



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Mariana Sant'Angelo Reis

Medicina tradicional chinesa no SUS: contribuições à integralidade do cuidado e à
prevenção quaternária

FLORIANÓPOLIS

2026

Mariana Sant'Angelo Reis

Medicina tradicional chinesa no SUS: contribuições à integralidade do cuidado e à prevenção quaternária

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser.

Florianópolis

2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através
do Programa de Geração Automática da Biblioteca
Universitária da UFSC.

Reis, Mariana Sant'Angelo

Medicina tradicional chinesa no SUS: contribuições à
integralidade do cuidado e à prevenção quaternária /
Mariana Sant'Angelo Reis ; orientador, Charles Dalcanale
Tesser, 2026.

77 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Medicina Tradicional Chinesa. 3.
Integralidade. 4. Acupuntura. 5. Prevenção quaternária. I.
Tesser, Charles Dalcanale. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. III. Título.

Mariana Sant'Angelo Reis

Medicina tradicional chinesa no SUS: contribuições à integralidade do cuidado e à
prevenção quaternária

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado, em 08/12/2025
membros:

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

Prof(a). Dr(a). Islândia Maria Carvalho de Sousa

Prof. Dr. Douglas Francisco Kovaleski

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

Florianópolis, 2026

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Pedro Lua e Rubia por todo o amor que envolve nossas vidas, pela paciência e incentivo que me impulsionam a conquistas e superações. Estendo esse agradecimento aos meus irmãos, Leonardo e Luiza, por estarem sempre prontos a ajudar, e a toda a minha família, pois, sem seu amparo, eu não teria chegado até aqui.

Ao longo da minha caminhada profissional, tive exemplos que me inspiraram e despertaram para o caminho que escolho trilhar diariamente, e sou grata a todos eles. Em especial, agradeço à Mikiko Nishida, a quem chamo de *sensei*, por compartilhar comigo, durante tantos anos, sua sabedoria em gestos cirúrgicos de justiça e amor, ensinando-me, acima de tudo, a observar a natureza, pois é no simples que reside a verdadeira saúde. Ao professor Marcelo Oliva, deixo meu sincero agradecimento pelos ensinamentos nos atendimentos conjuntos e por me conduzir ao caminho da docência.

Agradeço, ainda, ao meu orientador, Charles Dalcanale Tesser, por sua visão sobre a saúde, por acreditar no meu trabalho e por sua permanente abertura ao diálogo. À CAPES, pelo apoio à pesquisa. Aos entrevistados, que gentilmente encontraram uma brecha em sua rotina de trabalho e aceitaram responder às minhas perguntas, na crença de que ações como esta contribuem para a melhoria contínua da saúde coletiva.

Por fim, agradeço aos meus pacientes de consultório, a todos aqueles que estiveram sob meus cuidados em 13 anos de ambulatório e aos meus alunos, pela confiança e por permitirem que todo o meu aprendizado ganhe sentido no exercício de servir.

“Os caminhos mais bonitos só se revelam
àqueles que ousam caminhar”

Autor desconhecido

RESUMO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a biomedicina constitui o referencial hegemônico de saber e prática, operando com um viés reducionista, centrado no corpo biológico, na doença e na gestão de riscos, o que favorece processos de medicalização e distintas formas de iatrogenia. Em contraposição a esse modelo, a integralidade e a prevenção quaternária (P4) configuram referenciais que buscam qualificar o cuidado clínico, ao ampliar a compreensão do processo saúde–doença, reduzir intervenções desnecessárias e incentivar a autonomia dos sujeitos. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são admitidas como um suporte relevante nesse processo. Em especial, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) desponta como racionalidade médica vitalista potencialmente alinhada a esses princípios, por propor uma abordagem ampliada do processo saúde–doença e do sofrimento. Este estudo teve por objetivo analisar como os saberes e técnicas da MTC contribuem para a integralidade e a P4 no cuidado clínico realizado no SUS, a partir da experiência de profissionais que utilizam essa racionalidade. Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com 29 profissionais atuantes em unidades básicas de saúde, policlínicas e ambulatório universitário de Florianópolis (SC), que empregam alguma técnica da MTC. Os dados, produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas, foram submetidos à análise temática. Os resultados indicam que o principal motivo de aproximação dos profissionais à MTC foi o descontentamento com os limites da biomedicina, seguido da busca por ampliar o repertório terapêutico e de experiências pessoais positivas com essas práticas. A MTC é percebida como um dispositivo que favorece o acolhimento, a escuta qualificada, a abordagem integral e o incentivo ao autocuidado, contribuindo para a redução de intervenções farmacológicas e diagnósticas excessivas. Desse modo, configura-se como recurso relevante para a integralidade do cuidado e para a prática da prevenção quaternária (P4). Contudo, sua potencialidade é tensionada por obstáculos estruturais, como hegemonia biomédica, insuficiência de formação pública em MTC e precariedade institucional da oferta de PICS no SUS.

