver bem (BRASIL, 2013).

O enfermeiro, é um dos profissionais da equipe de saúde que mantém constante contato com seu público seja na atenção primária, seja no ambiente hospitalar, o que implica em um importante facilitador da educação dos sujeitos e melhoria da sociedade. Ao utilizar como metodologia de suas ações voltadas à educação, a educação popular em saúde, o enfermeiro além da ação educativa oferece ao seu público uma visão consciente de sua condição de vida, permitindo sua participação neste processo (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Assim, ao encontro das palavras de Freire (2011, p.14), “ensinar, aprender e pesquisar lida com esses dois momentos do ciclo gnosilógico: o em que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e o em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente.”, apresentam-se as políticas de saúde, que traçam como objetivos agregar saberes e contribuir para a qualidade de vida, e estabelece uma ligação importante com o trabalho do enfermeiro e toda equipe de saúde.

2.2 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: apresentação e possibilidades para a Enfermagem

Após a criação do SUS, a maior política pública de Saúde do país, várias outras foram criadas com o objetivo de promover o fortalecimento do Sistema Único. De acordo com o MS, atualmente são mais de 60 Políticas (BRASIL, 2013), que buscam promover e restabelecer a saúde, e prevenir doenças. Em um país com tantas diversidades, elas são destinadas aos mais variados públicos, procurando sempre atender a todos, superando preconceitos e prestando assistência aos mais vulneráveis.

As Políticas Públicas de Saúde devem surgir a partir da necessidade da construção da regulamentação de determinadas ações voltadas a determinado público. O MS descreve que

para consolidar a participação social no SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços das rodas de discussão onde acontecem aproximações entre a construção da gestão descentralizada; o desenvolvimento da atenção integral à saúde, entendida como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde; e o fortalecimento do controle social (BRASIL, 2007, p.16).

Esta colocação esclarece a importância da relevância das condições sociais tanto para o momento que se formula uma Política Pública, como no momento de aplicá-la à população a quem foi destinada. E é nesta perspectiva que as Políticas Públicas de saúde emergem como aliadas dos enfermeiros e equipe de saúde no momento de desenvolver a educação popular em saúde, assim como, em reciprocidade, as políticas só se efetivam através da educação.

Facilitar escolhas, sensibilizar e construir a cidadania são apenas alguns exemplos de conquistas possíveis através da utilização das Políticas Públicas de Saúde que por meio de ações educativas atingem seus objetivos e respeitam suas diretrizes sem agredir a autonomia dos sujeitos, facilitando suas escolhas e não as impondo.

Entre as várias Políticas publicadas pelo MS, destaca-se uma Política publicada em 2006, que surgiu a partir da necessidade de regulamentar algumas terapias que podem ser apresentadas como uma opção aos profissionais de saúde e aos usuários do Sistema para a busca de qualidade de vida por meio de mecanismos que já vinham sendo utilizados, porém sem reconhecimento legal, que é abordada na PNPIC.

Através do estímulo recebido da Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio do seu Programa de Medicina Tradicional, e com o intuito de regulamentar e legitimar algumas práticas alternativas utilizadas na rede pública de saúde nas esferas estaduais e municipais, em maio de 2006, o MS criou a PNPIC no SUS, com o subtítulo “atitude de ampliação de acesso” (BRASIL, 2006).

Essa ampliação de acesso passou a permitir que usuários do SUS desfrutassem de práticas antes restritas a instituições privadas de saúde, além de abrir um amplo leque de alternativas na promoção da saúde e bem estar. Entre as práticas incluídas destacam-se a Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo-Crenoterapia.

Cabe destacar que o processo de implantação da PNPIC foi longo e passou por várias etapas até ser definitivamente publicada. O marco inicial deu-se ainda em 1986 durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde as práticas alternativas foram apresentadas como possibilidade de acesso democrático aos usuários do Sistema de Saúde, oferecendo-lhes a oportunidade de escolha sobre a prática preferida. Porém, foi somente em 1988 que a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) apresentou diretrizes e normas para o atendimento de algumas práticas alternativas como Fitoterapia e Acupuntura (BRASIL, 2006).

Em meados de 1995, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do MS editou por meio da Portaria GM nº 2543 a Instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais. Contudo, foi em 1996, na 10ª Conferência Nacional de Saúde, que se aprovou a inclusão das práticas ao SUS em todo território nacional (BRASIL, 2006).

Mais tarde, a Portaria GM 1230 de outubro de 1999 implantou as consultas de Homeopatia e Acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS. Um ano mais tarde, na 11ª Conferência Nacional de Saúde, foi recomendada para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a incorporação de práticas não-convencionais de terapêutica como Acupuntura e Fitoterapia (BRASIL, 2006).

Enfatizando ainda mais a necessidade da criação de um documento que reconhecesse as PIC, a OMS publicou em 2002 uma cartilha intitulada “*Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*”, onde reconhecia o valor dessas terapias e a importância da aprovação e garantia da qualidade a todos os usuários.

Com o objetivo de elaborar uma Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMNPC) no SUS, em 2003, formou-se um grupo de trabalho do MS.

Ainda no mesmo ano, o relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde decidiu a inclusão da PNMNPC, atual PNPIC no SUS (BRASIL,2006).

Foi a partir da Portaria 971 de maio 2006 que o Ministério da Saúde, já em tempo, publicou as diretrizes para a implantação e implementação dessas ações no contexto nacional, garantindo além da segurança e qualidade das PIC aos usuários, financiamento, estruturação, desenvolvimento, qualificação, monitoramento, pesquisa e acesso a essas práticas (BRASIL, 2006). A Política também surge no serviço público de saúde como cooperadora na evolução do exercício e desempenho das ações responsáveis pela promoção e recuperação da saúde, diminuição de danos e bem estar da população assistida.

O MS afirma que “ao atuar nos campos de prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios do SUS”.(BRASIL, 2006, p.5). Trata-se, poder-se-ia dizer, do acréscimo de novas práticas assistenciais capazes de formar, juntamente com as práticas convencionais um sistema holístico que vem contribuir com o conceito de integralidade apresentado pelo SUS.

A aprovação e legitimação das PIC representaram um grande avanço na saúde, considerando que muitas dessas práticas já eram utilizadas de forma informal, com conhecimento apenas cultural herdado de gerações mais antigas. A partir do momento da aprovação as práticas passaram ser pesquisadas, comprovando os reais efeitos os distinguindo dos vários mitos existentes, e assim os usuários passaram a utilizá-las de forma segura e por profissionais devidamente capacitados para isso.

A respeito da construção de políticas de saúde sobre as PIC, a OMS (2002,p.3) em suas estratégias sobre Medicina Tradicional diz que a

política oferece uma base sólida para definir o papel da Medicina Tradicional no aporte sanitário nacional, assegurando que se criam os mecanismos normativos e legais necessários para promover e manter uma boa prática, que o acesso seja equitativo, e se assegure a autenticidade, a segurança e a eficácia das terapias.¹

Ao encontro disso, como já foi descrito, a normatização das PIC possibilita a segurança e qualidade aos já usuários da medicina não convencional e abrem acesso a todos que ainda não a conhecem por insegurança ou falta de acessibilidade. Além de consideravelmente mais barata, influenciando também no aspecto econômico da população e do Estado, as PIC aparecem como alternativa às pessoas que buscam uma terapia

¹ Tradução livre

diferenciada, que utiliza mecanismos completamente distintos dos convencionalmente encontrados na medicina alopática.

O ato de oferecer novas possibilidades de terapias que podem ser efetuadas pelos próprios sujeitos, além de proporcionar a autonomia e co-responsabilidades dos mesmos, pode interferir, inclusive, na demanda dos serviços das unidades de saúde. Contudo, para que isso se torne rotineiro e passe fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, é imprescindível o conhecimento desta temática pela equipe de saúde, principalmente a enfermagem, que presta o cuidado constantemente aos sujeitos.

A enfermagem é respaldada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 197 de 19 de março de 1997 que estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem (BRASIL, 1997). Essa tendência não é exclusividade do Brasil, a literatura internacional também mostra que os enfermeiros de outros países estão incorporando cada vez mais terapias complementares em suas práticas (DUNNING, 2005).

No entanto, há uma carência de evidências na literatura relacionadas às estratégias utilizadas pela enfermagem para personalizar o ensino e o cuidado aos seus pacientes, especificamente sobre as intervenções complementares à medicina alopática. Tendo a PNPIC como incentivo governamental, o enfermeiro, em parceria com sua equipe, é capaz de fazer educação em saúde, na perspectiva da educação popular e apresentar a seus clientes, novas e impactantes maneiras de fazer saúde.

2.3 Medicina Tradicional Chinesa

Entre todas as PIC reconhecidas pelo MS e oferecidas pelo SUS por meio da PNPIC, destaca-se a MTC – Acupuntura como uma das mais antigas e tradicionais. Com o estímulo de pontos específicos do corpo, a acupuntura trata-se de uma terapia milenar, de origem oriental, tendo como precursores os chineses.

Possui como princípios básicos a figura do TAO, que representa o Yin e Yang, e os cinco elementos (fogo, terra, metal, água e madeira). Trata-se de um princípio peculiar, abrangente, sistemático e filosófico, bastante distinto da medicina alopática, voltada especificamente para o modelo biomédico.

O TAO, figura bastante conhecida também no ocidente, representa através de seu formato e cores, o Yin e o Yang, fundamentos filosóficos complexos, onde se pode perceber os opostos e a interdependência desses. Considerando esta filosofia, pode-se citar opostos dependentes o céu (yang) e a terra (yin), o sol(yang) e a lua(yin), assim como o homem(yang) e a mulher (yin), todas as coisas são bipolarizadas (AMARAL, 2008).

Os cinco elementos, também pilar da MTC, relaciona tudo que existe (abstrato e subjetivo) aos elementos fogo, terra, metal, água e madeira. A constituição do universo e de tudo que habita nele provém desses elementos. A relação do homem com cada parte de seu corpo e com o ambiente em que vive é crucial para sua harmonia.



Figura 1: TAO

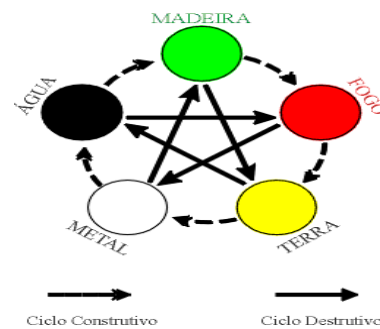


Figura 2: Cinco Elementos

Para o indivíduo possuir saúde, nos preceitos da MTC, tanto o Yin e Yang, como os cinco elementos precisam estar em harmonia. “O desequilíbrio dessas energias resulta em doença. No entanto, se o homem conseguir equilibrar o fluir dessas energias em seu corpo, ele terá uma alegria natural de viver e, conseqüentemente, uma saúde estável” (AMARAL, 2012, p.21).

Uma das maneiras de se restituir este equilíbrio através da MTC é a acupuntura, que visa a harmonização da energia vital do sujeito, conhecida como *Qi*. De acordo com o conhecimento oriental, o *Qi*, é a energia que está em tudo e em todos. Percorre o corpo humano como o sangue, através de vasos, canais e meridianos, que se apresentam em mais de 500 pontos pré-determinados do corpo humano. A acupuntura, através de estímulos realizados com agulhas, atinge esses vasos, e conseqüentemente o *Qi*, oferecendo a harmonia e equilíbrio essenciais para a qualidade de vida do ser humano.

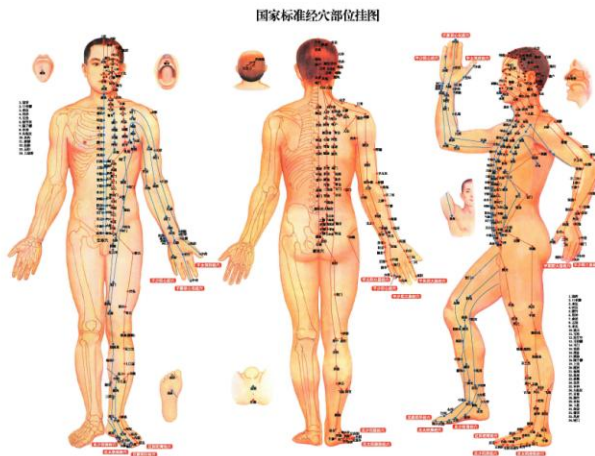


Figura 3: Pontos de Acupuntura

Esses conhecimentos chegaram no Brasil juntamente com a imigração japonesa, há mais de um século e, desde então, vem ganhando espaço entre as várias terapias naturais regulamentadas pelo MS. O autor Jemery Ross (2003,p.5), cita no Prefácio de seu livro *Combinações dos Pontos de Acupuntura*, que a “acupuntura quase sempre pode ser usada de maneira eficaz como único método de terapia ou como complemento do tratamento da Medicina Ocidental”, fato que justifica esse progressivo aumento na procura.

Contudo, ainda são muitos os mitos, medos, receios e dúvidas da população sobre a prática da acupuntura. Tê-la como rotina no atendimento do SUS facilitaria sua popularização e auxiliaria os sujeitos a encontrar possíveis soluções para seus problemas de forma alternativa e de mesma eficácia, se não superior da encontrada com outros métodos ocidentais.

Esta terapia, normalmente utilizada com agulhas, também pode fazer parte do dia a dia da população sem a presença de um profissional de saúde, desde que capacitadas para isso. Trata-se de uma prática que consiste em uma simples pressão nos pontos de acupuntura. Esta técnica também pode ser conhecida como acupressão, a “irmã menor da acupuntura” (MILTD, 2009).

A acupressão parte dos mesmos princípios da acupuntura, que busca um equilíbrio energético do ser humano com ele mesmo e com o universo. Logo, através dos estímulos de pontos do próprio corpo ou de membros familiares ou da vida social, o sujeito pode estar contribuindo para o bem estar e conseqüentemente para a qualidade de vida.

Na acupressão,

o autotratamento é relativamente independente do lugar onde você vive. Ele é maravilhoso e absolutamente gratuito – você é capaz de fazê-lo com as próprias

mãos de modo bastante imediato no lugar em que você se encontra. Os tratamentos estimulam a saúde e melhoram as forças de defesa do organismo (MILDT, 2009, p.281)

Esta forma de terapia apresenta-se como uma estratégia aos profissionais que procuram desenvolver através da educação em saúde a promoção da saúde, e a construção de sujeitos responsáveis pelo próprio bem estar.

Frente ao exposto, verifica-se que a educação em saúde pode ser visualizada como uma importante ferramenta que valoriza os contextos sociais, econômicos e culturais da comunidade, aliados ao processo de promoção da saúde (CERVERA, PEREIRA e GOULART, 2011). O papel do enfermeiro neste cenário é indispensável, é dele também a responsabilidade de estar formando sujeitos ativos e responsáveis, aptos a desenvolverem ações de saúde para seu próprio bem estar, e da comunidade. A implantação da acupressão na atenção básica é uma maneira de facilitar a emancipação dos sujeitos para prestação de cuidados complementares.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa buscou a promoção da educação em saúde, por meio da utilização de técnicas da MTC, apresentadas na PNPIC pelo MS. Para tanto, foi adotado o desenho metodológico que segue.

3.1 Tipo de estudo

Tratou-se de uma pesquisa de intervenção, com abordagem qualitativa, que utilizou a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) como referencial metodológico. A pesquisa de intervenção seguiu o conceito de Damiani (2012), que a apresenta como uma investigação de práticas pedagógicas inovadoras, a partir de um planejamento, implantação e avaliação.

