

Práticas integrativas e complementares em saúde para pensar uma comunicação sensível

Integrative and complementary health practices for thinking a sensitive communication

Prácticas Integrativas e Complementares en Salud para Pensar una Comunicación Sensible

Juliana Tonin¹

Jerônima Daltro Milton²

Anderson dos Santos Machado³

Resumo: Este artigo reflexivo-analítico explora as dimensões comunicativas no âmbito das atividades terapêuticas que integram a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, no âmbito do Sistema Único de Saúde, no Brasil. Essas terapias, assentadas no paradigma vitalista de sistemas médicos complexos - associadas a produções de cuidado de tecnologia leve -, reconhecem a subjetividade e a sensibilidade como elementos na atenção em saúde. Ao se debruçar sobre as dinâmicas comunicacionais no contexto das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, procuramos observar se os princípios descritos na política nacional que possam oferecer estímulos à interação entre os participantes dessas modalidades de cuidado. Percebemos que há nesse cenário, de maneira preliminar, uma relação de comunicação que supera a dimensão informacional e reconhece os sujeitos em relação de troca em diferentes dimensões, abrindo espaço para uma comunicação que acolhe o sensível.

Palavras-chave: Comunicação Sensível. Práticas Integrativas e Complementares. Relações interpessoais. Vínculo.

Abstract: This reflective-analytic article explores communicative dimensions in the context of therapeutic activities integrated at the National Policy of Integrative and Complementary Practices, on the Unified Health System, in Brazil. These therapies, based on the vitalist paradigm at complex medical systems, identified as soft technologies -, recognize the subjectivity and the sensibility as elements of healthcare. When we observe the communicational processes in the context of Integrative and Complementary Health Practices, we identify if the principles described in the national political could provide incentives for interaction among participants of these kinds of care. We realize in this scenario, preliminarily,

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: juliana.tonin@pucrs.br.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jeronima.milton60@edu.pucrs.br.

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: anderson.machado@edu.pucrs.br.

that there is a notion of communication that goes beyond the informational dimension and recognizes the subjects in an exchange relationship at different dimensions, making possible for a communication that welcomes the sensitive.

Keywords: Sensitive Communication. Integrative and Complementary Health Practices. Interpersonal relationships. Bond.

Resumen: Este artículo reflexivo-analítico explora las dimensiones comunicativas en el ámbito de las actividades terapéuticas que forman parte de la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias, en el ámbito del Sistema Único de Salud de Brasil. Estas terapias, basadas en el paradigma vitalista de los sistemas médicos complejos, asociados a los productos para el cuidado de la tecnología ligera, reconocen la subjetividad y la sensibilidad como elementos en el cuidado de la salud. Al mirar la dinámica comunicacional en el contexto de las Prácticas de Salud Integrativas y Complementarias, buscamos observar si los principios descritos en la política nacional pueden incentivar la interacción mientras los participantes de estas modalidades de atención. Nos damos cuenta de que, en este escenario, de manera preliminar, hay una relación de comunicación que va más allá de la dimensión informativa y reconoce a los sujetos en relaciones de intercambio en diferentes dimensiones, abriendo espacios para una comunicación que acoge lo sensible.

Palabras clave: Comunicación Sensible. Prácticas Integradoras y Complementarias. Relaciones Interpersonales. Enlace.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo reflexivo-analítico visa a observar as dimensões comunicacionais em contexto das relações cotidianas dos serviços de saúde como forma de perceber recursos que reconhecem o sensível na interação entre os sujeitos, para além das questões condizentes aos estudos midiáticos. O foco é compreender a participação dos interlocutores no contexto de atividades terapêuticas que integram a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, reconhecendo as dimensões subjetivas inerentes. Esta compreensão para outras formas de cuidado emerge da experiência profissional no campo da Saúde Coletiva, que busca ampliar o olhar interdisciplinar para a promoção da saúde dos sujeitos e grupos sociais, decorrentes de estratégias e processos multiprofissionais que valorizam o envolvimento dos sujeito no cotidiano da atenção, nas quais as questões socioeconômicas e culturais, para além de biopsicossociais, também são consideradas na composição do cuidado (AKERMAN; FEUERWERKER, 2012). Diante disso, as questões de comunicação também podem ser relacionadas com a atenção à saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; MACHADO; SILVA,

2012). Para tanto, pretende-se identificar as dimensões comunicacionais presentes nas rotinas de práticas terapêuticas que possibilitam um maior espaço interacional entre os sujeitos envolvidos na relação de cuidado, permitindo contemplar a sensibilidade na comunicação em saúde.

A escolha da observação da comunicação no âmbito das chamadas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), se deve por esse ser um cenário onde são identificadas produções de cuidado de tecnologia leve, especialmente assentadas no paradigma vitalista de sistemas médicos complexos, nas quais as interações entre os participantes são marcadas pela expressão da subjetividade, por meio de recursos comunicacionais que procuram trabalhar o sensível nas relações.

A inserção das terapias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi reconhecida em 2006, com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC (BRASIL, 2014), que contempla distintas formas de promoção de saúde. Essas terapias abrem espaço para abordagens que evocam questões amplas de cuidado, como o naturismo (força curativa da natureza e da eficácia das terapêuticas dela provenientes), e o vitalismo (busca de saúde pela harmonia da pessoa com seu meio ambiente natural e social, valorizando a integralidade do cuidado) (LUZ, 2004; 2013; TESSER; LUZ, 2008).