ABSTRACT

Traditional Chinese Medicine (TCM) is a vitalist medical rationality and it has been being incorporated into the Brazilian Unified Health System (SUS), mainly through integrative and complementary practices. This study examined how TCM knowledge and techniques contribute to integrative care and quaternary prevention within SUS services. We conducted a qualitative study based on semi-structured interviews that were later submitted to thematic analysis with 29 health professionals who work with TCM in primary and secondary care. Three main motivations for approaching TCM were identified: dissatisfaction with the limits of biomedicine, the search to expand the therapeutic repertoire and previous personal experiences with these practices. Incorporating TCM was described as transformative to the clinical gaze, favouring broader listening, more individualized therapeutic projects, stronger bonds and greater encouragement of self-care, as well as reducing the use of drugs, tests and unnecessary interventions. However biomedical hegemony, organizational constraints and the tendency to “translate” TCM into strictly biomedical terms generate hybrid forms of practice and empty its vitalist component. TCM’s contribution to integrality and to quaternary prevention depends on how professionals understand this rationality and critically position themselves in relation to the dominant biomedical model.

1 INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS) a biomedicina prevalece como o referencial de saber e prática no cuidado à saúde-doença. Ela se baseia no corpo biológico, tendo suas origens nas ciências naturais, como a biologia e a química. Seus pilares têm se estabelecido como a principal orientação epistemológica no cuidado médico, promovendo-a como garantia de "qualidade" nesse campo. Esta preeminência não se limita apenas ao cuidado clínico com os usuários, mas também se estende ao campo político e social. Ao ordenar os corpos físicos por meio de intervenções biomédicas, a biomedicina participa ativamente na composição do corpo social; por estipular conceitos, práticas e normas que reforçam a ideia ocidental de saúde. Rose (2014), sobre o texto 'As palavras e as coisas' de Michel Foucault, conclui quase meio século depois que: "[...] não é a filosofia, mas as ciências da vida que estão levando a uma mudança epistemológica na nossa relação com o humano" (p.30).

Para Foucault (1977), os problemas do exercício da medicina atual surgiram junto com o seu advento. O autor afirma que, dado a "decolagem" do poder médico e sanitário, houve um aumento exagerado da jurisdição da profissão, que foi multiplicado a partir do século XVIII devido à sua associação aos Estados nacionais europeus. No século XIX, essa relação intensificou-se, de modo que a biomedicina assumiu um papel central na regulamentação e no controle da saúde pública, por meio da introdução de normas e práticas que reforçaram seu poder institucional.

Ao longo da segunda metade do século XX, com a maior prevalência das doenças crônicas, cresce, na biomedicina, o apelo em favor da prevenção e dissemina-se a prescrição de um estilo de vida saudável. Esse estilo carrega um ideal de perfeição da saúde, sempre ausente da realidade das pessoas, que foi chamado por Nogueira (2003) de "higiomania contemporânea". Em que pese invadir a cultura e os modos de vida e de autocuidado, essa higiomania também é operacionalizada clinicamente pelos profissionais de saúde, convertendo as pessoas de alto risco em doentes crônicos vitalícios. Isso ocorre por meio de um aumento progressivo de intervenções pontuais e fragmentárias em fatores de risco individuais e procedimentos de diagnóstico precoce, que precisam ser realizados periodicamente, em um sistema de vigília. Armstrong (1995) chama a essa tendência de medicina de vigilância, uma nova e expressiva transformação da

biomedicina, em que a doença se emancipa do corpo e do presente, radicando-se também no futuro (prevenção) e no comportamento - daí o fomento à higiomania ser tão profundo, pois tem o poder de gerar consequências operacionais na saúde.