Optou-se pela utilização da PCA, para conduzir este estudo, pelo fato de que esta metodologia apresenta uma íntima relação entre a pesquisa e a assistência, mesmo sendo consideradas independentes. Nesse método, uma acaba por incorporar a outra, permitindo ao pesquisador explorar o tema e implantar/implementar intervenções simultaneamente. Nesse enfoque, esse tipo de abordagem possui duas intenções: construção científica e melhoramento da prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004). Considerada dessa forma, a metodologia adotada foi a mais apropriada para responder à questão norteadora da pesquisa.

O método exposto tornou possível, conforme a proposta do estudo, a utilização da MTC, definida pela PNPIC, como meio de promover educação em saúde para participantes de um grupo de saúde, coordenado por uma Estratégia Saúde da Família (ESF), visando à emancipação dos sujeitos e ao mesmo tempo pesquisar seus efeitos. Considerando que a intervenção sugerida pelo estudo tratar-se-ia de uma inovação no cenário em que ocorreria, não se identificou método mais apropriado, pois, de acordo com as autoras criadoras do método,

[...] quando um pesquisador decide desenvolver uma pesquisa de campo convergente-assistencial, ele precisa estar convencido de seus interesses em inserir-se no campo da prática assistencial. Deste modo, o pesquisador coloca-se em compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no campo estudado (TRENTINI; PAIM, 2004, p.25).

Assim, com a utilização da PCA, é possível associar-se o cuidado, o ensino e a pesquisa, na intenção de oferecer ao público-alvo, neste estudo, a introdução de novos conhecimentos e novas possibilidades de (auto) cuidado, vindo ao encontro dos objetivos do SUS.

Esse tipo de pesquisa suporta e permite a realização de abordagens quantitativa, qualitativa e mista. Entretanto, optou-se por uma abordagem qualitativa, tendo em vista que as ações em saúde realizadas foram analisadas, considerando-se os conhecimentos da MTC, por meio de entrevistas e observação participante dos sujeitos. Isto vem ao encontro do que descreve Creswell (2007), ao caracterizar a pesquisa qualitativa como aquela em que os sujeitos participam e se envolvem na coleta de dados. Assim, o grupo se beneficia com as ações e, ao mesmo tempo, são sujeitos ativos na realização da pesquisa, reafirmando a integração com a PCA.

Justifica-se, também, a utilização da abordagem qualitativa, pelo fato de a PCA exigir a inserção do pesquisador na prática assistencial, conduzido a um vínculo com os sujeitos, dando condições de interpretar, a partir dessa relação, os conceitos das subjetividades da realidade pesquisada.

Ainda, na pesquisa qualitativa, o pesquisador possui a liberdade de utilizar variados métodos de coleta e de análise de dados, não existindo um método unificado (FLICK, 2009), corroborando com a proposta da PCA, onde não são estabelecidas técnicas específicas, podendo o investigador usar da criatividade em tais etapas, lembrando que é necessário haver coerência e uma sistematização.

Todas as características citadas justificam, portanto, a ideia de que a MTC ainda é um assunto pouco explorado pela enfermagem, e, conseqüentemente, pouco conhecido. Diante deste fato, coube ao pesquisador possuir criatividade para envolver os sujeitos e conduzir a proposta à inovação, seguindo métodos coerentes capazes de coletarem informações e corresponderem aos objetivos almejados.

Os procedimentos metodológicos da PCA são apresentados por Trentini e Paim (2014), como: *Fase de Concepção, Fase de Instrumentação, Fase de Perscrutação, Fase de Análise e Fase de Interpretação.*

A primeira fase, a de **Concepção**, trata-se da escolha do tema, formulação da questão norteadora, busca pelo referencial mais apropriado, entre outras percepções que já foram apresentadas na introdução do estudo e podem ser associadas ao 'nascimento' do projeto. As demais fases seguem detalhadas a seguir.

3.2 Fase de Instrumentação

Nesta fase, foram definidas as primeiras decisões metodológicas do estudo, sempre relembrando que a prática assistencial e a pesquisa estão sempre associadas. Fizeram parte da fase de instrumentação:

3.2.1 Escolha do espaço da pesquisa

Na PCA, de acordo com Trentini e Paim (2004, p. 73), “o espaço da pesquisa é definido como aquele onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa”. Assim, a intervenção sugerida pelo estudo ocorreu em um município do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, pertencente a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde. O município possui uma população de 5.125 habitantes e se encontra a 445 km da capital, Porto Alegre (IBGE, 2014). A economia é predominantemente agrícola e a cidade possui duas equipes de ESF, uma situada em zona urbana, denominada ESF I, e outra, em zona rural, conhecida como ESF II.

A intervenção ocorreu em uma equipe de ESF, localizada no perímetro urbano, pelo fato de a pesquisadora estar assumindo a coordenação dos cuidados de enfermagem da equipe, durante o período de coleta de dados, devido a sua aprovação em concurso público destinado para essa atividade. Diante disso, tornou-se possível unir a pesquisa com a assistência, como sugere o método escolhido para a pesquisa.

A equipe de ESF foi instituída no município, em 2005, e é composta, atualmente, por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Presta atendimento junto a uma UBS, localizada no centro da cidade, com abrangência de, aproximadamente, 870 famílias, o que equivale a cerca de 60% da população do município.

Os grupos foram realizados no centro da cidade, nas dependências da Câmara Municipal de Vereadores, em um auditório, com capacidade para 200 pessoas. O local é de livre acesso e as atividades ocorreram, a partir das 13h30min, às segundas-feiras, com periodicidade quinzenal.

É importante esclarecer que os grupos de vida saudável já eram realizados no município, com o intuito de levar conhecimentos sobre saúde e doenças à população em geral, sendo uma parceria da ESF, com o Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

3.2.2 Escolha dos participantes

De acordo com Trentini e Paim (2004, p.74), na PCA, “os participantes não assumem apenas a condição de informantes, mas constituem parte integrante do estudo”. Nesta perspectiva, foram sujeitos da pesquisa todos os indivíduos de abrangência da ESF participantes de um grupo de saúde da ESF I, da zona urbana, que, depois de informados sobre o estudo e sensibilizados sobre sua importância e possíveis benefícios e riscos, aceitaram participar, espontaneamente, e efetuaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

Os critérios de inclusão foram definidos como: ser morador da área de abrangência do ESF da zona urbana, e critério de exclusão: possuir menos de 18 anos. Os sujeitos foram caracterizados no decorrer da pesquisa.

3.2.3 Métodos e técnicas de obtenção das informações

As ações foram desenvolvidas em um grupo de abrangência da ESF da zona urbana. Realizaram-se encontros quinzenais com este grupo, sendo abordadas, a partir da demanda dos sujeitos, técnicas da MTC, que foram realizadas pelos usuários, por meio da (auto) massagem ou (auto) pressão, com a finalidade de promover a prevenção, alívio ou melhora de algum estado que gerasse dor, desconforto, ou que influenciasse na qualidade de vida do sujeito, família ou comunidade. Os sujeitos também encontraram e continuarão encontrando, mesmo ao fim da pesquisa, assistência de enfermagem, com utilização da MTC, sempre que desejarem no grupo e nas dependências da ESF.

Seis encontros grupais e dois momentos individuais foram realizados ao todo. O local e o horário do primeiro encontro foi o de costume do grupo, sendo discutido com os sujeitos o

melhor horário para os próximos. Ressalta-se que, antes do contato direto com os sujeitos pesquisados, a equipe também recebeu orientações sobre a pesquisa.

Para melhor compreensão dos leitores, apresenta-se, a seguir, como foram realizados esses momentos:

a) Primeiro encontro grupal: Sensibilização. Neste primeiro contato ocorreu a apresentação dos objetivos, da justificativa, das questões éticas e de todas as informações sobre a condução da pesquisa.

b) Primeiro encontro individual: Entrevista. Os participantes receberam a visita da pesquisadora, para a realização da primeira entrevista prevista no estudo, conforme acordado no encontro de apresentação da pesquisa. Cabe destacar que os cenários da entrevista foram variados, incluindo a residência dos sujeitos e as dependências da ESF.

c) Segundo ao sexto encontro grupal: Construção do conhecimento. Nestes encontros, foram trabalhadas as sugestões vindas do grupo, considerando que estas partiram do interesse individual e/ou coletivo. Os encontros contaram com momentos teóricos, que tiveram como suporte a utilização do computador, projetor, caixas de som, exames radiológicos e bonecos, que apresentaram conceitos teóricos e figuras para elucidar as técnicas; e os momentos práticos, em que os indivíduos tiveram a oportunidade de praticar as técnicas, em si e/ou em outro membro do grupo, sempre utilizando o diálogo e a participação das pessoas.

d) Segundo momento individual: Entrevista 2. Nesse momento, a mesma entrevista foi realizada com os sujeitos, com o objetivo de identificar o conhecimento construído, durante a pesquisa e ocorreu com a mesma metodologia da anterior, durante a visita domiciliar e na ESF.

Salienta-se que foram considerados os desejos e os interesses dos sujeitos, com a finalidade de ofertar inovação a eles, de forma útil, promovendo a busca pela qualidade de vida, visto que a contribuição da pesquisa na assistência é essencial na PCA.

Para tanto, foram usados dois métodos de coleta, pois a Pesquisa Convergente-Assistencial assim sugere, com a finalidade da posterior triangulação de métodos e técnicas de coleta e análise. Assim sendo, foram utilizadas as técnicas mais indicadas para a PCA, que são a entrevista e a observação (TRENTINI E PAIM, 2004).

3.3 Fase de Perscrutação

Nesta fase da pesquisa, foi descrita a estratégia para a obtenção de informações. Na PCA “estão privilegiados os métodos de entrevista e observação participante, mas, ao eleger qualquer um deles, será preciso estar de prontidão para considerar que estratégias viabilizam a obtenção de informações” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.84). Pode-se perceber que as autoras descrevem a entrevista como algo, além de uma conversação, mas como uma condição social que promove a interação humana, fato favorável para produzir informações fidedignas.

Dessa forma, a entrevista foi utilizada em dois momentos da coleta, sendo o primeiro, no início da pesquisa, como já citado na fase anterior, com o objetivo de desvendar o conhecimento, já produzido, pelos sujeitos sobre MTC, e, ao final da investigação, após a realização dos grupos, com a finalidade de identificar, novamente, o conhecimento e as contribuições da MTC para a promoção do (auto) cuidado.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, imediatamente, para que não se perdesse nenhum detalhe observado. Ressalta-se que os registros contidos no gravador foram deletados, assim que ocorreram as transcrições. Quanto ao tipo de entrevista,

o mais apropriado na pesquisa convergente-assistencial é a entrevista informal conduzida em contatos repetidos, ao longo de determinado tempo, pois este tipo de pesquisa valoriza a participação de todos os envolvidos e, portanto, há necessidade de envolver os informantes no processo, incluindo contatos repetitivos (TRENTINI; PAIM, 2004, p.79).

Em concordância com a indicação da entrevista informal citada pelas autoras, os temas norteadores foram instigados em momentos distintos e, em sua maioria, na residência dos participantes, oferecendo um ambiente mais familiar possível aos sujeitos. Ocorreram, individualmente, e se constituíram de perguntas semiestruturadas (APÊNDICE B), por acreditar-se que este modelo dá ao sujeito a liberdade de respondê-las, e ao pesquisador, uma segurança de conduzi-las dentro do foco temático.

O outro método utilizado foi a observação participante, isto pelo fato de a PCA “ênfatar a participação dos sujeitos no processo da pesquisa e a condição do pesquisador como sujeito” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.100). No método em questão, o pesquisador media conhecimentos sobre o tema proposto – MTC – e, ao mesmo tempo, observa, não só o sujeito, mas toda a ação assistencial incluindo a linguagem não verbal, a temporalidade, entre outros fatores.

Um Roteiro de Observação (APÊNDICE C) foi seguido para melhor desenvolver esse método. A observação também ocorreu nas ações de assistência desenvolvidas pela

pesquisadora, enquanto enfermeira do ESF, no dia a dia dos sujeitos, e neste caso, foi utilizado um diário, como auxílio na observação.

Pode-se dizer que o uso da triangulação dos dados, por meio de técnicas combinadas, permitiu uma maior precisão e, principalmente, a credibilidade dos resultados, sendo que um acaba por confirmar o outro, ou ainda, apresenta pontos divergentes, que também se tornam relevantes para a fidedignidade dos resultados. Sobre a triangulação, Trentini e Paim (2004, p.89) descrevem que

o registro descritivo da observação, os destaques da entrevista individual, o entrecruzamento de falas, de pausas e comportamentos dos atores sociais no ambiente físico, e as notas das discussões de grupo, eis o que compõe uma força de aproximação do pesquisador com o fenômeno pesquisado. Quando o fenômeno pesquisado converge com a assistência, essa triangulação de dados na coleta de informação possibilita a produção de relatórios que constituem fonte de dados adequada para análise em pesquisa do tipo convergente-assistencial.

É importante ressaltar que a coleta de dados e sua análise ocorreram, simultaneamente, permitindo ao pesquisador realizar ajustes nas ações, sempre que se julgou e justificou necessário.

3.4 Fase de análise das informações

Quanto à análise, foram seguidas as etapas da fase de organização e interpretação de informações, recomendadas por Trentini e Paim (2004), que sugerem os processos de apreensão, síntese, teorização e recontextualização, sendo que os três últimos enquadram-se na **Fase de Interpretação**, que aparece acoplada na análise.

Iniciou-se, então, pelo *processo de apreensão*, que trata da organização das informações. Esta etapa facilitou a codificação das informações coletadas, e a partir disto, permitiu a escolha dos códigos mais significativos para a análise. As autoras, ainda, indicam um instrumento formulado por Schatzman (1973) apud Trentini e Paim (2004), que também foi utilizado nesta pesquisa (Anexo A).

Neste formulário foram organizadas as seguintes informações:

NE: notas das entrevistas (relato das informações obtidas na entrevista).

NO: notas de observação (relato das observações obtidas).

NT: notas teóricas (relato das interpretações feitas pelo pesquisador, em ocasião da coleta ou durante a organização das informações).

NM: notas metodológicas (relato das estratégias utilizadas, como auxílio, na coleta das informações).

NC: notas de cuidado (ações de cuidado/assistência desenvolvidas durante o processo de pesquisa que envolveu o pesquisador e o informante).

ND: notas do diário (relato do que sucede, diariamente, em relação à pesquisa, tais como: acontecimentos, impressões, sentimentos, ações; enfim, ocorrências consideradas importantes pelo pesquisador).

A interpretação das informações, portanto, realizou-se a partir da organização dessas informações.

3.5 Fase de interpretação

O *processo de síntese* foi o primeiro passo da fase de interpretação. Por meio dele, o pesquisador deve familiarizar-se com as associações realizadas no processo de apreensão, e realizar um trabalho intelectual, até dominá-lo (TRENTINI; PAIM, 2004). Pode-se dizer que tal processo verificou-se por meio de leituras exaustivas das primeiras informações obtidas.

Já o *processo de teorização*, segunda fase da interpretação, consistiu em “descobrir os valores contidos nas informações, que auxiliarão a formular pressupostos e questionamentos” (TRENTINI; PAIM, p.96, 2004). Assim, um rigoroso trabalho intelectual permitiu o desenvolvimento desse processo, formando-se conceitos e chegando-se às conclusões da pesquisa. Desse momento, originaram-se as categorias, as quais serão apresentadas, mais adiante, junto aos resultados.