Essas práticas terapêuticas ampliam o repertório de cuidados em saúde, acolhendo a integralidade na atenção, possibilitando reconhecer o sensível na comunicação entre os participantes do processo, em contraposição às abordagens hospitalocêntricas. Luz e Barros (2012, p. 189) observam que, ao reconhecer o sujeito em tratamento na sua integralidade, também médicos e terapeutas são afetados em sua perspectiva da racionalidade de suas abordagens, ao acolher a necessidade de uma percepção interativa do profissional com aquele que está a seus cuidados, ajustando-se às sensibilidades dos sujeitos envolvidos. Neste âmbito, as práticas terapêuticas ao tentarem despertar esta sensibilidade, coadunam com um olhar comunicacional embasado no sensível, que trata do despertar da sensibilidade dos indivíduos para com o outro e para com “[...] fatos e acontecimentos que exigem uma ação” (MARCONDES FILHO, 2019, p. 28).

2 CONCEPÇÕES DE SAÚDE

Concepções ampliadas de saúde ganharam espaço a partir da década de 1960 com os movimentos de contracultura que, no contexto da Saúde, reconheciam outros modelos de cuidado, oriundos de saberes tradicionais de antigas culturas, resgatando princípios de preservação da vitalidade e sustentabilidade em seu sentido amplo, nos níveis biológico, social e natural (NASCIMENTO, 2013). A discussão adentrou os meios acadêmicos nos anos 1970, repercutindo estudos críticos à normatividade do saudável nas sociedades modernas ocidentais a partir da medicalização química irrestrita, chancelada por discursos e práticas amparados na racionalidade biomédica, caracterizada por reducionismo biológico e mecanicista do cuidado voltado para o controle sobre os corpos. Nessa perspectiva ontológica de cuidado, a biomedicina moderna e especialidades afins pautaram o cuidado a partir da doença, como fato patológico, afastando a dimensão existencial do sujeito adoecido, identificando o ser humano como máquina desregulada a ser retificada na direção de um estado hipotético de bem-estar a ser alcançado pela intervenção externa de um profissional qualificado (LUZ, 2004; ILLICH, 1975; FOUCAULT, 1977; CLAVREUL, 1983). Com isso, a medicina científica foi gradativamente descartando os aspectos subjetivos inerentes ao sofrimento, na busca do conhecimento técnico mais produtivo e eficiente para o controle das enfermidades, reconhecendo-as apenas em sua exterioridade e privando o sofrimento da sua dimensão produtora de sentidos e autoconhecimento ao seu portador (CANTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017; LUZ *et al.*, 2013).

Como resposta, a Conferência Internacional de Alma-Ata, de 1978 - considerada um marco para o reconhecimento dos cuidados primários como base dos sistemas nacionais de saúde, - reconheceu fatores determinantes e condicionantes de saúde alicerçados em aspectos culturais, socioeconômicos e ambientais, que atendam necessidades de alimentação, moradia, lazer, acesso a bens e serviços essenciais, bem como estímulo a práticas de promoção à saúde, como nutrição, exercícios e boas relações afetivas, entre outros (CEDICA/RS, 2015, p. 165).

Emergem dessas demandas por novas perspectivas de cuidado, visões ontológicas que procuram reconhecer a subjetividade no itinerário terapêutico, adotando diferentes concepções que buscam trabalhar a integralidade dos sujeitos, visto como um todo, incluindo ao biológico, dimensões psíquicas, sociais, culturais, econômicas, e porque não, comunicacionais, entre outras (PINHEIRO, 2001, 2007). Exerce-se nesses contextos uma visão mais abrangente do

cuidado, como o de Clínica Ampliada e Compartilhada (CAMPOS; BEDRIKOW, 2014), adotada na composição de diversas políticas no âmbito do SUS - a PNPIC é uma delas -, por abranger em suas abordagens as necessidades dos sujeitos atendidos em seu contexto, incluindo a pessoa no seu próprio cuidado. Caracteriza-se por reconhecer a participação de um número maior de atores nas ações de atenção à saúde, incluindo a multiprofissionalidade das equipes para a elaboração dos projetos terapêuticos singulares (CANTATORE *et al.*, 2017).

Abre-se nesse contexto, espaço para reconhecer o sensível como elemento importante para o percurso de cuidado dos sujeitos que buscam tais práticas de saúde. Sobretudo, porque este sensível, no que se refere à comunicação, requer a conversão dos processos e dos sujeitos para uma relação que inclui mecanismos sutis que permitem a compreensão do outro por meio de uma escuta sensível, que engloba, para além dos canais verbais de fala, sutilezas e nuances do olhar, do movimento do corpo e de outras formas de expressão que, mesmo sem serem explícitas, tácitas ou até conscientes, fazem parte do intercâmbio entre os sujeitos em interação (MARCONDES FILHO, 2019).