A abordagem biomédica tornou-se, como descreve Santos (2004), indispensável, porém inadequada e, até mesmo, perigosa para o mundo contemporâneo. Isso se deve em parte ao que Illich (1975) chamou de medicalização social. A medicalização é o ato de transformar experiências ou aspectos da vida e do corpo das pessoas em problemas médicos, quando não eram assim considerados antes (Conrad, 2007). Sob essa ótica, Tesser (2006), baseado em Illich (1975), argumenta que a medicalização transforma culturalmente as populações com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo dos adoecimentos, sofrimentos ou problemas da vida. Isso porque, para Illich (1975), as culturas tradicionais tornavam o homem responsável por seu comportamento sob o impacto da dor. A dor, em geral, era passível de uma interpretação ampla, tornavam-na suportável e “enfrentável”, integrando-a num sistema carregado de sentido. Assim, o autor conclui que o progresso científico só favorece a saúde dos indivíduos na medida em que alarga a capacidade e responsabilidade diante de si, caso contrário, esse mesmo progresso pode representar um retrocesso na saúde.

O cuidado biomédico preventivo e curativo, todavia, tem fragmentado a unidade original das pessoas (que buscam atendimento e tratamento por sentirem-se doentes), ao focar sua atenção em intervenções voltadas para doenças, síndromes, sintomas e/ou fatores de risco. As antigas críticas à biomedicina, relacionadas à impessoalidade, ao curativismo, ao reducionismo biológico e aos efeitos adversos comuns e, por vezes, relevantes de suas intervenções, anteriormente associadas ao tratamento dos adoecidos com foco nas doenças, agora se ampliam para o manejo dos riscos, afastando a integralidade da pessoa do horizonte da atenção profissional. As práticas profissionais são cada vez mais voltadas aos sintomas, tensionadas pela multiplicidade de focos específicos em partes do corpo (ou da mente), rastreamentos e riscos manejados pelos profissionais de saúde, na maioria das vezes, sem alcançar as causas multifatoriais adoecedoras.

Frente a isso, no SUS, existem diretrizes para o fomento de condutas que valorizam o ser humano de maneira integral, considerando a complexidade de um ser que não adocece apenas pelo biológico e incentivando a abordagem dos

aspectos culturais, sociais e das crenças do usuário. A integralidade é um exemplo disso. Segundo Mattos (2004), a integralidade, um princípio normativo do SUS, contrapõe-se à conduta hegemônica em saúde e propõe uma abordagem ampla e pluridimensional da saúde individual e coletiva, com o objetivo de preencher lacunas importantes do sistema biomédico, promovendo um cuidado menos reducionista e mais humanizado. A integralidade, segundo o autor, possui diferentes significados. Um deles é a integralidade do cuidado clínico individual, o qual pressupõe que os profissionais do SUS abordem a complexidade e a multidimensionalidade dos adoecimentos dos usuários, suas causas e medidas respectivas de tratamento sob esta ótica.

Em consonância com a integralidade e com o objetivo de fomentar uma visão crítica e ética dos diagnósticos e tratamentos em saúde, bem como de reduzir as iatrogenias, encontra-se o conceito de prevenção quaternária (P4). A P4 refere-se à detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo, visando protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (WONCA, 2003). Todavia, os proponentes, defensores e praticantes da P4, que geralmente são médicos da atenção primária, não costumam considerar recursos de saber e técnica oriundos de tradições ou corpos de conhecimento fora da ciência ocidental, embora sejam abertos a outros ramos do saber científico, como psicologia, sociologia, antropologia e filosofia. Isso resulta em uma significativa limitação para a prática da P4, uma vez que estes profissionais estão restritos aos referenciais interpretativos e terapêuticos da biomedicina e das ciências. Por outro lado, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), entendidas como saberes e práticas externos à *mainstrain* medicine, segundo Tesser (2020), podem contribuir para a P4. Esta contribuição se dá especialmente por adicionarem cuidados de outras racionalidades médicas ou sistemas médicos complexos (adiante abordados). A integralidade do cuidado e a P4 em sua relação com o uso de PICS no SUS, especificamente da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), serão objetos centrais deste trabalho.