Para finalizar, utilizou-se o *processo de transferência*. Esta etapa consistiu na socialização dos resultados da pesquisa. É nesta fase que o pesquisador apresenta as contribuições da pesquisa à sociedade e ao meio científico. Lembrando, sempre, que a PCA exhibe duas classes de resultados, uma relacionada ao problema de pesquisa focado, e outra, aos reflexos na qualidade da assistência no local de realização da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Nesse processo, reunir-se-á o gestor, a equipe de saúde e a comunidade, em um mesmo momento, para a apresentação dos resultados obtidos e avaliação das atividades realizadas. A continuação das atividades foi oferecida, na forma de assistência na ESF, de acordo com os interesses dos envolvidos, visto que a pesquisadora permanece inserida, permanentemente, no serviço.

A comunidade científica terá conhecimento do estudo e seus resultados através de artigos científicos publicados em revistas das áreas de interesse.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu o olhar ético da PCA, descrito por Trentini e Paim (2004, p.103), que diz

O “*ethos*” da Enfermagem na pesquisa convergente-assistencial compreende os comportamentos que caracterizam a cultura de certo grupo profissional, ao desenvolver investigação científica no âmbito da própria assistência, por fazer valer o uso de determinados valores reconhecidos como princípios morais, os que têm a vida como fundamental e o respeito à dignidade humana como alicerce das relações profissionais com a pessoa que é cuidada.

Em vista disso, foram seguidas as diretrizes e as normas sobre pesquisa humana dispostas, na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, para garantir o respeito e a proteção dos direitos humanos e da vida, o que permitiu aos participantes e/ou responsáveis todo o esclarecimento possível sobre a pesquisa, incluindo todos os passos que foram desenvolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que, no momento do convite para a participação da pesquisa, todos os sujeitos envolvidos receberam uma síntese do estudo, com a justificativa, o objetivo e as etapas, além do esclarecimento verbal, utilizando-se linguagem clara e acessível ao público. Os sujeitos também foram informados, quanto aos benefícios, que a pesquisa tinha como propósito apresentar, por intermédio de uma nova possibilidade de educação em saúde promovida pelo enfermeiro, a oferta do conhecimento sobre uma medicina milenar, alternativa aos tratamentos, comumente encontrados nos serviços de saúde. Lembrando que se trata de um direito de todo cidadão, conforme a própria Política enfatiza.

Além disso, os sujeitos puderam experienciar novas possibilidades e passar a tê-las como rotina na promoção da saúde, evitando, muitas vezes, o deslocamento às UBS, considerando-se a alternativa de desenvolvê-las em qualquer ambiente, com a finalidade de prevenção ou recuperação da saúde. Por consequência, apresentaram-se, com esta pesquisa, meios para promover a qualidade de vida individual e coletiva.

Os riscos na pesquisa, mesmo não previstos, também foram apresentados, como forma de alerta aos participantes, os quais estariam trocando conhecimentos sobre uma terapia alternativa, que, por sua vez, não pode substituir as terapias convencionais, justamente para evitar possíveis danos à saúde. Para isso, com a finalidade de evitar desconfortos, os participantes foram lembrados, constantemente, que as terapias complementares auxiliam na saúde e qualidade de vida, mas não podem ser vistas como único meio de buscar essas condições.

Os participantes foram informados, ainda, que receberiam acompanhamento e assistência constante, durante a pesquisa e após o seu término, considerando que o estudo foi realizado por uma enfermeira que mantém vínculo permanente com os sujeitos e a comunidade.

Além disso, foi garantida a liberdade do participante em desistir, a qualquer momento, da participação, sem que isto implicasse em prejuízos e/ou penalidades. A privacidade dos sujeitos foi mantida por meio do sigilo, e os mesmos foram identificados pela palavra “sujeito”, seguido de ordem numérica (SUJEITO 1, SUJEITO 2, SUJEITO 3...). As fotografias, quando autorizadas, ficaram em domínio, apenas do pesquisador, que as utilizou e utilizará somente como complemento da observação e como demonstração, não as disponibilizando para outras pessoas ou para outros fins.

Todas as informações, citadas acima, encontram-se no TCLE, que foi assinado pelo participante, como forma de adesão à pesquisa (APÊNDICE A). O referido Termo foi assinado em duas vias, observando que uma ficou sob o domínio do sujeito e outra, do pesquisador. Também foi disposto no TCLE que os dados poderão ser utilizados para outras pesquisas, desde que mantidos o sigilo e a integridade dos sujeitos.

A autorização, para a realização da pesquisa, foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município, antes de qualquer contato com os sujeitos. Assim sendo, foi entregue uma carta, pessoalmente, ao gestor de saúde contendo todas as informações pertinentes ao estudo, bem como uma cópia do projeto na íntegra, estando o pesquisador disponível para qualquer esclarecimento. A Secretaria Municipal de Saúde emitiu, então, um ofício mostrando interesse em participar da pesquisa (ANEXO B).

O projeto foi cadastrado no Gabinete de Projetos (GAP) da UFSM, indexado na Plataforma Brasil e analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. Após a aprovação do CEP, sob o CAAE 27021714.7.0000.5346, iniciaram-se as atividades propostas pelo estudo.

4 ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

4.1 Sensibilização da equipe de saúde

A Secretaria de Saúde do Município tem, como rotina, a realização de reuniões mensais com a equipe de saúde. Diante disso, o projeto foi, inicialmente, apresentado, em reunião, às equipes de ESF I e ESF II, NAAB e NASF, com a participação de profissionais enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta.

Salienta-se que todos os profissionais foram receptivos e demonstraram apoio à realização da pesquisa, disponibilizando auxílio para a divulgação e convite, ressaltando a importância das atividades a serem realizadas. Inclusive, houve profissionais que participaram como sujeitos da pesquisa. Nesse sentido, a união da equipe multiprofissional em uma Estratégia auxilia a aceitação dos sujeitos no acompanhamento e na satisfação das necessidades de saúde (OLIVEIRA, SPIRI, 2006).

A apresentação do projeto aos participantes da reunião gerou uma discussão sobre a importância e a dificuldade na realização de ações preventivas e do autocuidado, considerando-se a predominância do trabalho de natureza curativa realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesta oportunidade, foi entregue à equipe uma síntese escrita do projeto, com a justificativa, os objetivos e um referencial teórico que fundamentaram a importância do estudo. Esta síntese foi realizada em folha de ofício A4, com a aplicação de uma gueixa, boneca oriental, desenvolvida pela pesquisadora, com EVA, canetinhas, tesoura e cola quente.



Figura 4: Material para sensibilização

Em outra reunião, houve a apresentação do projeto aos ACS. Essas reuniões ocorreram semanalmente, às sextas-feiras, na sala de reuniões da ESF. O material distribuído, anteriormente, também foi entregue aos ACS. Nessa ocasião, foi discutida a importância da participação dos Agentes, como elo entre o sujeito e a equipe, e reforçada a necessidade dos convites para os grupos e demais atividades oferecidas pela ESF. O convite aos grupos e alguns esclarecimentos foram levados até os domicílios, por meio de visitas, conforme combinado com os ACS.

4.2 Convite aos sujeitos da pesquisa

O convite aos sujeitos foi feito durante as visitas domiciliares realizadas pela pesquisadora, juntamente com os demais membros da equipe da saúde, e pelos ACS em suas visitas rotineiras. Foi entregue às famílias um convite impresso, contendo o local e horário do primeiro encontro e com uma frase motivacional relacionada à qualidade de vida. No momento da visita, foram apresentados, verbalmente, os objetivos e as justificativas do estudo, com a possibilidade de os sujeitos questionarem e sanarem suas dúvidas.

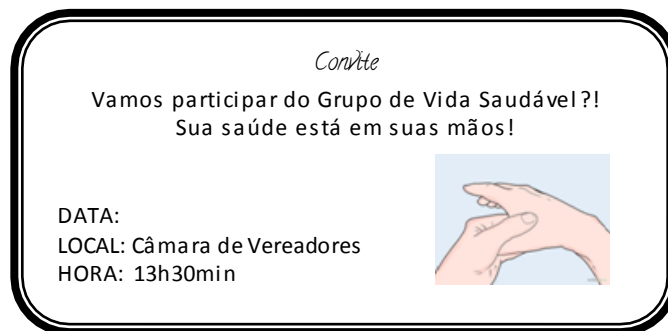


Figura 5: Convite para o grupo

Durante essa etapa, foi possível perceber a curiosidade e a desconfiança dos sujeitos acerca da pesquisa e seus prováveis efeitos. Este tipo de reação já era esperado, considerando-se que o assunto era algo novo para a realidade dos participantes.

Mesmo durante o processo de convite e preparação para o início das atividades propostas pela pesquisa, algumas pessoas já questionavam a pesquisadora na ESF sobre o

início das atividades e sobre pontos que poderiam ser úteis em situações pelas quais estavam passando.

4.3 Sensibilização do grupo

Este encontro foi realizado, no dia 12 de maio de 2014, às 13h30min, nas dependências da Câmara Municipal de Vereadores, onde se fizeram presentes 22 pessoas. Na oportunidade, foram abordados assuntos referentes a distúrbios cardíacos, considerando que o tema já havia sido definido pelos próprios participantes em encontro anterior. Ao final do encontro, a pesquisa foi apresentada aos sujeitos, como mais um meio de promover e recuperar a saúde, e prevenir agravos, contribuindo para a qualidade de vida. Neste momento, apresentou-se o compromisso da Universidade e o comprometimento ético das pesquisadoras.

Após apresentação do projeto e lido o TC e o TCLE, os sujeitos receberam, em mãos, os documentos, para que pudessem lê-los, com calma, em seus domicílios, e foram comunicados que, ao longo das próximas semanas, receberiam a visita da pesquisadora com o intuito de realizar a primeira entrevista prevista no estudo, caso aceitassem participar, assinando o TCLE. Para a sensibilização, foi utilizado um computador, com projetor, que elucidou a apresentação do projeto de pesquisa, e deu espaço para o diálogo sobre o assunto.

A partir desse momento, foi possível observar que os participantes demonstraram-se receptivos ao estudo e curiosos pelo seu desenvolvimento. Alguns se lembraram de parentes e amigos que poderiam ser convidados a também participar dos encontros.

4.4 Pré-entrevista

Alguns fatos importantes antecederam o início das entrevistas previstas para a primeira etapa da coleta das informações. Um dia após a realização do grupo, em que foi apresentada a proposta da pesquisa aos sujeitos, uma pessoa procurou a pesquisadora na ESF para oferecer-se a participar do estudo. Ela não pôde estar presente no primeiro grupo, e gostaria de saber sobre os documentos que precisava assinar para passar a ser um sujeito da pesquisa. Segundo ela, o convite foi realizado pela nutricionista da UBS, fato animador, pois

se percebeu que colegas da equipe foram realmente sensibilizados sobre a importância das ações sugeridas.

Outro fato que merece ser mencionado ocorreu, quando um dos sujeitos procurou a pesquisadora na ESF, pelo fato de estar com cefaleia, e gostaria de saber como deveria proceder, dentro dos preceitos da MTC, para diminuir a dor. Como já havia confirmado sua participação na pesquisa, gerou-se um dilema, pois a metodologia previa a entrevista, antes de qualquer ação, contudo, a ética assistencial deve ser respeitada, não negligenciando cuidados. Desse modo, algumas noções básicas foram trabalhadas com o sujeito, como alguns pontos que poderiam ser pressionados.

4.5 Entrevistas iniciais

A primeira entrevista, que teve como objetivo identificar os conhecimentos prévios dos sujeitos sobre a temática abordada estava prevista para ocorrer no domicílio dos sujeitos, no entanto, mesmo antes de a pesquisadora realizar as visitas para confirmar quais dos sujeitos aceitariam participar, alguns procuraram as dependências da ESF I para a entrega do TCLE e TC e realizar a entrevista. Assim sendo, quatro, de um total de 12, foram realizadas na Unidade.

As entrevistas ocorreram, individualmente, na residência dos sujeitos ou na sala da enfermeira pesquisadora, com o auxílio de um gravador. Duraram, em média, 30 minutos, considerando que o entrevistado possuía o tempo que julgasse necessário para responder, discutir e indagar.

4.6 Caracterização dos sujeitos

A amostra da pesquisa contou com a participação de doze sujeitos. Em relação ao sexo, todos são do sexo feminino.

A idade dos sujeitos variou, de 33 a 71 anos. Assim, 8,33%, ou seja, um sujeito está na faixa etária de 40 a 49 anos; 16,66%, ou seja, dois sujeitos tem, de 20 a 39 anos; 16,66% ou

seja, dois sujeitos tem mais de 60 anos, e 58,33%, ou seja, sete dos sujeitos possuem idade entre 50 e 59 anos.

Quanto à afiliação religiosa, as doze participantes manifestaram ser da Igreja Católica Apostólica Romana.

Quanto à escolaridade, os sujeitos foram divididos em grupos: analfabetos, que obtiveram uma representação de 16,66%, com dois sujeitos; ensino fundamental incompleto, com 33,33%, ou seja, quatro sujeitos; ensino fundamental completo, também correspondente a 25%, ou seja, três sujeitos; ensino médio completo, com uma representação de 16,66%, ou seja, dois sujeitos; e ensino superior, com uma representação menor, 8,33% do total da amostra, com apenas um sujeito.

Os diagnósticos, que os sujeitos relataram, por ocasião da entrevista, e conferidos, por meio de seus prontuários de acompanhamento na ESF foram: artrite, artrose, depressão, diabetes, hipertensão, calculose do rim e obesidade.

A caracterização dos sujeitos contribuiu com a pesquisa, pelo fato de favorecer o conhecimento e o entrosamento da pesquisadora e os sujeitos, e permitir que as atividades fossem desenvolvidas, de acordo com as particularidades dos participantes do grupo, para a promoção e recuperação da saúde e a prevenção de doenças.

4.7 Construção do conhecimento

Foram realizados, ao todo, seis encontros, que seguiram um roteiro com as temáticas sugeridas pelos participantes, para que fossem trabalhadas na concepção da acupressão, lembrando que este roteiro mostrou-se sempre flexível e disposto a alterações sempre que desejadas pelo grupo. Foi utilizada, como metodologia, conversas informais, apresentação visual, com o uso do computador e projetor, caixa de som para apresentação de vídeos, além de exames radiológicos para elucidar alguns assuntos. Os sujeitos foram sempre instigados a falar sobre suas expectativas e a tirarem suas dúvidas.

Para esclarecimento, os encontros serão apresentados, individualmente, a seguir:

Primeiro encontro: O primeiro encontro contou com a participação de 14 sujeitos, e o tema abordado foi “Hepatites”, devido ao fato de a ESF estar implantando a realização de testes rápidos para tal patologia na Unidade (APÊNDICE F).

Os testes rápidos de Hepatites B e C facilitam o diagnóstico e permitem uma conduta mais rápida, evitando que o paciente agrave seu quadro, além de permitir que sujeitos não portadores possam realizar a vacina contra Hepatite B e continuar com os cuidados sugeridos para evitar contato com o vírus.

Após uma conversa sobre o assunto, que durou cerca de 50 minutos e utilizou, como suporte tecnológico, um computador e projetor, o tema da pesquisa foi lembrado. Na oportunidade, foram trabalhadas técnicas de acupressão relacionadas à cefaleia e dores em geral, por serem estes alguns dos possíveis sintomas da Hepatite.