3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Diante disso, desde a década de 1960, vem crescendo a difusão de práticas de cuidado, com diferentes terminologias (Medicina Tradicional / Complementar / Alternativa / Integrativa), que ganharam adeptos em muitos países, tanto de forma complementar à Biomedicina, como forma de atender necessidades primárias em saúde (SILVA *et al.*, 2020). A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece 98 estados-membro que adotam políticas para medicina tradicional em suas estratégias de saúde - a acupuntura é a prática mais relatada, presente em 113 estados-membros (seguida por fitoterapia (110); medicina indígena (109); homeopatia (100); medicina tradicional chinesa (100); naturopatia (98); entre outros) - (OMS, 2019). A implementação dessas práticas variam em cada país, ocupando posição de destaque como na Índia e China, que utilizam práticas tradicionais em níveis primários de atenção, mas também em nações do Ocidente como França, Reino Unido, Canadá e EUA, onde parte da população relatam fazer uso de algum serviço complementar à biomedicina (SOUSA *et al.*, 2012).

Nas Américas, o Brasil foi um dos pioneiros a reivindicar a inclusão social de tais práticas no sistema público de saúde, adotando o termo Práticas Integrativas e Complementares

em Saúde (PICS). As práticas de assistência em saúde foram citadas no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que serviu de base para o texto da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, reconhecendo o princípio da integralidade como uma das bases para o direito à saúde, garantindo atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas. Garante ainda o direito democrático do usuário de escolher a terapêutica preferida, amparando a composição do cuidado a partir da articulação do conhecimento biocientífico com os saberes tradicionais e populares, ancestrais e contemporâneos (NASCIMENTO *et al.*, 2013; SES/RS, 2017). Observa-se que essas práticas não são excludentes umas das outras, nem competem com as abordagens biomédicas, sendo incorporadas no itinerário terapêutico, seja por recomendação do profissional de saúde ou por livre escolha do usuário (PINHEIRO, 2001).

Ao levar em conta o indivíduo em sua integralidade, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC (BRASIL, 2014). O documento inclui atividades terapêuticas ofertadas pelos sistemas médicos vitalistas e em outras formas de cuidado, também nominadas como “terapias alternativas, tradicionais, holísticas, integrais, naturais, doces, energéticas [...], medicina popular e religiosa, praticada por rezadores, curandeiros, especialistas em ervas, parteiras, entre outros” (NASCIMENTO *et al.*, 2013, p. 3597). Também foram incluídas práticas corporais e bioenergéticas como ioga, *reiki*, meditação, terapia comunitária e biodança, bem como atividades terapêuticas que incluem dimensões artísticas em suas ações, como: musicoterapia, teatro, artes plásticas, dança.

A base conceitual para a incorporação das PICS enquanto política pública, vem de uma ampla pesquisa sobre o cuidado em saúde a partir da categoria “Racionalidades Médicas” (LUZ, 2004; 2012). Esse conceito caracteriza sistemas médicos complexos, a partir de tipos ideais (WEBER, 2004), estruturados em termos teóricos, práticos e simbólicos. Foram elencadas cinco dimensões básicas necessárias para que se constitua um sistema médico (LUZ, 2012): Morfologia Humana (anatomia); Dinâmica Vital (fisiologia); Doutrina Médica (prática clínica); Sistema de Diagnose (avaliação); e Sistema Terapêutico (formas de intervenção). Uma sexta dimensão, denominada Cosmologia, embasa teórica e simbolicamente as outras cinco, ao qualificar as raízes filosóficas das racionalidades médicas. Se na visão cosmológica da biomedicina - sustentada no imaginário concernente à física clássica newtoniana e na metáfora

cartesiana do corpo como máquina, - nas medicinas vitalistas como o *Ayurveda* (medicina indiana) e a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a cosmologia está enraizada em filosofias religiosas (conhecimento védico na Índia e o taoísmo chinês, respectivamente) (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Além da Biomedicina (ocidental), do *Ayurveda* e da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a Homeopatia e a Antroposofia também foram reconhecidas como sistemas médicos complexos (LUZ, 2012). A PNPIC incorporou 29 práticas que, embora não constituam sistemas médicos complexos em si mesmas, tais como as acima citadas, dialogam com as demandas ampliadas de cuidado trabalhadas nesses divergentes sistemas médicos reconhecidos, sejam vitalistas ou mesmo na biomedicina ocidental.

Para olhar como as estratégias comunicacionais estão presentes e adotadas em práticas terapêuticas no âmbito dos serviços do Sistema Único de Saúde no Brasil, não nos detendo numa modalidade específica, mas no conjunto de ofertas disponíveis descritas na PNPIC. De toda forma, observamos tais práticas a partir de cinco categorias (BAHIA, 2019; LUZ, 2012): a) Sistemas Médicos Complexos (possuem teorias próprias sobre o processo saúde-doença, diagnóstico e terapêutica, tais como Homeopatia; *Ayurveda*; Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Antroposófica); b) Práticas Corporais e Vivências Integrativas (concepção holística de corpo cuja morfologia é compreendida pela relação transdimensional entre os aspectos físicos, emocionais, mentais e espirituais, como por exemplo: arteterapia; biodança; contação de histórias; massoterapia; musicoterapia; quiropraxia; terapia aquática, com animais ou argila; entre outros); c) Práticas Energéticas/Vibracionais e Meditativas/Contemplativas (correlação entre expressões psicofísicas e aspectos energético-vibracionais, onde cada prática traz consigo recursos diagnósticos e terapêuticos específicos para uma abordagem integral e ecológica, como cromoterapia; hipnoterapia; imposição de mãos; radiestesia; *reiki*; meditação - guiada, *yoga*, transcendental, *mindfulness* -, dentre outras); d) Terapias baseadas em produtos naturais/Plantas Medicinais (uso de plantas medicinais e produtos naturais em suas diferentes formas farmacêuticas, como aromaterapia, termalismo, fitoterapia, naturologia e terapias de florais); e, e) Práticas Tradicionais e Populares (conhecimentos trazidos e realizados pelos descendentes dos povos originários de cada território, tais como banhos, massagens, práticas corporais e procedimentos espirituais, praticados por benzedeiros, curandeiros, rezadeiras, parteiras, pajés e praticantes de religiões de matriz africana).