Em relação às PICS, estas são, na sua grande maioria, um apanhado de conhecimentos antigos trazidos novamente à luz na década de 1970. Em meio ao movimento da contracultura, observou-se o ressurgimento e a revalorização de cuidados de saúde de cunho naturalista, com um crescimento contínuo nas décadas seguintes. Essas práticas deixaram de ser perseguidas, em parte, devido ao

crescente e persistente interesse das classes média e alta que as procuram. Desse modo, a institucionalização das PICS busca legitimar e integrar práticas naturalistas e alternativas à biomedicina dentro do sistema de saúde formal (Luz, 2005).

Em consonância com o crescente reconhecimento por parte da OMS das medicinas, produtos e práticas diversas, alguns de seus saberes vêm sendo difundidos no SUS por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), de 2006, cuja lista de modalidades foi ampliada de cinco para 29 PICS em 2017 e 2018, pelo Ministério da Saúde brasileiro. Dentre as PICS está a MTC, que consiste em uma racionalidade médica vitalista. Madel Luz (1993) criou a categoria "racionalidade médica" para investigar e compreender distintos sistemas complexos de conhecimento, prática e pensamento em cuidado à saúde. Tal categoria permitiu o estudo de outras maneiras de lidar com a saúde, sem se basear apenas nos critérios estabelecidos pela biomedicina, tornando possível a análise desta última como uma dentre várias possíveis racionalidades médicas. Além disso, Luz trabalhou o conceito vitalista no campo da Saúde Pública, que guardadas as devidas proporções, iniciou-se na filosofia aristotélica e foi ganhando força principalmente nos séculos XVII e XVIII com autores como Stahl e Barthez. Quando o modo de pensar saúde/doença considera a existência de uma força ou energia vital como indispensável para o organismo e determinante da saúde, este recebe a denominação de vitalista. Mas a biomedicina deixou no seu passado qualquer referência a algum vitalismo, aderindo a uma perspectiva biomecânica (Camargo Jr., 2003) a partir do nascimento da clínica moderna dentro dos hospitais, descrito por Foucault (1980).

Saberes e práticas clínicas que possam enfatizar e fortalecer o princípio da integralidade com potencial desmedicalizante ou mesmo redutor da medicalização ajudam a promover a saúde e cuidar dos adoecidos de maneira menos intervencionista, e incentivam que o indivíduo doente aja com mais responsabilidade e competência frente a sua saúde-doença (Illich, 1975).

A MTC permite aos terapeutas que a praticam uma abordagem integradora do ser humano, centrada na unidade individual da pessoa (suas dimensionalidades) e suas relações com o meio em que vive (Luz, 2004). Segundo Contatore et al. (2021), a MTC tem também importante potencial contributivo ao autocuidado, pois suas práticas podem auxiliar para que a pessoa desenvolva uma expertise de se perceber e entender os processos de seu sofrimento, ficando mais capaz de

harmonizar-se, desenvolvendo o que os autores chamaram de autocuidado autorreferido. Os autores concluem que a MTC pode contribuir para o autoconhecimento, autopercepção e aprendizado do autocuidado, incentivando a participação ativa do usuário. Entretanto, na diáspora da MTC para o ocidente houveram adaptações de sua linguagem à biomedicina, o que enfraqueceu esta dinâmica de olhar para o autocuidado e aproximou as técnicas de MTC ao modo paternalista típico da biomedicina. Além dessa primeira adaptação, há também o fato de que a implementação de técnicas orientais em instituições ocidentais tende a adaptar as práticas ao contexto e à cultura local (Tesser; Luz, 2008).

O cenário da institucionalização das PICS no SUS enfrenta inúmeros desafios, desde seu reconhecimento até a sua operacionalização, haja vista seu financiamento, que ainda é escasso e instável. As instalações das unidades públicas de saúde não possuem espaços apropriados para ofertar as PICS, o que compromete a disponibilização e qualidade desses serviços (Contatore et al., 2022; Silva et al., 2024). A implementação de práticas da MTC no SUS não apresenta cenário diferente das PICS em geral. Além da dificuldade operacional, não há formação pública suficiente voltada à MTC. A grande maioria dos profissionais busca sua formação no setor privado, resultando, consequentemente, no comprometimento e escassez de condutas dessa área no SUS. (Tesser et al., 2019).