De acordo com a MTC, as dores ocorrem por estagnação de energias em determinadas estruturas ou órgãos do corpo, que podem ser ocasionadas por fatores internos ou externos, como é o caso da Hepatite, que, por se tratar de um vírus, é considerada um fator patogênico externo, a qual afeta, principalmente, o fígado, interferindo no fluxo de *Qi*, energia que rege nosso corpo.

Os pontos de acupuntura foram exibidos no projetor, sendo que após, houve uma conversa sobre a maneira mais fácil de localizá-los no corpo e, posteriormente, todos foram convidados a realizar a técnica proposta. Todos os sujeitos realizaram a acupressão, em si, e no outro. A acupressão, neste caso, ajuda a liberar o acúmulo estagnado de energia e devolver seu livre fluxo, evitando dores.

Após, os sujeitos foram informados, que, nos próximos encontros, os temas abordados estariam relacionados aos assuntos pelos quais demonstraram interesse e, ainda, foram instigados a tirar suas dúvidas.

Segundo encontro: Contou com a participação de treze sujeitos, e o tema abordado foi “Depressão”, assunto solicitado por um dos participantes na ESFI, logo após o primeiro encontro. Neste grupo, quatro sujeitos levaram o TCLE e TC assinados, somando um total de 11 participantes da pesquisa (APÊNDICE G).

O assunto abordado gerou uma discussão de, aproximadamente uma hora, onde foram abordados sintomas, sinais, tratamento e prevenção da depressão. Os participantes mostraram-se à vontade para expor suas colocações.

Posteriormente, foram trabalhados os pontos de acupuntura responsáveis pela sensação de relaxamento e tranquilidade. A depressão, na MTC pode ser desencadeada por muitos fatores, assim, optou-se por utilizar pontos responsáveis pelo aumento do Yang, e pontos que acalmam mentes conturbadas.

Seguiu-se a mesma metodologia do grupo anterior, onde foram discutidas maneiras de facilitar o encontro dos pontos e sua acupressão.

Assim, os sujeitos tiveram a oportunidade de praticar a técnica, em si, e no outro. Este foi um momento descontraído, que resultou em risos e brincadeiras, e, ao mesmo tempo, em aprendizagem.

Pedido especial: Entre o segundo e o terceiro grupo, ocorreu um fato que merece ser relatado. Três sujeitos da pesquisa, que residem em um mesmo bairro, deslocaram-se à ESF, para solicitar à pesquisadora que realizasse as ações propostas no estudo, também na residência de uma senhora do bairro, onde já existia um grupo de pessoas com obesidade, pois julgaram importante sua participação, contudo, por problemas de saúde, a mesma não conseguia se locomover.

Mesmo não estando previsto mais de um grupo, na metodologia, a pesquisadora aceitou o desafio, lembrando que além da função de pesquisadora, há o trabalho assistencial, que jamais deve ser negado e/ou negligenciado.

Assim, o novo grupo foi marcado, quinzenalmente, às quartas-feiras, à tarde, no domicílio do sujeito, ficando estabelecido que os temas abordados fossem os mesmos a serem trabalhados no grupo maior, mas que também suas sugestões seriam importantes e poderiam ser trabalhadas nos dois grupos.

Terceiro encontro: Por sugestão de um sujeito que referiu não dormir bem, o grupo abordou o tema “Insônia e Distúrbios do Sono”. Estavam presentes 16 sujeitos, e teve a duração aproximada de uma hora (APÊNDICE H).

Pelo fato de se tratar de um assunto de interesse, o grupo se apresentou motivado e muito participativo. Como nos grupos anteriores, foram utilizados, como recursos, o computador e o projetor, onde foram expostas colocações, que deram início à discussão, e, posteriormente, os pontos de acupuntura úteis para minimizar e evitar a insônia.

A insônia foi relatada por todos os sujeitos em algum momento de suas vidas. Na MTC, a insônia é recorrente de distúrbio do coração, órgão onde habita a mente. Assim, pontos para tranquilizar o coração e a mente foram massageados e pressionados.

Nessa oportunidade, os sujeitos realizaram a técnica de acupressão e tiraram suas dúvidas sobre o assunto. Um caso importante a ser exposto é que um dos sujeitos apresentou, em seu discurso, ser portador de distúrbio importante do sono, sendo-lhe oferecido o

acompanhamento psicológico. O mesmo, por incentivo dos demais, aceitou e, atualmente, realiza psicoterapia na UBS.

Nesse encontro, foi solicitado aos sujeitos que interagissem mais sobre os temas que gostariam de tratar nos encontros. Quando sugerido que os escrevessem e os colocassem em uma caixa, um dos sujeitos teve a iniciativa de solicitar que fosse tratado o tema “Alergias”, justificando a aproximação da primavera e a incidência de rinite. O assunto teve a aprovação dos demais, e ficou acordado que seria abordado no próximo encontro do grupo.

Quarto encontro: Levando em conta, o pedido para a realização da pesquisa, também em um grupo de obesos, considerou-se pertinente realizar um encontro sobre a temática. Neste grupo, participaram 12 sujeitos, e contou com uma metodologia diferente das utilizadas até então. Foi realizada uma “Sessão de Cinema”, onde foi assistido o documentário: “Muito Além do Peso”, com direção de Estela Renner (2012).

Os sujeitos assistiram ao filme, com ‘ares de espanto’, diante das informações nutricionais apresentadas. Ao final, o assunto foi discutido, e contou com a participação fervorosa dos sujeitos, que trouxeram relatos de experiências e histórias particulares.

Ao final, foram apresentados pontos de acupuntura relacionados ao sistema digestivo, inibidores de apetite, diuréticos e pontos que auxiliam na eliminação de umidade, considerando-se, que, na MTC, a obesidade trata-se de um acúmulo de umidade proveniente, na maioria dos casos, de uma deficiência do baço. A discussão despertou muito interesse dos sujeitos. O encontro durou cerca de duas horas.

Quinto Encontro: Como combinado há dois encontros anteriores, o assunto abordado foi alergias, e contou com a participação de nove sujeitos. O tempo aproximado foi de uma hora e meia.

Foram abordados tópicos de como ocorre o processo alérgico, sinais, sintomas, tratamento e prevenção, e a ênfase foi dada à rinite, processo alérgico comum na primavera, devido à floração das plantas (APÊNDICE I). De acordo com a MTC, as alergias podem estar associadas a vários fatores patogênicos, tanto internos, quanto externos, sendo que o diagnóstico só pode ser dado ao analisar o histórico de cada paciente.

O sistema imunológico foi comparado com um exército, e a apresentação contou com o auxílio do computador e projetor, onde foi reproduzido um vídeo. Posteriormente, os sujeitos realizaram técnicas de acupressão em pontos úteis para a diminuição dos sintomas e prevenção de crises tanto para dor, quanto para coriza.

Procuras na ESF: durante a semana do último grupo, um sujeito dirigiu-se até a ESF para buscar medicamentos para sua mãe e indagou à pesquisadora sobre a existência de pontos para lombalgia. A pesquisadora e sujeito dirigiram-se à sala da enfermeira, onde foram trabalhados alguns pontos que poderiam ser utilizados no paciente com dor.

Outro fato foi registrado, quando um sujeito da pesquisa levou sua filha ao pediatra, devido a um congestionamento nasal. Enquanto esperava a consulta médica, perguntou à pesquisadora se haviam pontos a ser massageados, para aliviar a condição de desconforto. Ao serem trabalhados alguns pontos, o sujeito percebeu que se tratava de alguns já apresentados no encontro sobre alergias.

Sexto Encontro: o encontro tratou de um assunto sugerido por um dos sujeitos, na Unidade de Saúde, durante a semana que o antecedeu, que consistiu em “Artrite e Artrose” (APÊNDICE J). Estavam presentes no encontro oito sujeitos e durou, por volta, de uma hora.

Nesse encontro foram tratadas causas, sinais e sintomas, assim como exames para diagnóstico, tratamento e meios para a prevenção das doenças citadas. Além do computador e projetor, também foram levados, até os sujeitos, exames radiológicos normais e alterados, para que pudessem visualizar as diferenças.

Realizando-se uma reflexão sobre o tema, dentro dos preceitos da MTC, pode-se associá-lo ao acúmulo de umidade, influenciado, também, pelo local onde se vive e os alimentos que se ingere.

No momento da acupressão foram revistos todos os pontos trabalhados, até o momento, além dos relacionados com a artrite e a artrose.

Contato na ESF: um dos sujeitos procurou a Unidade, devido a uma ciatalgia. A pesquisadora convidou o sujeito a realizar uma sessão de acupressão, mostrando alguns pontos que ele mesmo poderia utilizar para aliviar dores durante a crise. O sujeito apresentou-se interessado e repetiu a acupressão com a intenção de revisar e certificar-se da realização correta da técnica.

4.8 Entrevistas finais

Após a realização dos seis encontros grupais que representaram o período da pesquisa, novas entrevistas foram realizadas com os sujeitos participantes. Foi utilizado o mesmo roteiro da primeira entrevista, com o propósito de compará-las e analisar as semelhanças e diferenças após as atividades realizadas.

Do total de doze entrevistas, oito foram realizadas nos domicílios dos sujeitos e quatro, na ESF. A duração foi, de aproximadamente, 45 minutos, considerando-se que os sujeitos foram instigados a relatar, com detalhes, suas respostas.

Ao final, a pesquisadora agradeceu a participação dos sujeitos na pesquisa e enfatizou que as atividades não se encerravam, com o final da pesquisa, e que sempre que desejado, o tema poderia ser abordado tanto nos grupos, que continuarão ocorrendo, quanto na ESF, onde a enfermeira permanece em tempo integral.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a finalidade de facilitar a compreensão do leitor, ressalta-se que, a partir da recorrência das informações, posteriormente codificadas, é que foram alcançados os resultados que seguem.

5.1 Conceituando saúde na percepção dos sujeitos

Como se tratou de uma pesquisa realizada na área da saúde julgou-se essencial considerar o conceito de saúde na visão dos sujeitos entrevistados. Este conhecimento serviu tanto para direcionar as ações e estratégias propostas, como para despertar nos sujeitos esta reflexão, sobre o que realmente se busca, quando se procura saúde.

A primeira entrevista, realizada anteriormente aos encontros grupais, revelou conceitos diversos e interessantes, que vão desde a simples ausência de saúde, a um modelo mais ampliado, com saneamento e moradia. Ainda, houve aqueles que relataram a dificuldade de pensar em um conceito, e permaneceram na dúvida sobre sua percepção do que é saúde, como demonstraram as falas:

“Assim, saúde pra mim é a gente estar bem, conseguir dormir bem, comer bem, viver bem com os outros [...] Viver bem[...] não ter doença, os exames darem tudo bom [...]Por aí... é acho que é um monte de coisa, mas principalmente isso...” (SUJEITO 1).

“[...] é estar bem, ter cabeça boa, esgoto em casa, higiene, lavar as comidas, fazer exercício, se divertir, essas coisas assim[...].” (SUJEITO 5).

“ [pensativa]Nossa, que difícil, nunca tinha parado pra pensar[...]não estar doente, estar bem” (SUJEITO 6).

“[...] saúde é não estar doente” (SUJEITO 8).

“Saúde? Ai, meu Deus...assim...é ter o corpo saudável, é...não ter nenhum problema..”
(SUJEITO 9).

Na observação realizada, ao questionar os sujeitos sobre o que consideravam saúde, ficou evidente a surpresa de todos os participantes sobre a pergunta e a dificuldade em respondê-la, considerando que todos os sujeitos pensaram, por alguns instantes, antes de defini-la. O questionamento também gerou ansiedade em alguns sujeitos, os quais desviavam olhares e mexiam em objetos, ou nas próprias mãos durante a conversa.

Durante a realização dos grupos, esporadicamente, os sujeitos traziam suas falas centradas na saúde, mas quase sempre vinham vinculadas à patologia, tema do grupo. Isto provoca a reflexão que, na teoria, o conceito de saúde é ampliado, mas na prática é alienado.

Pode-se, ainda, levantar a hipótese da imposição cultural de um conceito pronto, não condizente com a realidade dos sujeitos, levando a pensar que os sujeitos, na busca por uma resposta pronta, não fazem a reflexão do significado daquilo que descrevem, ao conceituar o termo saúde. E isso fica claro na fala de um dos sujeitos, quando relata que o conceito de saúde

“[...] tem tudo aquilo que a gente aprende né? Às vezes, por aprender um conceito, a gente lembra sempre dele e deixa de pensar no que é saúde na nossa própria visão, não é verdade?” (SUJEITO 4).

Quando a questão foi novamente proposta, na segunda entrevista, realizada após a dinâmica dos grupos, ficou evidente o mesmo incômodo para responder, sendo que todos os sujeitos pensaram antes de responder e procuraram descrever um conceito que pudesse ser considerado correto. O desvio de olhares, o mexer com as mãos, o olhar esperando aprovação, continuaram presentes, dando a impressão que os sujeitos estavam pensando sobre o assunto com a mesma dificuldade da primeira vez.

Considerando essas entrevistas e as observações, torna-se fácil compreender que o conceito de saúde é algo dinâmico e conseqüentemente mutável. Mesmo já refletindo sobre o assunto, os sujeitos apresentaram seus conceitos diferentes, possivelmente, de acordo com o momento em que estavam vivendo, ou após a discussão nos grupos.

A seguir, apresentam-se algumas respostas relacionadas ao conceito de saúde, na perspectiva dos sujeitos na realização da segunda entrevista:

“Saúde é um conjunto de coisas. E tem a ver com tudo, com a natureza também, tem aquela coisa da energia estar boa [...] Não ter doença, viver bem” (SUJEITO 1).

“Aii, saúde?...Não estar doente...não tomar remédio, estar, como tu disse uma vez em harmonia com todo o corpo [...] É um monte de coisas [...] viver bem com os outros, não ter dor, conseguir dormir bem, assim...” (SUJEITO 9).

“Hum... Saúde é não ter nenhuma doença, claro, mas é viver de bem também, não ter depressão, não ter tristeza, tem muita gente assim [...] Mas acho que é isso, tem um monte de coisa, mas principalmente isso, não estar adoecido [...] (SUJEITO 12).

Na literatura encontra-se a ideia de que não existe um conceito concreto sobre saúde, considerando suas subjetividades, particularidades e aspectos culturais. O conceito de saúde reflete

a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLIAR, 2007, p.30).

Contudo, alguns conceitos se apresentam mais populares e polêmicos ao longo da história. O primeiro deles é o conceito da OMS, que prevê saúde, ainda em 1948, como um completo bem-estar físico, mental e social, entendido como algo utópico e impossível de ser alcançado.

Esse mesmo conceito foi substituído por um conceito mais objetivo, apresentado por Christopher Boorse, em 1977, que conceituava saúde como, simplesmente, a ausência de doença. Um conceito muito criticado por todas as áreas da saúde, visto como algo muito limitado e normativista (ALMEIDA FILHO e JUCÁ, 2002).

Mais tarde, em 1986, no Brasil, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, apresentou-se um conceito de saúde voltado para os propósitos do Governo, que a define não como algo abstrato, mas dentro de um contexto que relaciona multifatores, como alimentação, transportes, lazer, saneamento, entre muitos outros (BRASIL, 1986).