4 A COMUNICAÇÃO COMO TECNOLOGIA DO CUIDADO

Percebe-se nessa lista, uma ampla oferta de práticas que exploram os aspectos sensíveis em suas abordagens, explorando diversas dimensões que acionam os sujeitos em sua integralidade, consigo e na relação com os outros, dependendo da técnica empregada. Essas diferentes modalidades demonstram quão vasto são as demandas dos sujeitos em suas trajetórias de atenção na saúde, que não se limitam a respostas à dor física e patologias no corpo biológico.

Para o reconhecimento das práticas integrativas e complementares como política pública no SUS, outro conceito importante é acionado para reconhecer peculiaridades desse tipo de cuidado: o de “tecnologias leves” (MERHY, 2002), que identifica ações em saúde pautadas pelo trabalho vivo em ato, marcados pela valorização das relações entre os sujeitos, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos. Essa modalidade de trabalho em saúde se contrapõe a outras duas formas: as tecnologias duras (caracterizada como trabalho morto, desempenhado com auxílio de máquinas e equipamentos, com saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos); e as tecnologias leve-duras (entendida como trabalho capturado, onde saberes de áreas específicas de conhecimento são agrupados por normas, protocolos, pelos dados epidemiológicos, o saber administrativo e outros). A noção de tecnologias leves dialoga com a produção simbólica do cuidado, bem como os saberes que operam as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos da saúde.

A discussão do processo de comunicação interpessoal presente no cotidiano dessas terapias aponta para questões relevantes ao campo da Comunicação, ainda que muitos estudos da área sejam dedicados aos estudos das mídias de massa, que seguem, guardadas suas peculiaridades, princípios da Teoria Matemática da Comunicação, de Shannon e Weaver (1949). Esse modelo, criado para dar base científica ao campo, distingue a problemática comunicacional a partir de três níveis: técnico (otimização da transferência de mensagens), semântico (significado das informações) e pragmático (capacidade das informações modificarem o comportamento das pessoas) (RÜDIGER, 2011). O nível técnico prevaleceu nos primeiros estudos do campo sobre os meios de comunicação massivos, com foco no canal e na força do emissor e da mensagem, visando à redução do processo para fins de análise e dando ênfase à forma e a quantidade da informação dos sinais transmitidos (AZEVEDO, 1971).

Sodré (2014), no entanto, compreende a comunicação como organizadora do sistema na imersão dos públicos na “cultura das mídias”, reconhecendo a circulação de sentidos originada

nas “mediações simbólicas”, que surgem através da capacidade do homem de se comunicar, de se relacionar e se desenvolver no “sistema econômico, no psiquismo, na relação parental, na esfera política e na linguagem” (SODRÉ, 2014, p. 13).

Quando se aproxima da comunicação no cotidiano, outras dinâmicas emergem das interações entre os participantes. Berger e Luckmann (2001) destacam que na relação direta entre os indivíduos há um jogo comunicacional em ato, entendendo a vida cotidiana como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido que se apresenta como um mundo coerente. Não se parte do indivíduo idealizado ou reificado, mas de um agente em contato com o outro, que procuram respeitar o contexto comum, bem como o sistema de relevância e as províncias de significado compartilhados. Na medida em que a interação face a face se reduz, a apreensão da vida cotidiana se torna anônima.

Araújo e Cardoso (2007) veem o interlocutor como coprodutor de sentidos, que “... só se constituem no ato de interlocução” (p. 58). A comunicação entre dois indivíduos, segundo as autoras, não começa do zero, uma vez que os interagentes já chegam à conversação com uma gama de informações e saberes previamente que serão agregados. Assim, as mensagens transmitidas ao receptor fariam parte do rol de conhecimento deste, não estando nenhum dos participantes totalmente desprovido de referências.

Thompson (1998) pontua que, na interação face a face, os sujeitos relacionam-se na aproximação e em trocas simbólicas, mostrando-se dialógica na medida em que implica ida e volta no fluxo da informação. Os receptores podem responder (a princípio) aos produtores, apresentando uma multiplicidade de deixas simbólicas (informações não verbais que acompanham as palavras e que podem reduzir ou ampliar as ambiguidades, como piscadelas, gestos e variações na entonação). Já nas interações mediadas - como na telefonia -, ou e principalmente nas quase mediadas - relativas aos meios de comunicação de massa como jornal e rádio -, há um estreitamento das deixas simbólicas, acentuando um determinado canal informativo, como a escrita ou fala, em detrimento a outras possibilidades de contextualização, restringindo a sincronidade espaço-tempo, num sistema em que o remetente não exige (ou não recebe) uma resposta direta e imediata (THOMPSON, 1998; PRIMO, 2007).

A comunicação no cotidiano, segundo Marcondes Filho (2008), alcançará resultados em sua efetividade quando consideradas as formulações sutis e sensíveis, produzidas pelos sujeitos durante a experiência vivenciada em conjunto. Neste sentido, a perspectiva de comunicação de

que trata Marcondes Filho (2008; 2019) está baseada no movimento, na transformação de pensamentos e atitudes, a partir da sensibilidade dos interlocutores envolvidos. Com isso, há um avanço da lógica exclusivamente transmissivo-informativa, para uma relação que busca a aproximação de comuns no desenvolvimento da comunicação interpessoal. Para ele, a informação só será considerada como tal se assim o indivíduo entender ou necessitar: “... a comunicação é um procedimento meu em relação àquilo que me parece ou que eu procuro” (MARCONDES FILHO, 2008, p. 16).

5 O SENSÍVEL NA MEDIAÇÃO DE RELAÇÕES

Na interação interpessoal, a experiência comunicacional, para além do verbal, é marcada pelo sensível que emerge nas coisas imperceptíveis do cotidiano, no qual vínculos são estabelecidos com maior intensidade. Esta interação, configura também um arcabouço comunicacional, face a face, através “uma nova vibração, uma excitação, um arrebatamento, uma turbulência interna ocasionando fenômenos de desordem, de convulsão das ideias e das posturas (MARCONDES FILHO, 2019, p. 15). Ou configurada por ritos sociais, as expressões faciais (alegria, tristeza, raiva), tom de voz ou aqueles preconizados por Morin (2003, p. 43) como gestos, palavras, apertos de mãos ou outros comportamentais que segundo o autor tornam as diferentes formas de comunicar um ato concreto.

Com isso, ratificamos que estes processos comunicacionais estão presentes nas relações interpessoais, porque a partir destes modelos os ditos e não ditos, expressos muitas vezes por formas simbólicas tornam-se concretos e plausível se considerarmos a premissa de que comunicação e relação são um processo, que segundo Fischer e Adams (2010) se estabelece à medida em que as pessoas avançam na comunicação (re)definindo sua relação com o outro. Isto porque o foco está na pessoa, na capacidade de esta observar além de si e do outro, reverberando na sua capacidade de doação, ou seja, compreendendo a potencialidade do dar e receber. Isto a partir do paradigma do “ir além”, intrínseco na perspectiva holística da vida, de elevação ou evolução destes sujeitos (MIKLOS; CUNHA, 2018). Entretanto, os envolvidos estariam cientes de que a interação promove comportamentos que irão produzir efeitos na própria relação, o que não difere desta comunicação embasada no sensível, já que ela permeia as relações interpessoais promovendo algum tipo de mudança comportamental ou de perspectiva no sujeito.

A partir de Espinosa, Marcondes Filho (2019) entende que os sujeitos são afetados dentro de circunstâncias que irão além dos argumentos, podendo estar envolto de emoções, afetos e entregas, no simples contato através do qual se dá a transferência, reconhecendo que qualquer estratégia comunicacional efetiva deve se dar “via sensibilidade estética, ficcional, emotiva” (MARCONDES FILHO, 2019, p. 26). A qualidade da comunicação pode, nesse sentido, repercutir no indivíduo por meio de diferentes formas de expressão e percepção, como a música, o teatro, da dança, da leitura de um livro, de uma palestra etc., havendo uma mudança na relação deste sujeito com a própria comunicação. Nesse caso, não apenas a expressão verbal, escrita ou falada é considerada, abarcando outros elementos que ajudam a compor as nuances da dinâmica comunicacional, na qual os indivíduos podem olhar além de si mesmos, ao que é expresso pela alteridade que permite o conhecimento do Outro, da presença do sujeito com seu mundo interior e exterior, assim:

Além das palavras emitidas, circulam sensações, emoções, desejos, interesses, curiosidades, percepções, estados de espírito, intuições, humores, uma indescritível sensação de ‘coisas comuns’, de ligação. Ligar, tornar comum, está na origem da palavra religião, assim como da palavra comunicação (MARCONDES FILHO, 2008, p. 26).

França (2015) reconhece na esfera empírica, na relação concreta e real vigente no cotidiano, o objeto da comunicação interpessoal como tudo aquilo “[...] disponível aos nossos sentidos, materializado em objetos e práticas que podemos ver, ouvir, tocar. A comunicação tem uma existência no sensível” (2015, p. 39). Esta sensibilidade aplicada às relações, estabelece outros canais comunicativos para além da fala, da escuta e da mensagem como restrita aos critérios da racionalidade e da cientificidade.

6 A SENSIBILIDADE NO COTIDIANO DOS CUIDADOS EM SAÚDE

As práticas terapêuticas procuram, dessa forma, acolher outras dimensões da comunicação nas suas ações, entendendo a saúde não apenas como superação da doença, mas como busca pelo equilíbrio de todos os aspectos da vida (NOGUEIRA, 2013). Isso inclui também as interações sociais. Dessa forma, o indivíduo não é entendido como mero paciente, sujeito passivo da ação, mas como participante ativo do seu próprio cuidado (FOUCAULT, 2002; AYRES, 2004). Os recursos sensoriais e afetivos não são incorporados nessas práticas

apenas com fins estéticos e despretensiosos, mas são inseridos como meios de aproximação e vínculo, dentro das especificidades de cada modelo de cuidado.