Nesse cenário, ao analisar as falas dos sujeitos, é possível perceber que o conceito que considera a saúde apenas a ausência de doenças está presente, contudo, não aparece sozinho. É notável uma maior aproximação com o conceito ampliado de saúde. Entretanto, durante a realização das ações educativas, o oposto aparece claramente. O interesse maior parece estar ligado a formas de diagnósticos e tratamento, aproximando-se de uma visão biomédica, focada no antagonismo entre saúde-doença, em que a ansiedade de descobrir a patologia e tratá-la sobrepõe-se à possibilidade de evitá-la.

Por outro lado, isso leva a uma reflexão complexa, em que os sujeitos, quando buscam saúde em um serviço público procuram, não apenas a cura de determinada doença, mas um conjunto de fatores que proporcionem boas condições e qualidade de vida, muitas vezes, de maneira inconsciente. Para o sujeito, o fato de não possuir uma determinada patologia pode ser determinado como um sinônimo de saúde, contudo, ele traz uma vasta bagagem de fatores essenciais e determinantes para essa ausência de doença, às vezes, não presentes em suas falas.

Essa percepção de um conceito de saúde dinâmico vai ao encontro da ideia de integralidade e individualidade, em que se trabalha, com a intenção de construir saúde com os sujeitos, de acordo com suas percepções, sem a imposição de conceitos, ou tentando convencê-los do que é ou não correto. De acordo com a MTC, a saúde provém de um equilíbrio energético do ser, considerando-se a interação de tudo com o todo, sendo crucial a avaliação individual do sujeito, respeitando suas particularidades e vontades.

Frente à obtenção desse resultado, evidencia-se, que ao realizar os encontros, com a finalidade de construir conhecimento, por meio da visão dialógica e participativa dos sujeitos, utilizando-se os princípios da MTC, o enfermeiro pesquisador facilitou a reflexão dos sujeitos acerca de suas próprias percepções sobre o termo saúde. Pressupõe-se que, ao pensar sobre o significado de saúde, para si, os sujeitos possuirão maior facilidade de direcionar suas atitudes para a obtenção da mesma.

5.2 Conhecimento dos sujeitos sobre Medicina Tradicional Chinesa

No momento da primeira entrevista, como já esperado, os sujeitos relataram desconhecer a MTC, ou possuir uma visão limitada sobre o assunto, com pré-conceitos advindos de informações recebidas de programas de televisão ou comentários, quase sempre

associados apenas a uma terapia, à acupuntura, e esta à utilização de agulhas. Entretanto, a “acupuntura é apenas um ramo da MTC que utiliza a estimulação de pontos anatômicos localizados no corpo para promover a saúde e prevenir certas doenças” (TSAIHSING, 2013, p. 1).

“Ah...é difícil, não sei... assim, não sei o que é assim o certo...sei que é com agulhas né? Coloca um monte no corpo” (SUJEITO 1).

“Ah, vi só na televisão, nem imaginava o que era...aquelas agulhas lá, eu pensava que tinha remédio dentro, mas não tem né, é só agulha mesmo, e a gente sabe assim, que é lá dos chineses né, que faz tempo que eles tem as coisas assim, mas tu que veio agora com isso pra aqui, não tinha antes. Ah, não sei muito” (SUJEITO 10).

Ainda assim, alguns sujeitos apresentaram o conhecimento e a consciência de que a MTC difere da medicina alopática, predominante na realidade cultural do ocidente. Ela foi percebida por eles como uma terapia natural, mais saudável, sem a intervenção medicamentosa e sem efeitos colaterais, como se pode observar a seguir.

“Acho que é uma medicina diferente da nossa, que ...deixa eu ver...que é de uma maneira mais...sei lá... uma medicina diferente da nossa [...]Dá na TV, às vezes, no Globo Repórter” (SUJEITO 3).

“ [...]Sei que é uma medicina oriental, diferente da nossa, porque é mais natural, tudo né, os alimentos, os chás, a forma de se cuidar” (SUJEITO 12).

Quando questionados, observou-se a apreensão dos sujeitos, e mesmo os que já haviam realizado a terapia, não souberam descrevê-la de maneira conceitual ou fundamentada em algum princípio real. No entanto, alguns participantes aproveitaram a conversa para questionar sobre o método, tirar suas dúvidas e esclarecer mitos e verdades sobre o assunto da seguinte forma:

“Diz que é bom, né, pra dor nas costas, dor de cabeça, mas eu nunca fiz... é verdade que não dói?” (SUJEITO 1).

“[...] quantas tem que colocar por vez? E fica com as agulhas?” (SUJEITO 5).

Durante as primeiras atividades educativas, os sujeitos demonstraram-se tímidos, mas no decorrer dos encontros, os questionamentos sobre o método e a MTC evidenciaram uma participação mais efetiva nas conversas e discussões. É importante ressaltar que, apesar da amplitude da MTC, foi trabalhada nos encontros a acupressão, ação educativa prevista para a pesquisa.

Os resultados da primeira entrevista vieram ao encontro do pressuposto que os sujeitos ainda desconheciam a MTC. A terapia ofertada, por intermédio de uma política proposta pelo SUS, não faz parte do cotidiano dos usuários, sendo que uma pequena parcela da população tem acesso à utilização de forma gratuita.

As respostas dos sujeitos continuaram tímidas, ao final da pesquisa, quando foram feitos os questionamentos, pela segunda vez, mas apresentaram fundamentos reais da MTC. Nessa ocasião, os sujeitos pareciam estar mais à vontade com o assunto, respondendo com mais clareza. A concepção evidenciada foi que se tratava de uma terapia milenar, de origem oriental, que trabalhava com princípios voltados à energia, e, principalmente, uma alternativa realmente útil no complemento dos tratamentos convencionais. É o que manifestam as seguintes falas:

“Eu já tinha feito, sei que tem resultado muito bom. Quero dizer, estou falando da acupuntura [...], MTC tem outras terapias também [...]. E é uma coisa natural, sem efeito colateral, não faz mal para o estômago como esses remédios aí, que melhoram de um lado e pioram de outro. Ahm, é uma coisa, uma alternativa que todo mundo tinha que usar, eu acho” (SUJEITO 4).

“Ah, sim, é uma terapia complementar, né, que serve pra auxiliar os outros tratamentos. Trabalha bastante com energia, que eu acredito muito” (SUJEITO 8).

“Ah...as pessoas são tratadas de um jeito diferente né, através das energias, fazem relação com um monte de coisa né, com a natureza, com os outros...[pausa], aí trata naqueles pontos, né?” (SUJEITO 11).

Também se revelou nos discursos que o fato de reconhecer a MTC, como uma terapia natural, em alguns casos, os sujeitos acabavam por aproximá-la do conhecimento popular e

das variadas crenças populares existentes na área da saúde, em que parece não haver um conhecimento científico ou uma fidelidade convincente sobre o método. Esse fato caracteriza um preconceito comum, gerado em uma sociedade predominantemente biomédica, que apenas considera seguro o tratamento medicamentoso prescrito por um médico.

“Fiz na pequena [filha], pra ela dormir, na verdade, eu já fazia assim, mas não sabia que era um daqueles pontos [risos]. Aí continuo fazendo nela” (SUJEITO 5).

“[...] É bom saber essas coisas, às vezes, a gente ouve dos antigos, né, que faziam umas coisas meio estranhas que a gente sabe que dá certo. Até eu falei, né, que tem esse ponto da mão que eu já sabia que ajudava na dor de cabeça” (SUJEITO 12).

Com a realização dos encontros, os sujeitos foram apresentados a conceitos concretos e importantes como a questão energética, a interação do universo, que os fizeram entender, não só, do que se tratava a terapia proposta, mas também seus fundamentos, veracidade e seriedade. Acredita-se que muitos mitos e inverdades foram desmistificados, dando a segurança que os sujeitos precisavam para realizar a técnica, de forma segura, e com uma resolubilidade real e efetiva, o que pode ser verificado nas seguintes falas:

“Ah...aquilo que a gente viu, né. Trabalha com energia do corpo e da natureza, tem um monte de ponto que dá pra gente apertar em casa e pode ajudar bastante” (SUJEITO 1).

“[...]Aprendi que não é só com agulha como eu pensava, que tem pra um monte de coisa. Ah, que é bom, né” (SUJEITO 3).

O fato de educar as pessoas nessas áreas, como a MTC, torna-se tão importante quanto o próprio tratamento que lhes é dado, considerando que, a partir do momento que os sujeitos possuem o conhecimento, eles se tornam responsáveis pelas suas condições de saúde, evitando uma possível incidência do adoecimento (MACIOCIA, 1996).

5.3 Medicina Tradicional Chinesa/acupressão: benefícios e estratégias de educação em saúde

Frente ao fato do desconhecimento sobre a MTC, os sujeitos foram informados durante a entrevista que existe uma política que prevê a MTC/acupuntura pelo SUS, e de forma unânime relataram a surpresa diante da informação:

“Não, não tem no SUS isso, tem?” (SUJEITO 6).

“Jura? Não sabia, não sabia mesmo...mas aqui nunca vai ter né, do jeito que é, até chegar aqui...” (SUJEITO 8).

“Como assim pelo SUS?” (SUJEITO 10).

Em controvérsia, o MS justifica a publicação do documento, com a finalidade de ampliar o acesso dos usuários a essas terapias que servem como complemento aos tratamentos convencionais utilizados nas Unidades de Saúde de todo território brasileiro. Um dos objetivos enfatiza a participação de todos neste processo, quando demonstra estimular as ações de controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias (BRASIL, 2006).

No entanto, o não conhecimento dos sujeitos sobre o assunto está relacionado justamente à falta de estímulo e à lapidação sobre o tema, já que a opinião sobre o assunto e a vontade de obter mais informações e/ou vir a usar tal terapia, estiveram presentes nos discursos dos sujeitos. Mesmo apresentando baixo conhecimento sobre a MTC, seus conceitos e princípios, os sujeitos demonstraram curiosidade e interesse em estar construindo saberes sobre o assunto e manifestaram disposição em utilizar essa possibilidade terapêutica, evidenciada nestas falas:

“Sim, sim... tudo que faz bem pra saúde da gente é bom, né? Então, eu gostaria de conhecer, sim, até pra gente poder, como tu disse, usar talvez [...]” (SUJEITO 1).

“Acredito que ia ser bom, porque é uma coisa alternativa [...] uma coisa que podia ser usada pra prevenção, pra... não como uma segunda alternativa, como uma maneira de prevenir uma doença. Acho que sim, podia ser usada sempre, que não precisa ser usada só na hora que tiver a doença, né” (SUJEITO 3).

“Ah, se tiver pra alguma coisa que eu precise vou tentar, é natural, é fácil, tomara que dê certo” (SUJEITO 11).

Quando da publicação do PNPIC, no ano de 2006, o MS descreve sobre a MTC, que é “necessário pensar, 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).

Entretanto, sabe-se que são poucos os municípios brasileiros que possuem condições de apresentar como rotina, em suas UBS, terapias apresentadas por esta Política. Logo, o trabalho com a acupressão foi uma possibilidade de oferecer o que se propõe na Política, e dos usuários se beneficiarem, tirando-a do papel e aplicando-a, mesmo que de uma forma complementar à apresentada no documento.

Na segunda entrevista, a pergunta feita sobre o que os sujeitos achavam da possibilidade da MTC ser trabalhada no SUS, considerando que a realização dos grupos já tinha sido uma alternativa de aplicá-la no Sistema, todos relataram como uma possibilidade benéfica, alternativa e de fácil aplicabilidade, enfatizadas a seguir:

“Porque é uma opção, né, nem todos querem, mas tem quem prefere um tratamento assim, talvez até sem remédio né?” (SUJEITO 11).

“Ah, sei lá. Tipo essas coisas que tu mostrou dá pra fazer em casa, né, é de graça, então dá pra todo mundo tentar” (SUJEITO 12).

“É outro jeito da gente se cuidar, sem precisar tomar tantos remédios que fazem mal pro estômago” (SUJEITO 1).

Nessa perspectiva, a acupressão pode ser uma boa opção para aproximar os sujeitos dessa Política, já que a forma como é apresentada, por meio da acupuntura é vista tão distante dos usuários do SUS. É uma alternativa para os sujeitos se beneficiarem das vantagens da terapia, sem dependerem da presença contínua de profissionais capacitados e de recursos do Governo, sabendo que esses são poucos e que os projetos dos municípios e estados sobre esta temática são raros.

Portanto, a realização dos grupos que trabalharam a MTC, como estratégia de educação em saúde, permitiu que os sujeitos, além de construírem conhecimento sobre a

temática de maneira dialógica e dinâmica, se tornassem capazes de usufruir a técnica a favor da saúde e do bem-estar.

Quando questionados sobre a aplicação das técnicas apresentadas nos encontros, todos os sujeitos relataram, ao menos, em algum momento, que utilizaram, em si, ou no outro, mencionado nas falas:

“[...] tu sabe que ajudou? Tem que tirar um tempo pra ficar massageando, mas aliviou minha dor, no braço e de cabeça também. Tu sabe que o [marido] está com depressão, né? Às vezes, pego a mão dele e fico mexendo naqueles pontos do pulso, um tempão. Ele acha besteira, mas sempre deixa! [risos]” (SUJEITO 4).

“Sempre estou apertando... Eu tinha uma dor aqui [trapézio] horrível, quase não sinto mais, com os teus pontos, a hidro e a fisio da [filha], nossa, melhorei muito”. (SUJEITO 8).

“Não pude ir todas as vezes, né, mas aquele dia do sono achei bem bom, fiz aquele dia ainda, achei bem bom” (SUJEITO 9).

Em alguns casos, o esquecimento fez com que os sujeitos utilizassem a acupressão, apenas no dia do aprendizado, contudo, relataram que se lembraram da técnica e não descartaram a possibilidade de usá-la em algum momento, como confirmam as falas a seguir:

“Até lembro dos pontos, mas não precisei ainda” (SUJEITO1).

“Sim, mas só depois lá do grupo, depois acabei esquecendo, a gente não tem o costume, né, mas não é porque não é bom, é porque não tem o costume mesmo” (SUJEITO 3).

“Aiü...pra falar a verdade só treinei aquele dia...não lembrei mais de fazer. Mas quando eu precisar vou fazer, ainda lembro de uns...” (SUJEITO 11).

O fato de se tratar de um novo aprendizado, ainda não presente no cotidiano dos sujeitos, pode ter levado a estes o esquecimento ou a não continuidade das técnicas, no entanto, pressupõe-se que, ao realizar o resgate desse conhecimento na assistência, o

profissional consegue manter o tema presente na vida dos sujeitos. Ressalta-se que o modelo metodológico abordado no estudo, a PCA, permite que as ações assistenciais tenham continuidade, mesmo após o término da pesquisa, e este fato oportuniza aos sujeitos a continuação das atividades, podendo a acupressão vir a fazer parte do dia a dia dos participantes e da comunidade em geral.

Destacou-se, na fala dos sujeitos que a técnica, que pode ser utilizada para manter a qualidade de vida e auxiliar na prevenção de agravos, como relatada pelos próprios sujeitos, estava sendo utilizada, principalmente, de maneira curativa, conforme os relatos:

“[...]um dia, meu marido estava com dor nas costas e eu fiz, ele não queria, achava que era massagem, aí eu expliquei que tu tinha mostrado, ele não acreditou que dava certo, deu risada mas deixou eu fazer, acho que ajudou” (SUJEITO 1).

“Seguido, quando me dá dor de cabeça eu aperto eles, mas tomo o remédio também, porque se eu deixar fica muito forte. Então, quando ela começa, eu já tomo o remédio e aperto os pontos, aí nem dói muito” (SUJEITO 10).