O agir afetivo ocorre, segundo Sodré (2006, 2014), em comunhão, sem medida racional, mas com abertura para o Outro, numa estratégia na qual as singularidades prevalecem de forma decisiva. Ele observa que, a música, por exemplo, permite descortinar a sensibilidade na melodia e ritmo, associada à expressividade do corpo pela dança, trazendo outros sentidos que se associam às palavras cantadas (texto). Sensibilidade reconhecida na musicoterapia:

“[...] som, ritmo, melodia e harmonia – num processo facilitador e promotor da comunicação, da relação, da aprendizagem, da mobilização, da expressão, da organização, [...] no sentido de atender necessidades físicas, emocionais, mentais, espirituais, sociais e cognitivas do indivíduo ou do grupo” (BRASIL, 2019, n.p.).

A música, nesse contexto, pode ajudar na interação do terapeuta com aquele que busca atendimento: pode representar a leveza de uma experiência vivenciada ou trazer à tona uma tristeza que evidencia a fragilidade, constituindo a realidade, permitindo uma aproximação e a intervenção adequada pelo terapeuta. Logo, música, artes plásticas, dança, entre outras formas de expressão, ajudam o indivíduo a alcançar uma harmonia, o equilíbrio físico e mental, extensivo a sua vida familiar e social (NASCIMENTO *et al.*, 2013). De certa forma, estas atividades também se mesclam, se unem complementando respostas que são manifestadas pela expressão facial, gestos, palavras e atitudes, para compor a comunicação nas relações humanas.

As PICS parecem ser um espaço favorável para visualizarmos os elementos sensíveis reforçados na relação comunicativa como, por exemplo, na terapia comunitária integrativa, uma prática terapêutica coletiva prevista na PNPIC (BRASIL, 2019):

“[...] atua em espaço aberto e envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades. Nela, o saber produzido pela experiência de vida de cada um e o conhecimento tradicional são elementos fundamentais na construção de laços sociais, apoio emocional, troca de experiências e diminuição do isolamento social. Atua -como instrumento de promoção da saúde e autonomia do cidadão” (BRASIL, 2019, n.p.).

Conforme Teixeira (2003), as tecnologias leves abarcam estratégias comunicacionais que reconhecem os serviços de saúde como redes de interlocução complexas e dinamicamente interligadas, reconhecendo as ações de acolhimento como dispositivo que procura trabalhar o vínculo e a responsabilização, no sentido de uma escuta sensível que permita uma assistência voltada à integralidade do outro.

Mattos (2015), ao avaliar as práticas corporais com integrantes de grupos pacientes de fibromialgia, aproxima-se do conceito de dádiva, de Mauss (1974), para ressaltar a aliança que nasce de uma expressividade coletiva e compartilhada após as atividades (gestos, rituais, trocas), que acionam recursos afetivos cognitivos, materiais e espirituais nessa comunidade. Dessa forma, reconhece que a manutenção dessa aliança exige que o conjunto de recursos materiais e simbólicos circule permanentemente por meio das trocas, vínculos e reciprocidades. Em outras palavras, ao aproximar as dimensões relacionais presentes nos conceitos de comunicação, de sensibilidade e na concepção das PICS, vislumbramos espaço para observar o sujeito, como ator social, para que consiga exercer seu lugar de fala, bem como estabelecer relações de alteridade (exercício de empatia, isto é, a capacidade de se colocar no lugar do outro).

7 SENSIBILIDADE COMO AÇÃO COMUNICACIONAL NA SAÚDE

Dois exemplos ajudam a exemplificar como as dinâmicas comunicacionais podem ser exercitadas nas práticas integrativas em unidades de saúde pública no Brasil, a partir de dois relatos de experiência - em Belo Horizonte (LIMA; SILVA; TESSER, 2014) e Rio de Janeiro (MELO *et al.*, 2013). No caso da unidade especializada em PICS na região metropolitana de Belo Horizonte, Lima, Silva e Tesser (2014) destacam a conversa como base nas consultas de homeopatia, com duração entre 30 a 60 minutos, nas quais o profissional ouve não só a queixa principal do paciente, mas aprofunda o diálogo com questões sobre infância, família, relacionamentos e rotinas de sono e frio, entre outros pontos importantes para identificar o sintoma e estabelecer a diagnose por essa racionalidade médica. Tal abordagem se contrapõe ao tempo observado em atendimentos convencionais na Atenção Básica - o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) estipula consultas de 15 e 20 minutos, o que nem sempre é cumprido, como mostra Arroyo (2007) ao registrar atendimentos médicos de até 3 a 5 minutos. Lima, Silva e Tesser (2014) também mencionam a consulta individual prévia às sessões de acupuntura

(agulhamento), na qual são identificadas características do indivíduo; a interação entre os participantes na atividade de relaxamento, com roda de conversa, uso de música e exercícios de automassagem e danças; a musicalidade e a expressão corporal na oficina de memória e dança sênior.

Em instituições hospitalares no Rio de Janeiro, Melo *et al.* (2013) destacam, entre outras questões, a presença da concepção de integralidade, princípio filosófico que marca as práticas integrativas, no sentido de um cuidado que abranja o sujeito como um ser total: “... a avaliação é sempre contextual. É o ser humano e não a patologia propriamente dita”, revelou um dos entrevistados nesse serviço (E10 *Reiki*, entrevista a MELO *et al.*, 2013, p. 843). Destacam a interação, não apenas nas relações interpessoais cotidianas, mas também com o meio social (sujeito-natureza-cosmos): “...eu vejo a medicina chinesa como uma coisa integralizadora, ou seja, que acontece através da interação também de dois seres. A interação de quem cuida e de quem é cuidado” (E2 acupuntura, entrevista a MELO *et al.*, 2013, p. 844). Melo *et al.* (2013) reconhecem a interação com base fundante para o cuidado em uma PICS, mas admitem dificuldades de adaptação dessas práticas no ambiente intervencionista prevalecente nas rotinas de Enfermagem em um hospital. “Tais aspectos resultam em insatisfação difusa e crescente com a abordagem biomédica em virtude de esta ser progressivamente mais impessoal, dedicando pouco tempo à pessoa cuidada, na sua inteireza” (MELO *et al.*, 2013, p. 845).

As ponderações dessas abordagens poderiam ser refletidas nos processos de cura ou de cumplicidade entre o terapeuta e o usuário, ou no vínculo desses com os familiares, mas também como regime, reforçando o caráter psíquico, social e moral dos indivíduos. Logo, tanto as práticas terapêuticas como a comunicação do sensível levam os sujeitos a aderirem a vida como ela é, compreendendo os pequenos e grandes acontecimentos “anódinos, cotidianos, anedóticos, imaginários” (MAFFESOLI, 1998, p.125), que constituem uma cultura como os saberes desenvolvidos pelas PICS e que estão na contemporaneidade sendo agregados como conhecimento.

Marcondes Filho (2008), ao reconhecer o exercício da comunicação por meio de trocas expressas em “palavras, sensações, emoções, interesses [...] percepções, estados de espíritos”, faz com que os participantes possam se deixar “afetar e ser afetado” (p. 28). Possibilita, para Sodré (2014), a formação de vínculos por meio de mediações simbólicas otimizadas na esfera psíquica, nas relações parentais e na linguagem.

As situações que acontecem no dia a dia das terapias são um processo em constante movimento, e geram expectativas e experiência que estão no domínio das PICS, e que deflagram as fruições, desta forma o terapeuta ao realizar a sistemática de trabalho, considerando os exemplos citados, não poderá ser um mero observador, porque sua própria experiência segundo Marcondes Filho não trataria “simplesmente de olhar, ouvir, sentir, mas efetivamente de se envolver com ela” (MARCONDES FILHO, 2019, p. 30). O autor (2019), seguindo as análises de Espinosa, ressalta que a afecção está diretamente relacionada à comunicação, já que os indivíduos são afetados por corpos exteriores em decorrência dos acontecimentos comunicacionais, mas temos que incluir nesta perspectiva a necessidade do “Ser’, ser percebido” dos atores sociais, pois de acordo com o Marcondes Filho (2008, 2019) só assim irá se configurar sua existência, pois ao não ser percebido o indivíduo não existe para ninguém.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para além de suas especificidades, as práticas terapêuticas deixam emergir, conforme identificamos na formulação da PNPIC, estratégias que buscam oferecer um atendimento pautado pelo uso de tecnologias leves de produção de cuidado, ancoradas principalmente no paradigma vitalista dos sistemas médicos complexos. São atividades que compreendem o sujeito como um interlocutor que ocupa seu lugar de fala, deixando de ser um simples expectador e ser integrado na relação (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). A musicalidade, o movimento, o diálogo, a roda, são alguns elementos incorporados estrategicamente ao processo terapêutico como forma de potencializar trocas e vínculos.

Ao fazer uso de tais recursos disponibilizados por essas práticas terapêuticas, os profissionais de saúde estão oferecendo uma outra oportunidade de cuidado, que dialoga com os sistemas médicos vitalistas e com as diferentes técnicas (corporais, integrativas, energéticas, meditativas, tradicionais, populares), trazendo não apenas alternativas aos cuidados biomédicos, mas uma possibilidade de interação com os sujeitos em seu itinerário terapêutico, e possibilitando um exercício ampliado de atenção à saúde, que englobam outras dimensões para além do clínico/tecno/biológico (LUZ, 2004; 2012; NASCIMENTO, 2013; NOGUEIRA, 2013).

Ao nos determos na dimensão comunicacional, percebemos que as práticas relatadas na PNPIC não valorizam apenas a troca informacional do saber institucional, de forma verticalizada e prescritiva, mas incorporam ações que procuram, ainda que de modo idealizado, aproximar os sujeitos interlocutores, acolhendo sentimentos, crenças, valores, experiências, numa proposta de comunicação marcada pela sensibilidade e pela formação de vínculos.

Entendemos, dessa forma, que os recursos comunicacionais nas PICS potencializam a sensibilidade, tal como Marcondes Filho (2008; 2019) identifica como “comunicação do sensível” em seus estudos sobre a produção midiática. No entanto, percebemos que há também nesse contexto estratégias que permitem relações que produzam transformação nos sujeitos participantes da interação. Nessas condições, há espaço para uma “comunicação do sensível”, processo comunicacional que permite a criação de vínculos e a transformação mútua por meio do compartilhamento de elementos subjetivos nas interações, possibilitando relações mais equânimes e sensíveis. Essa perspectiva contrapõe modelos de comunicação marcados pela verticalidade de saberes estruturados e institucionais, abrindo espaço, tal como identificamos no âmbito das práticas integrativas e complementares, para a construção de cenários comunicativos que valorizem a construção de vínculos, onde todos os participantes possam interagir como sujeitos em sua integralidade.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar, que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde eu posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 171-188.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARROYO, C. S. **Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica**. 2007. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n. 14, p. 73-92, 2004.