“Até aperto, de vez em quando, quando dá dor de cabeça, coisas assim...tem que tomar o remédio igual, mas ajuda a passar mais rápido” (SUJEITO 12).

Frente ao que foi relatado, buscou-se saber o porquê de estes sujeitos não estarem utilizando a acupressão, também de forma preventiva, e obtiveram-se os resultados a seguir:

“É, mas daí a gente esquece, não tem o costume, que é um costume bom né? Seria bom fazer todos os dias, mas é pouco o tempo, a gente só lembra quando o corpo grita” (SUJEITO 3).

“Pois é...vou tentar começar a fazer isso, é bem melhor né?” (SUJEITO 12).

Diante das falas, pôde-se perceber que o modelo biomédico, voltado à doença, estava muito presente. Mesmo com a consciência de ser a MTC uma medicina alternativa, com fins preventivos, os sujeitos a utilizavam, principalmente, na presença da doença. O estabelecimento de uma nova maneira de perceber a saúde e a doença, ou a própria implantação de uma inovação nos serviços de saúde, é uma tarefa lenta, que requer

persistência dos profissionais, vontade e participação dos sujeitos envolvidos, sendo que, somente, com respeito mútuo e vontade de mudança, novas tecnologias de intervenção podem trazer resultados benéficos.

6 FIDELIDADE AO MÉTODO

Nesse aspecto da fidelidade ao método, tomou-se o cuidado, para que a pesquisa englobasse todos os critérios elencados pelas autoras como essenciais para a credibilidade da PCA.

6.1 Pesquisa na assistência, assistência na pesquisa: trocas e construções

Como proposta na metodologia, a assistência e pesquisa caminharam entrelaçadas, durante todo percurso do estudo, considerando que a metodologia abordada “está orientada para o compromisso humanista do pesquisador em estudar e operar na prática assistencial em saúde a partir das perspectivas dos profissionais e/ou usuários envolvidos no contexto da pesquisa” (TRENTINI e PAIM, 2014, p.21).

Nesse mesmo contexto, Paulo Freire (1996, p.37) enfatiza que “de separar prática de teoria, autoridade de liberdade, ignorância de saber, respeito ao professor de respeito aos alunos, ensinar de aprender. Nenhum destes termos pode ser mecanicistamente separado, um do outro”.

Diante disso, a troca de experiências e a construção conjunta de conhecimento ocorreram durante a realização dos grupos, e em alguns eventos na ESF. Nesses momentos, os sujeitos e a pesquisadora tiveram a oportunidade de apresentar, discutir, questionar e opinar sobre temas sugeridos dentro do próprio grupo. Nesse sentido, os grupos oportunizaram a socialização de assuntos importantes para a saúde dos sujeitos tanto para a prevenção de doenças, como para a promoção e a recuperação da saúde.

O fato de pensar e fazer no contexto da prática assistencial vem ao encontro das palavras de Paulo Freire (1996), quando diz que ensinar exige a convicção de que a mudança é possível, e que sem a curiosidade do próprio profissional, não se torna possível nem ensinar, nem aprender. Pode-se dizer que os grupos foram úteis tanto para o sujeito, que teve a oportunidade de discutir assuntos de seu interesse e agregar novos conhecimentos sobre a MTC, como para o profissional enfermeiro, que, além de oportunizar uma nova terapia proposta por uma Política Pública, conseguiu conhecer melhor seus sujeitos, suas curiosidades, seus modos de pensar, evoluir seu trabalho como educador em saúde, e ainda,

oferecer isso tudo como exemplo a outros profissionais por meio das futuras publicações promovidas pelo estudo.

6.2 Questionário avaliativo

Foi realizado, no decorrer e ao final da pesquisa, o questionamento avaliativo sugerido e descrito por Trentini e Paim (2004, p.111-112):

1) Durante o processo de pesquisa houve estreita relação com a situação assistencial (social)?

Sim. O fato de a pesquisadora ser atuante no local onde foi realizada a pesquisa permitiu que a assistência estivesse disponível em tempo integral aos sujeitos, sempre que fosse desejada e/ou solicitada, não sendo interrompida ao final da pesquisa.

2) As relações pesquisa-assistência foram mantidas com a intencionalidade de encontrar soluções e/ou realizar mudanças/introduzir inovações no contexto social pesquisado?

Sim. Por si só, o tema da pesquisa já se apresentou como uma inovação a ser introduzida na assistência encontrada pelos sujeitos na ESF onde ocorreu. No local, nunca se havia trabalhado as PIC.

3) Foram incluídos vários métodos e técnicas, não só para obter informações, mas também para envolver os sujeitos pesquisados, de modo ativo, no processo pesquisa-cuidado?

Sim. Foram utilizados os grupos, a entrevista, a observação e, principalmente, as estratégias de autocuidado desenvolvidas por intermédio das técnicas da MTC.

4) Ficou evidenciada a articulação da prática profissional com os referenciais teóricos da pesquisa?

Sim. Assim como propõe o referencial teórico, foram utilizadas, por meio da educação em saúde, técnicas da MTC propostas pela PNPIC.

5) *Os resultados da pesquisa, que foram sendo visualizados, foram progressivamente canalizados para as situações do cuidar no contexto da prática assistencial?*

Sim. Em todo momento, as necessidades percebidas pela pesquisadora, ou provenientes dos próprios sujeitos foram o ponto de partida para as ações seguintes.

6) *A pesquisa de campo (convergente assistencial) inclui, particularmente, em sua coleta de informações, atividades de cuidado/assistência com os sujeitos pesquisados? O pesquisador assumiu seu papel de provedor de cuidado, principalmente, durante a coleta de dados de pesquisa?*

Sim. Durante todas as etapas, a pesquisadora esteve disponível para sanar dúvidas, prestar assistência e acompanhamento dos sujeitos envolvidos.

7) *Os registros de cuidados assistenciais aos sujeitos pesquisados serviram de fonte de informações?*

Sim. Com o auxílio de um diário de campo, toda a assistência prestada aos sujeitos foi registrada.

8) *A pesquisa convergente-assistencial focalizou fenômenos vivenciados no contexto do cuidado em prática assistencial?*

Sim. Todas as informações vinculadas à pesquisa foram de grande valia à pesquisadora, não só no que se refere às informações para o estudo, como também informações relevantes para a organização da assistência.

9) *Que construções conceituais inovadoras na pesquisa convergente-assistencial se fizeram propostas à reflexão do cuidar na prática assistencial?*

Foram as seguintes: a utilização da acupressão como atividade benéfica aos sujeitos; a construção de conhecimento em encontros grupais e a autopercepção de saúde dos sujeitos.

10) *O ato de cuidar/assistir foi percebido no contexto da prática como parte do processo de pesquisa?*

Sim. A pesquisa ocorreu em estratégias de educação em saúde, voltadas ao (auto)cuidado dos sujeitos.

11) O pesquisador seguiu tanto as normas de rigor científico em relação à obtenção, registro e análise de informação quanto reconheceu e agiu, conforme as exigências da prática em dar retorno imediato à situação do sujeito pesquisado no cuidado/assistência?

Sim. Pesquisa e assistência permaneceram relacionadas durante todo período. A metodologia da pesquisa seguiu, fielmente, as orientações das criadoras do método.

12) Esteve claro para o pesquisador que sua prioridade estava em sistematizar o que fazer compatibilizando as atividades de cuidar/assistir como incluídas no desenvolvimento da construção de conhecimento para o contexto assistencial?

Sim. A PCA propôs ações inovadoras, com o intuito de implantação no serviço onde foram desenvolvidas, com permanência, depois de findada a pesquisa.

13) O pesquisador no contexto assistencial, buscou estratégias para valorizar nos espaços das relações o “saber-fazer” e refletindo o pressuposto que o “saber-fazer” implica em “saber-pensar”?

Sim. No decorrer de todo estudo, o “saber-fazer” e o “saber-pensar” foram cruciais para que a pesquisa se tornasse possível dentro da assistência e para que a assistência fosse valorizada no momento da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso salientar que as atividades que tiveram início, com o estudo, terão continuidade na ESF, visto que a metodologia utilizada propôs uma inovação no campo, cenário da pesquisa, passando a ser rotina no Serviço de Saúde. As ações educativas utilizadas, assim como as estratégias para a realização dessas ações fizeram parte de um processo, não apenas um ensinamento de afazeres. Este processo envolveu um município, uma Secretaria de Saúde, uma equipe multiprofissional, e principalmente, sujeitos usuários do Sistema Único de Saúde.

Assim sendo, o compromisso com os usuários do Sistema, para que desfrutassem e conhecessem o que lhes é de direito, oferecido em saúde, foi uma das justificativas para o desenvolvimento deste estudo. A pesquisa ainda permitiu responder, com convicção, a sua questão norteadora, sendo que a pesquisadora, como enfermeira assistencial, inserida em um campo da saúde pública, buscou proporcionar a reflexão dos sujeitos sobre saúde, além de construir um conhecimento sobre MTC, a partir das curiosidades e necessidades das pessoas envolvidas e lhes ofereceu um novo jeito de cuidar da saúde.

Para a enfermagem, trabalhar com PIC ainda é algo muito novo, com poucas socializações de experiências, contudo, aventurar-se nesse campo tão rico é extremamente importante e necessário tanto para a classe profissional, por ser um diferencial em sua assistência, quanto para o sujeito, que, por sua vez, aprende novas formas terapêuticas de prevenção e/ou recuperação da saúde.

Nesse contexto, ficou evidente que a MTC pode oferecer formas alternativas de cuidado à saúde, nos serviços do SUS, como foi o caso da acupressão, que não exigiu grandes investimentos financeiros nem necessitou de um profissional em tempo integral, mas mesmo assim despertou a reflexão sobre a saúde e a corresponsabilização do sujeito pela sua própria saúde.

Percebeu-se, ainda que, pelo fato da cultura oriental não fazer parte do dia a dia da população participante, e, principalmente, pela predominância do modelo biomédico centralizado na doença, talvez, a utilização das técnicas de acupressão não tenham se transformado em um hábito de vida durante o período da realização da pesquisa. No entanto, pode-se dizer que os sujeitos participantes já são portadores desse conhecimento, e com o

passar do tempo, considerando que as atividades terão continuidade, poderão utilizar mais frequentemente a MTC por meio da acupressão.

Os estudos realizados nessa área ainda são escassos, mas ficou evidente a necessidade de os profissionais da saúde realizarem pesquisas originadas de suas próprias experiências assistenciais que envolvam a PNPIC ou uma de suas terapias.

Acredita-se, enfim, que o campo da saúde sempre estará buscando inovações, com o intuito de oferecer melhores condições de vida aos usuários, e as PIC podem ser ótimas opções para quem busca alternativas terapêuticas. De acordo com Freire (1996), nós sempre teremos lugar para o novo, já que somos seres inacabados, e além de inacabados, não somos completos. Nesse sentido, todos podem beneficiar-se com novas possibilidades, seja o profissional que oferece essas novas terapias, seja o usuário, que busca o melhor para sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**. v7, n4, p.879-889. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14611.pdf>. Acesso em: 10 nov 2014.

ALVES, G.G; AERTS,D. As práticas educativas em saúde e a ESF. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v16, n.11, 319-325, jan. 2011.

ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M.A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Rev. Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, v16, n.2, 315-319, abr-jun. 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 10 nov 2014.

BRASIL. Resolução 197, de 19 de março de 1997. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. **Conselho Federal de Enfermagem**. Brasília, 19 de março de 1997. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1971997_4253.html. Acesso em 15 set 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Políticas Nacionais: Políticas Públicas instituídas pelo MS. **Biblioteca Virtual em Saúde**: Ministério da saúde. 2013 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=23> Acesso em: 14 out 2013.

BRASL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.761 de 13 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2013.

CARVALHO,S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v 20, n.04, 1088-1095, jul-ago. 2004.

CERVERA,D.P.P; PEREIRA,B.D.M; GOULART,B.F. Educação em Saúde: percepção dos Enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v16, supl 1, p.1547-1554, 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto**. 2ed. Porto Alegre: Bookman. 2007.

DAMIANI, M.F. **Sobre pesquisas do tipo intervenção**. XVI Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino. UNICAMP. Campinas. 2012

DUNNING, T. Applying a quality use of medicines framework to using essential oils in nursing practice. **Complementary Therapies in Clinical Practice**. v.11. 172-181. 2005. Disponível em : <http://www.elsevierhealth.com/journals/ctnm>. Acesso em 12 mai 2013.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3ed. Porto Alegre: Bookman. 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Professora sim, tia não – cartas a quem ousa ensinar**. São Paulo: Olho d'água, 1997.

GUEDES, M.V.C et al. Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v57, n.6, 662-665, nov-dez. 2004.

IBGE. **Censo demográfico 2014**. Disponível em: http://www.censo2014.ibge.gov.br/sinopse/webservice/firm_urb_rur.php?codigo=430340. Acesso em: 10 fev 2015.

MACHADO, M.F.A.S et al. Integridade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v12, n.2, 335-342, mar-abr 2007.

MACIOCIA, G. **A Prática da Medicina Chinesa**. São Paulo. ROCA, 1996.

MERHY, E.E; GOMES, L.B. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v27, n.1, 7-18, jan. 2011.

MILDT, C. **Fundamentos de Acupressão**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, D.L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v13, n.3, 423-431, mai-jun. 2005.

OLIVEIRA, E.M, SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. v. 40, n.4. p.727-733.2006.

OMS. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Ginebra: OMS, 2002.

ROSS, J. **Combinações dos Pontos de Acupuntura: a chave para o êxito clínico.** São Paulo: Roca, 2003.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.17, n.1, 29-41. 2007.

SILVA, K.L et al. Promoção da saúde como decisão política para a formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP.** São Paulo, v.41, 826-839, dez. 2007.

SILVA, K.L et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v62, n.11, 86-91, jan-fev. 2009.

TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de Saúde-Enfermagem.** 2ed. Florianópolis: Insular. 2004.

TRENTINI, M., PAIM, L., SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Asssistencial: delineamento provocados de mudanças nas práticas de saúde.** 3ed. Porto Alegre: Moriá. 2014.

TSAI, A.W.W., HSING, W.T. Acupuntura na Faculdade de Medicina da USP. **Rev. Med.** São Paulo, v93, n3. Jul-set 2013.

ANEXOS

Anexo A – Organização das informações qualitativas

Data:		Nome:	
Entrevista nº			
Informações		Códigos	
NE			
NO			
NT			
NM			
NC			
ND			

Fonte: TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de Saúde-Enfermagem. 2ed. Florianópolis: Insular. 2004.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: **ENSINO E APRENDIZAGEM SOBRE MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E TÉCNICAS DE ACUPRESSÃO COMO POSSIBILIDADE DE CUIDADO EM SAÚDE**

Pesquisador responsável: Profª. Enfª. Dra. Elisabeta Albertina Nietsche.