AZEVEDO, M. C. **Teoria da Informação: fundamentos biológicos, físicos e matemáticos; relações com a cultura das massas**. Petrópolis: Vozes, 1971.

BAHIA. Governo do Estado. Secretaria da Saúde (SES/BA). Superintendência de Atenção Integral à Saúde. **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia**. Salvador. Bahia. 2019. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/PEPICS_BA_Documento_Final_09_12_19_Para_Divulgacao.pdf. Acesso em: 31 de jul. de 2020.

BAUDRILLARD, J. Réquiem pelos media. In: _____. **Crítica de la economía política del signo**. México: Siglo XXI, 1974.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da Realidade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Parâmetros para programação das ações básicas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Portal [internet]. **Práticas Integrativas**. Brasília: MS, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pics/praticasintegrativas>. Acesso em: 12 de fev. de 2020.

CAMPOS GWS, BEDRIKOW R. **História da Clínica e Atenção Básica: o desafio da ampliação**. São Paulo: Hucitec, 2014.

CANGUILHEM G. **O normal e o patológico**. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 553-563, 2017.

CEDICA/RS. **Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul - Gestão 2015-2017**. Porto Alegre: SES/RS, 2017.

CERTEAU, M. **La prise de la parole**. Paris: Seuil, 1994.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1983.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FRANÇA, V. V. O objeto da comunicação/a comunicação como objeto. In: HOHLFELDT, A.; MARTINO, L.; FRANÇA, V. V. (Orgs.). **Teorias da comunicação**: conceitos, escolas e tendências. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 39-60.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 261-272, 2014.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZ, M.T. **A arte de curar versus a ciência das doenças**: história social da homeopatia no Brasil. 2.ed. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

LUZ, M.T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: Luz, M. T.; Barros, N.F (Orgs.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: Cepesc. IMS-UERJ, Abrasco, 2012.

LUZ, M.T. *et al.* Contribuição ao estudo do imaginário social contemporâneo: retórica e imagens das biociências em periódicos de divulgação científica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.17, n. 47, p. 901-912, 2013.

MACHADO, A.S; SILVA, V. C. Além do informar: a comunicação social a serviço dos processos de promoção em saúde e das redes de gestão e atenção. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, n.p, 2012.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MARCONDES FILHO, C. **A comunicação do sensível**: acolher, vivenciar, fazer sentir. São Paulo: ECA/USP, 2019.

MARCONDES FILHO, C. **Para Entender a Comunicação**. São Paulo: Paulus, 2008.

MARTÍN-BARBERO, J. **De los medios a las mediaciones**: comunicação, cultura y hegemonía. México: G. Gilli, 1987.

MATTOS, R. S. **Fibromialgia**: o mal-estar do século XXI. São Paulo: Phorte, 2015.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: _____. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU Edusp, 1974.

MELO, S. C. C. *et al.* Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 840-846, 2013.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIKLOS, J.; CUNHA, R. B. C. O homem transbordante nietzschiano e a perspectiva transpessoal. **Comunicação & Informação**, Goiânia, GO, v. 21, n. 2, p. 71-86, 2018.

MORIN, E. **O método 5**: a humanidade da humanidade. Porto Alegre: Sulina, 2003.

NASCIMENTO, M. C. *et al.* A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, 2013.

NASCIMENTO, M. C. Racionalidades Médicas, vinte anos. In: NASCIMENTO, M.C.; NOGUEIRA, M. I (Orgs.). **Intercâmbio Solidário de saberes em saúde**: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares. São Paulo: Hucitec, 2013.

NOGUEIRA, M. I. A formação médica sob a ótica do paradigma vitalista: via de entrada em um novo mundo. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I (Orgs.). **Intercâmbio Solidário de saberes em saúde**: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares. São Paulo: Hucitec, 2013.

OMS. Organização das Nações Unidas (2019). **WHO global report on traditional and complementary medicine 2019**. Genebra: Organização das Nações Unidas; 2019.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

PRIMO, ALEX. **Interação mediada por computador**: comunicação, cibercultura, cognição. Porto Alegre: Sulina, 2007.

RÜDIGER, F. **As teorias da comunicação**. Porto Alegre: Penso, 2011.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, p. 3011-3024, 2012.

SES/RS. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Ações em Saúde, Nota Técnica N° 01/2017, **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC-RS)**. Porto Alegre, SES/RS, 2017. Disponível em <encurtador.com.br/afDOU>. Acesso em: 01 de jun. de 2017.

SHANNON, C.; WEAVER, W. **The Mathematical Theory of Communication**. Illinois: University of Illinois Press, 1949.

SILVA, GISLÉA K. F. *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, e300110, 2020.

SODRÉ, M. **A ciência do comum**: notas para o método comunicacional. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

SODRÉ, M. **As estratégias sensíveis**: afeto, mídia e política. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

SOUSA, I. M. C. D. *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2143-2154, 2012.

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

THOMPSON, J. B. **A mídia e a modernidade**: uma teoria social da mídia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

WEBER, M. **A Ética protestante e o Espírito do Capitalismo**. São Paulo: Cia das Letras, 2004.