Contato: (55)99786626 ou (55)3220-8029 e-mail: eanietsche@gmail.com

Pesquisadora: Enfª. Adrieli Pivetta

Contato: (55)99037319 ou (55) 37381253, e-mail: adri_pivetta@hotmail.com

Eu, _____, informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção que a pesquisa intitulada **ENSINO E APRENDIZAGEM SOBRE MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E TÉCNICAS DE ACUPRESSÃO COMO POSSIBILIDADE DE CUIDADO EM SAÚDE**

, coordenada pela Profª. Enfª. Dra. Elisabeta A. Nietsche, apresenta como objetivo geral: Desenvolver estratégias de educação em saúde, utilizando como instrumento a Medicina Tradicional Chinesa. E como objetivos específicos: (1) Identificar o conhecimento sobre Medicina Tradicional Chinesa antes e após as ações educativas e (2) identificar as contribuições da Medicina Tradicional Chinesa como ação educativa na saúde dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Esta pesquisa é referente à elaboração da Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, a qual será realizada por meio de entrevista e observação, a qual aceito participar espontânea e livremente. As entrevistas serão gravadas e transcritas, garantindo o anonimato das informações coletadas, sendo que os nomes serão substituídos pela palavra “sujeito” acrescidos de números (sujeito1, sujeito2, sujeito3...). A observação receberá como auxílio a filmagem dos grupos, e um diário nas ações realizadas na assistência, sendo que as imagens ficarão sob responsabilidade da pesquisadora responsável e só serão utilizadas para esta finalidade. Os materiais coletados serão guardados pela pesquisadora por um tempo de cinco anos na Universidade Federal de Santa Maria, no Centro de Ciências da Saúde, sendo destruídos após este período. Os dados coletados poderão ser utilizados em outras pesquisas, desde que sejam respeitados os preceitos éticos aqui descritos. Estou ciente que a pesquisa não apresenta riscos importantes, contudo, com a finalidade de evitar desconfortos, fui informado que as terapias complementares auxiliam na saúde e qualidade de vida, mas não podem ser substitutas das terapias convencionais. Assim como os riscos, foram apresentados os

benefícios: a pesquisa propõe apresentar através de uma nova possibilidade de educação em saúde, meios para promover a qualidade de vida individual e coletiva, auxiliando no (auto)cuidado e na inclusão de técnicas fundamentadas na Medicina Tradicional Chinesa, capazes de ser desenvolvidas em qualquer ambiente, por meio da (auto)massagem com a finalidade de prevenção ou recuperação da saúde.

Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de:

- . Desistir da participação, em qualquer momento, sem constrangimento e sem sofrer qualquer tipo de punição.
- . Receber respostas sobre todas as dúvidas referentes à pesquisa.
- . Não ter minha identidade revelada nem no andamento, nem após o término da pesquisa.
- . Não terei nenhum custo financeiro para participar da investigação.

Os pesquisadores comprometem-se a seguir as diretrizes da Resolução 466/2012, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos.

Adrieli Pivetta

Mestranda pesquisadora

Elisabeta A. Nietzsche

Pesquisadora responsável

Assinatura do participante

Data: ___/___/___

Observação: Este documento será assinado em duas vias: uma para o pesquisador e outra para o participante.

Apêndice B – Guia para entrevista

Projeto de pesquisa: **ENSINO E APRENDIZAGEM SOBRE MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E TÉCNICAS DE ACUPRESSÃO COMO POSSIBILIDADE DE CUIDADO EM SAÚDE**



Identificação do participante

Nome:

Identificação para resultados: sujeito ____

Sexo: () F () M

Data de nasc.: __/__/____

Religião:

Escolaridade:

Endereço:

Problemas de saúde diagnosticado:

Temas orientadores:

- 1) Entendimento sobre o que é saúde.
- 2) Entendimento de Medicina Tradicional Chinesa- Acupuntura.
- 3) Opinião sobre a utilização de terapias alternativas no SUS.
- 4) Em que situação utilizou ou pensou em utilizar a MTC.
- 5) Descrição das contribuições da MTC, caso já a utilizou.
- 6) Gostaria de conhecer mais e vir a utilizar a MTC
- 7) A Medicina Tradicional Chinesa pode trazer benefícios para sua saúde, família e comunidade.



Apêndice C – Roteiro para Observação

Projeto de pesquisa: **ENSINO E APRENDIZAGEM SOBRE MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E TÉCNICAS DE ACUPRESSÃO COMO POSSIBILIDADE DE CUIDADO EM SAÚDE**

Identificação do participante

Nome:

Identificação para resultados: sujeito ____

Sexo: () F () M

Temas orientadores:

Participação do sujeito nos grupos;

Interação dos sujeitos com a pesquisadora e com os demais membros do grupo;

Interesse e entusiasmo ao realizar as atividades propostas;

Relatos sobre as atividades realizadas nos grupos em outros momentos não destinados exclusivamente para a pesquisa.

Relato dos resultados obtidos através da acupressão realizada.

Apêndice D – Solicitação para desenvolvimento de pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



De: Enfª Mda. Adrieli Pivetta
Para: Secretária Municipal de Saúde, Mari Pivetta

Assunto: Solicitação para desenvolvimento de pesquisa

Santa Maria, 10 de novembro de 2013.

Ilma Senhora Gestora,

Venho por meio deste, solicitar autorização para realizar a pesquisa intitulada **“ENSINO E APRENDIZAGEM SOBRE MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E TÉCNICAS DE ACUPRESSÃO COMO POSSIBILIDADE DE CUIDADO EM SAÚDE.”** junto a uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Caiçara. Esta pesquisa está vinculada a um projeto de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal de Santa Maria, RS, sob orientação da Profª. Enfª. Dra. Elisabeta Albertina Nietsche, e como pesquisadora Enfª. Adrieli Pivetta.

O estudo tem por objetivo geral: **Desenvolver ações e estratégias de educação em saúde, utilizando como instrumento a Medicina Tradicional Chinesa. E como objetivos específicos: (1) Identificar o conhecimento sobre Medicina Tradicional Chinesa antes e após as ações educativas e (2) identificar as contribuições da Medicina Tradicional Chinesa como ação educativa na saúde dos sujeitos envolvidos na pesquisa.** Assim, buscar-se-á contribuir para a apresentação de inovações no processo de auto(cuidado) da população envolvida.

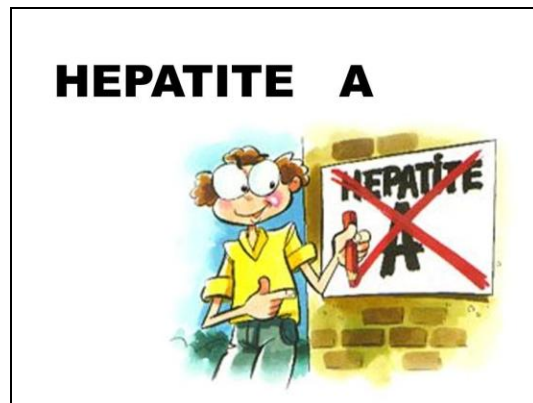
A pesquisa respeitará todos os aspectos éticos apresentados na Resolução 466/2012 e seus complementares do Conselho Nacional de Saúde. Estando o pesquisador sempre disponível para esclarecimento de dúvidas. Juntamente com esta carta, segue uma cópia na íntegra do projeto.

Atenciosamente,

Profª. Enfª. Dra. Elisabeta A. Nietsche

Enfª. Adrieli Pivetta

Apêndice E – Material educativo utilizado no encontro 1



Hepatite A é uma doença causada por um vírus que é transmitido por via oral-fecal, de uma pessoa infectada para outra saudável, através de alimentos ou da água contaminada. Esse vírus pode sobreviver por até quatro horas na pele das mãos e dos dedos. Ele é também extremamente resistente à degradação provocada por mudanças ambientais, o que facilita sua disseminação, e chega a resistir durante anos a temperaturas de até 20°C negativos. A incidência da hepatite A é maior nos locais em que o saneamento básico é deficiente ou não existe. Uma vez infectada, a pessoa desenvolve imunidade contra o vírus por toda a vida.

Pode-se contrair hepatite A se:

*Comer ou beber água contaminada por fezes que contenham o vírus da hepatite A (frutas, verduras, frutos do mar, gelo e água são fontes comuns do vírus da hepatite A).

*Mantiver contato com as fezes ou o sangue de uma pessoa que tenha hepatite A.

*Uma pessoa contaminada não lavar as mãos adequadamente após ir ao banheiro e tocar outros objetos ou alimentos.

*Participar de práticas sexuais que envolvam contato oral-anal.

Diagnóstico

Além de levar em conta os sintomas, o diagnóstico da hepatite A é feito por meio da detecção de anticorpos contra o vírus VHA no sangue ou pela presença de seus fragmentos nas fezes.

Sintomas

A hepatite A pode ter ou não sintomas. Pode levar de duas a seis semanas sem os sintomas se manifestam, mas a pessoa infectada já é capaz de transmitir o vírus.

Apenas uma minoria apresenta os sintomas clássicos da infecção: febre, dores musculares, cansaço, mal-estar, inapetência, náuseas e vômito. Icterícia, fezes amarelo-esbranquiçadas e urina com cor semelhante à da coca-cola são outros sinais possíveis da enfermidade.

No entanto, muitas vezes, os sintomas são tão vagos que podem ser confundidos com os de uma virose qualquer. O paciente continua levando vida normal e nem percebe que teve hepatite A.

Grupo de Risco

Geralmente, é na infância que se entra em contato com o vírus. Por isso, as crianças constituem grupo de risco importante, assim como os adultos que interagem com elas e os profissionais de saúde.

Evolução

Em geral, o quadro de hepatite A se resolve espontaneamente em um ou dois meses. Em alguns casos, porém, pode demorar seis meses para o vírus ser eliminado totalmente do organismo.

A hepatite A é uma doença de curso benigno, mas potencialmente grave. Embora não sejam frequentes, complicações podem surgir. Uma delas, a hepatite fulminante, é um quadro que se caracteriza pela necrose maciça e morte das células hepáticas nas primeiras seis a oito semanas da infecção.

Tratamento

Não existe tratamento específico contra a hepatite A, nem embasamento terapêutico para recomendar repouso absoluto. Na vigência dos sintomas, porém, o próprio paciente se impõe repouso relativo.

É absolutamente fundamental que o consumo de álcool seja abolido até pelo menos três meses depois que as enzimas hepáticas voltaram ao normal.

Vacina

Recomendações

* Evite o consumo de alimentos e bebidas dos quais não conheça a procedência nem saiba como foram preparados;

* Procure beber só água clorada ou fervida, especialmente nas regiões em que o saneamento básico possa ser inadequado ou inexistente;

* Lave as mãos cuidadosamente antes das refeições e depois de usar o banheiro. A lavagem criteriosa das mãos é suficiente para impedir o contágio de pessoa para pessoa;

* Não ingira bebidas alcoólicas durante a fase aguda da doença e nos três meses seguintes à volta das enzimas hepáticas aos níveis normais;

* Verifique se os instrumentos usados para fazer as unhas foram devidamente esterilizados ou leve consigo os que vai usar no salão de beleza.

HEPATITE B



Hepatite B
é coisa séria.

A hepatite B é uma doença transmitida pelo vírus VHB, que infecta as células do fígado. Essas células podem ser agredidas pelo VHB diretamente, ou pelas células do sistema de defesa que, empenhadas em combater a infecção, acabam causando um processo inflamatório crônico.

O vírus da hepatite B pode sobreviver ativo no ambiente externo por vários dias. O período de incubação dura, em média, de um a quatro meses. Uma pessoa infectada por ele pode desenvolver as seguintes formas da doença: hepatite aguda, hepatite crônica (ou ambas) e hepatite fulminante, uma forma rara da doença que pode ser fatal.

Transmissão da hepatite B

O vírus da hepatite B está presente no sangue, na saliva, no sêmen e nas secreções vaginais da pessoa infectada. A transmissão pode ocorrer por via perinatal, isto é, da mãe para o feto na gravidez, durante e após o parto; através de pequenos ferimentos na pele e nas mucosas; pelo uso de drogas injetáveis e por transfusões de sangue (risco que praticamente desapareceu desde que o sangue dos doadores passou a ser rotineiramente analisado).

As relações sexuais constituem outra via importante de transmissão da hepatite B, considerada uma doença sexualmente transmissível (DST), porque o vírus atinge concentrações altas nas secreções sexuais.

Sintomas

Os principais sintomas da infecção aguda pelo vírus da hepatite B são semelhantes aos da hepatite A: náuseas, vômitos, mal-estar, febre, fadiga, perda de apetite, dores abdominais, urina escura, fezes claras, icterícia (cor amarelada na pele e conjuntivas).

A hepatite aguda pode passar despercebida, porque a doença ou é assintomática, ou os sintomas não chamam a atenção.

Outra particularidade é que a maioria dos pacientes elimina o vírus e evolui para a cura definitiva. Em menos de 5% dos casos, porém, o VHB persiste no organismo e a doença torna-se crônica.

A hepatite B crônica também pode evoluir sem apresentar sintomas que chamem a atenção durante muitos anos. Isso não indica que parte dos infectados possa desenvolver cirrose hepática e câncer de fígado no futuro. Na maioria das vezes, porém, quando os pacientes procuram o médico, já há sinais de insuficiência hepática crônica: icterícia, aumento do baço, acúmulo de líquido na cavidade abdominal (ascite), distúrbios de atenção e de comportamento (encefalopatia hepática). A evolução dessa forma da doença depende de fatores, como a replicação do vírus, a resposta imunológica, o consumo de álcool e a eventual infecção por outros vírus.

Prevenção

A maneira mais segura e eficaz de prevenir a infecção pelo VHB é tomar as três doses da vacina contra a hepatite B, assim distribuídas: a segunda 30 dias depois da primeira e a terceira, seis meses depois da primeira.

Devem receber essa vacina: recém-nascidos, crianças que não foram vacinadas ao nascer, pessoas com vida sexual ativa, aquelas que convivem com pacientes com a enfermidade ou necessitam de transfusões de sangue com frequência, as submetidas à hemodiálise. Também devem ser vacinados os usuários de drogas injetáveis, os profissionais na área de saúde, os doadores de órgãos sólidos e de medula óssea, policiais, manicures, podólogos, portadores de HIV e de imunodeficiências, vítimas de abuso sexual, a população indígena, entre outros grupos.

Tratamento

Na maioria dos casos, o tratamento da hepatite B aguda tem como objetivo aliviar os sintomas e afastar o risco de complicações. Nessa fase, não há consenso sobre a indicação de medicamentos antivirais. Também, ao contrário do que se preconizava no passado, o paciente não precisa permanecer em repouso, mas deve moderar a atividade física.

Nem todos os portadores de hepatite B crônica com diagnóstico recente precisam de tratamento imediato. Quando ele se faz necessário, existem remédios que inibem a replicação do vírus e atuam no controle da resposta inflamatória.

HEPATITE C



A **hepatite C** é causada por um vírus transmitido principalmente pelo sangue contaminado, mas a infecção também pode passar através das vias sexual e vertical (da mãe para filho). O portador do vírus da hepatite VHC pode desenvolver uma forma crônica da doença que leva a lesões no fígado (cirrose) e câncer hepático.

Sintomas

A hepatite C é assintomática na maioria dos casos, ou seja, o portador não sente nada após a infecção pelo vírus. Em algumas situações, pode ocorrer uma forma aguda da enfermidade que antecede a forma crônica. Nesses casos, o paciente pode apresentar mal-estar, vômitos, náuseas, pele amarelada (icterícia), dores musculares. No entanto, a maioria dos portadores só percebe que está doente anos após a infecção, quando apresenta um caso grave de hepatite crônica com risco de cirrose e câncer no fígado.

Recomendações

* Fique longe das bebidas alcoólicas, se é ou foi portador do VHC;

* Não utilize drogas injetáveis;

* Certifique-se de que todo o material utilizado para coleta de sangue seja descartável;

* Verifique se agulhas ou qualquer outro objeto que entre em contato com sangue é descartável ou está devidamente esterilizado;

* Leve seu próprio material quando for à manicure;

* Se quiser engravidar ou estiver grávida, faça o teste para saber se é portadora do vírus da hepatite C;

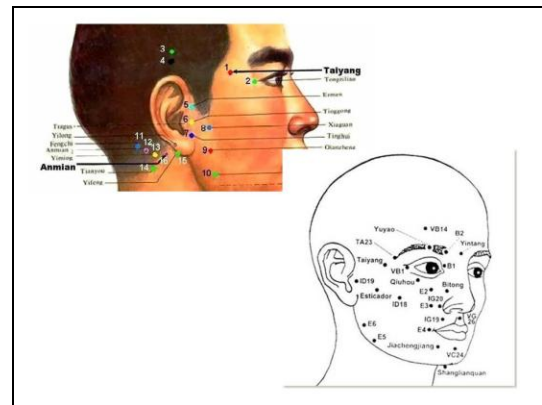
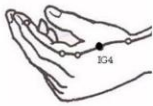
* Só faça sexo com preservativo;

* Tome as vacinas contra as hepatites A e B, a vacina contra gripe todos os anos e a vacina contra pneumonia, se é portador do VHC.

* Só faça sexo com preservativo;

* Tome as vacinas contra as hepatites A e B, a vacina contra gripe todos os anos e a vacina contra pneumonia, se é portador do VHC.

ACUPRESSÃO NA DOR / CEFALÉIA



Apêndice F – Material educativo utilizado no encontro 2



O QUE É A DEPRESSÃO?

É uma doença.

A depressão é um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história. No sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa autoestima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si.

Depressão é a tristeza quando não acaba mais. A maioria dos que sofrem dela nem percebem que estão doentes. De cada dez pessoas que procuram o médico, pelo menos uma preenche os requisitos para o diagnóstico de depressão.

Do início insidioso, a depressão evolui continuamente para quadros que variam de intensidade e duração. Nos casos mais simples, a pessoa pode curar-se por conta própria em duas a quatro semanas. Passado esse período sem haver melhora, os especialistas recomendam atenção e tratamento, porque a depressão prolongada pode levar a suicídio e mortes por causas naturais.

Ao contrário do que normalmente se pensa, os fatores psicológicos e sociais, muitas vezes, são consequência e não causa da depressão. Vale ressaltar que o estresse pode precipitar a depressão em pessoas com predisposição, que provavelmente é genética. A prevalência (número de casos numa população) da depressão é estimada em 19%, o que significa que aproximadamente uma em cada cinco pessoas no mundo apresenta o problema em algum momento da vida.

Há uma série de evidências que mostram alterações químicas no cérebro do indivíduo deprimido, principalmente com relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e, em menor proporção, dopamina), substâncias que transmitem impulsos nervosos entre as células. Outros processos que ocorrem dentro das células nervosas também estão envolvidos.



ALGUNS SINTOMAS:

- * Humor depressivo ou irritabilidade, ansiedade e angústia.
- * Desânimo, cansaço fácil, necessidade de maior esforço para fazer as coisas.
- * Diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis.
- * Desinteresse, falta de motivação e apatia.
- * Falta de vontade e indecisão.

* Sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio.

* Pessimismo, ideias frequentes e desproporcionais de culpa, baixa autoestima, sensação de falta de sentido na vida, inutilidade, ruína, fracasso, doença ou morte.

* A pessoa pode desejar morrer, planejar uma forma de morrer ou tentar suicídio.

* Interpretação distorcida e negativa da realidade: tudo é visto sob a ótica depressiva, um tom "cinzento" para si, os outros e o seu mundo.

* Dificuldade de concentração, raciocínio mais lento e esquecimento.

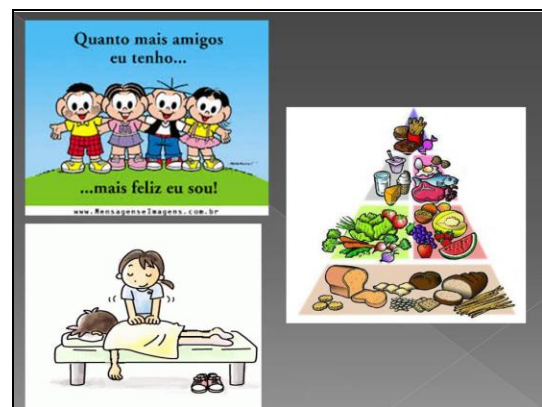
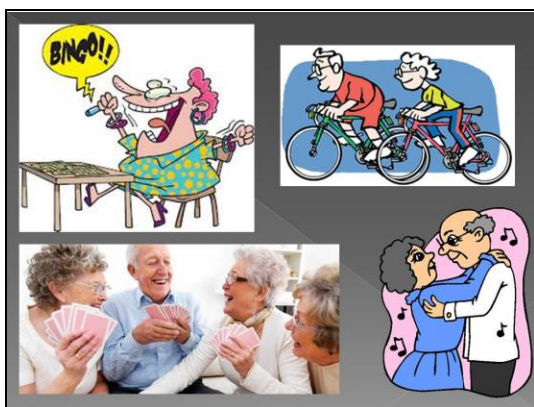
* Perda ou aumento do apetite e do peso.

* Insônia (dificuldade de conciliar o sono, múltiplos despertares ou sensação de sono muito superficial), despertar matinal precoce (geralmente duas horas antes do horário habitual) ou, menos frequentemente, aumento do sono (dorme demais e mesmo assim fica com sono a maior parte do tempo).

* Dores e outros sintomas físicos não justificados por problemas médicos, como dores de barriga, má digestão, azia, diarreia, constipação, flatulência, tensão na nuca e nos ombros, dor de cabeça ou no corpo, sensação de corpo pesado ou de pressão no peito, entre outros.

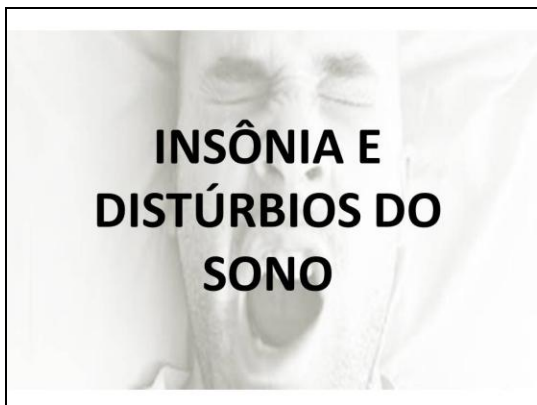
DICAS PARA EVITAR A DEPRESSÃO

- Não se culpe!
- Faça exercícios regularmente.
- Fale sobre suas angústias.
- Cuide de sua saúde.
- Mantenha uma rotina.
- Dieta saudável.
- Evite uso de drogas.
- Durma bem.
- Não se sobrecarregue.





Apêndice G – Material educativo utilizado no grupo 3



INSÔNIA...

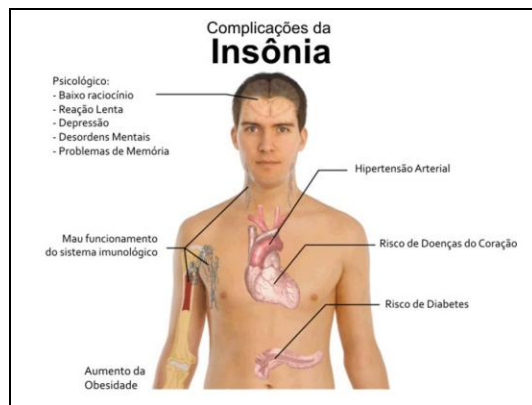
... é a dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, prejudicando o bom funcionamento da mente e do corpo no dia seguinte.

- * Dificuldade em iniciar o sono;
- * Levantar muitas vezes durante a noite com dificuldade em voltar a dormir;
- * Acordar cedo demais;
- * Sono não restaurador.



Principais causas:

- * Idade avançada;
- * Sexo feminino (principalmente durante e após a menopausa);
- * História de insônia em familiares;
- * Depressão e outros distúrbios psiquiátricos;
- * Doenças orgânicas;
- * Tabagismo, etilismo, dependência química.



Como evitar??

Técnicas de relaxamento



Evitar bebidas estimulantes à noite

Evitar utilizar aparelhos eletrônicos na cama

Não exercitar-se à noite



Apneia do sono

A apneia do sono é um distúrbio do sono potencialmente grave em que a respiração para e começa repetidamente. Pessoas com apneia obstrutiva do sono podem, inclusive, não estar cientes de que têm o problema.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 50% da população brasileira se queixa de qualidade de sono ruim e 33% sofre de apneia do sono.



Sonambulismo

"Sonâmbulo é alguém que não está nem acordado nem dormindo". Os episódios ocorrem quando a consciência e a memória dormem e a parte motora é despertada repentinamente, pelo ronco, por um distúrbio epiléptico ou por um barulho. A pessoa não tem um despertar normal e passa a andar ou falar coisas desconexas.

Bruxismo Noturno

Bruxismo do sono é um distúrbio do sono caracterizado pelo apertar e ranger dos dentes, de forma involuntária, com aplicação de forças excessivas sobre a musculatura mastigatória. O ranger provoca um desgaste nos dentes que pode afetar a integridade dos mesmos e comprometer a saúde bucal. O bruxismo do sono também "força" e cria tensões ao nível das articulações temporomandibulares (ATM) que pode causar desgastes e eventuais problemas.

O que podemos fazer...

Apêndice H – Material educativo utilizado no grupo 5



Como ocorre o processo alérgico?

Alergia ou reação de hipersensibilidade é uma resposta imunológica exagerada, que se desenvolve após a exposição a um determinado antígeno (substância estranha ao nosso organismo) e que ocorre em indivíduos suscetíveis (geneticamente) e previamente sensibilizados.

Como assim?!!



Principais agentes desencadeantes

- * Ácaros e baratas
- * Mofo (fungos)
- * Epitélio e pelos de animais
- * Esporos de fungos e pólen de flores
- * Alimentos
- * Medicamentos.

Principais sinais e sintomas

Pele: Manifesta-se com lesões e coceira intensa. Em alguns casos, pode ser muito grave, acometendo o corpo inteiro.

Vias respiratórias: Sensação de "aperto" ou opressão no peito com falta de ar ou cansaço.

Olhos: Pode provocar irritação, vermelhidão, coceira e lacrimejamento dos olhos.

Rinite

Trata-se de uma inflamação alérgica na mucosa do nariz, onde pode ocorrer de forma repetida. Sua principal causa são os alérgenos inalantes, como ácaros, poeira doméstica, pólen de plantas e até mesmo a mudança de temperatura.



Alguns sintomas...

- *Coceira nasal insistente
- *Coriza líquida e abundante
- *Mucosa nasal congestionada e narinas entupidas
- *Tosse crônica noturna
- *Otites repetidas
- *Olhos avermelhados, irritados, lacrimejando e coçando
- *Sinusite
- *Espirros repetidos

Choque anafilático

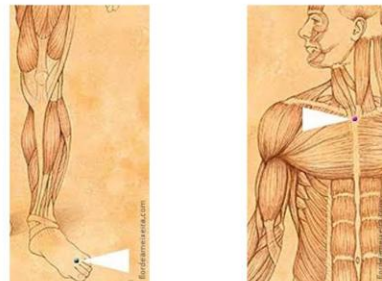
É uma reação alérgica grave, que provoca acometimento de todo o organismo. É grande a dificuldade de respiração, podendo ocorrer a perda de consciência e até mesmo a morte, quando não tratado imediatamente.



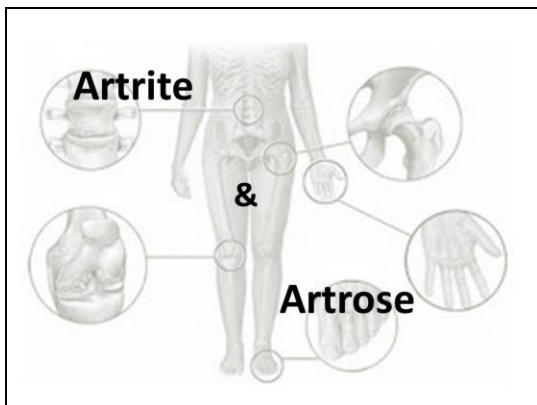
Tratamento para alergias

CUIDADO! É importante procurar um médico especialista, que irá pesquisar as causas da alergia e recomendar os remédios mais adequados para controlar a doença. Um medicamento errado, além de não fazer o efeito esperado, pode piorar o quadro, levando até a morte.

Podemos realizar acupressão para o alívio dos sintomas brandos nos seguintes pontos:



Apêndice I – Material educativo utilizado no grupo 6



Artrites e artroses constituem um problema de saúde que as pessoas atribuem ao envelhecimento. “Ah, com a idade vem o reumatismo”, queixam-se os mais velhos quando sentem dores nas articulações ou apresentam alguma deformidade característica dessas doenças.

Embora predominem nas pessoas acima dos 60/70 anos, crianças, jovens e adultos não estão livres delas. A artrite reumatóide, por exemplo, acomete pessoas de qualquer idade, atletas podem ter artrose e a febre reumática se manifesta especialmente em crianças depois de uma infecção de garganta.

Você sabia?

Artrite e artrose são doenças distintas, com causas e tratamento diferentes, porém com sintomas que podem ser muito semelhantes, o que costuma causar alguma confusão, fazendo com que as duas condições, que realmente são parecidas, sejam erradamente tratadas como uma patologia única.

Então, qual é a diferença???

O que é uma artrite?

Artrite é o nome que damos quando há um processo inflamatório das articulações; falando de modo mais simples, quando uma ou mais articulações estão inflamadas.

Os principais sintomas da artrite são dor, vermelhidão, inchaço e dificuldade para mover uma ou mais articulações.

A causa mais comum de artrite é a **artrose**.

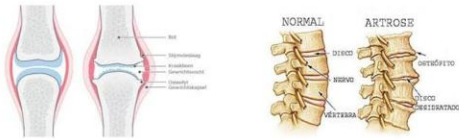


O que é artrose?

A artrose, também chamada de osteoartrite, osteoartrose ou artrite degenerativa, é uma artrite que ocorre por degeneração das cartilagens das articulações. A cartilagem é um tecido que serve como “almofada” ou “amortecedor” entre dois ossos.

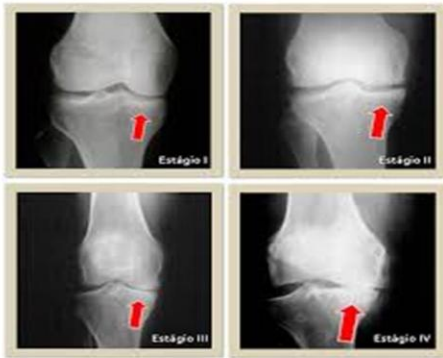
Além da idade, outros fatores contribuem para o aparecimento das artroses como a genética, obesidade, diabetes, hipotireoidismo, entre outros.

A osteoartrose é uma doença progressiva e sem cura; quanto mais insultos sofrerem as articulações ao longo da vida, mais cedo ela se manifesta. Uma vez destruída, a cartilagem não se regenera.



Tratamento

O tratamento tanto da artrite, quanto da artrose varia de acordo com características individuais dos pacientes e a resposta a eventuais tratamentos feitos anteriormente. Para que ele possa ser ajustado para cada caso e a sua eficácia seja avaliada, é necessário medir a atividade da doença levando em consideração vários fatores, que vão desde a avaliação dos sintomas e do estado funcional até estudos radiológicos.



O que podemos fazer para aliviar os sintomas??