Este trabalho tematiza o potencial de contribuição da MTC à integralidade e à prevenção quaternária percebido pelos profissionais do SUS que praticam algumas de suas técnicas. A questão da pesquisa, assim, pode ser expressa como: as práticas da MTC facilitam uma abordagem mais integral e menos medicalizadora e iatrogênica no cuidado clínico no SUS? Se sim, como?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como os saberes e técnicas da MTC contribuem para a integralidade e a prevenção quaternária no cuidado clínico realizado no SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a percepção dos profissionais a respeito da contribuição da MTC para a P4 e a integralidade do cuidado na sua prática.
- Identificar e discutir as técnicas de MTC que supostamente contribuem para a promoção da P4 e a integralidade do cuidado no SUS na experiência dos profissionais.
- Discutir fatores facilitadores e dificultadores dessa suposta contribuição da MTC para a integralidade e a P4 no SUS.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Foucault (2005), nos séculos XVIII e XIX, as camadas da alta sociedade dos países europeus se organizaram com o intuito de controlar as classes pobres, que constituíam a força de trabalho, visto que suas condições precárias de vida representavam um grande risco para a proliferação de doenças. Uma versão conhecida da chamada Lei dos Pobres, de 1834, foi um exemplo disso, uma vez que previa a submissão da população à exames médicos para gozar de benefícios financeiros oferecidos pelo estado. A lei dos pobres ajudava a construir o que Foucault denominou de “cordão sanitário entre ricos e pobres” de modo a minimizar a vulnerabilidade dos mais abastados frente a eventuais fenômenos epidêmicos. Assim, auxiliava na preservação da saúde pública e na manutenção da ordem: nascia a saúde supervisionada.

Em uma análise da obra do autor sobre o que havia de entendimento em saúde na coletividade, identificam-se dois momentos distintos: um que durou até o século XIX (controle de epidemias) e outro que se iniciou neste período e perdura até hoje. É neste segundo momento que se evidencia a extrapolação da ciência médica sobre a vida como um todo, isto é, atribuir à categoria médica o manejo de situações que antes eram vistas como partes da vida; sejam elas de ordem fisiológica, moral, religiosa ou social. Essas agora passam a ser problemas médicos e exigem um diagnóstico. Esse é um processo sociocultural complexo, chamado por Conrad (2007) de medicalização social, análogo ao que Zola (1972) descreve como patologização dos comportamentos normais do cotidiano.

No discurso de Foucault sobre a modernidade, momento entendido pelo autor como fértil para o surgimento das ciências, pode-se entender as condições latentes que possibilitaram o surgimento do pensamento científico que mais tarde vai embasar a biomedicina. Nessa época foi vislumbrado o tentador poder de dissecar, estudar, tentar explicar em sua totalidade, ou seja, dominar o ser humano. Assim, criou-se uma nova versão de homem.

“O limiar da nossa modernidade não está situado no momento em que se pretendeu aplicar ao estudo do homem métodos objetivos, mas no dia em que se constituiu um duplo empírico-transcendental a que se chamou homem” (Foucault, 1995, pg 448).

Então, para o autor, em meio a um conjunto de regras invisíveis - da episteme do momento histórico - nasce uma nova ciência, como produto da modernidade. Nela, faz-se possível pensar o homem a partir do homem, ou seja, à cultura moderna deu-se o poder de pensar o finito a partir dele próprio. Nessas circunstâncias, compreende-se que em períodos anteriores, como no pensamento clássico e nas tradições que o antecederam, tenha sido capaz de tematizar o corpo, o espírito, a posição limitada do ser humano no universo, bem como os limites de seu conhecimento e de sua liberdade através de representações. Entretanto, nenhuma dessas abordagens concebeu o homem segundo a forma específica em que ele é constituído no saber moderno.

Quando os conteúdos concretos da experiência deixaram de depender da representação para existir - ou seja, quando passaram a se justificar por si mesmos -, a ideia de um infinito metafísico deixou de ser necessária. A partir daí, a própria limitação das coisas (e do conhecimento delas) passou a remeter apenas a si mesma: o que podemos conhecer é limitado porque os próprios conteúdos são limitados, de modo que a finitude não cessou mais de remeter a ela própria. Por isso, a filosofia da vida denuncia a metafísica como véu da ilusão. Assim, todo o campo do pensamento ocidental foi invertido (Foucault, 2007).

O processo de consolidação da biomedicina está em constante evolução, desde os primeiros estudos anatômicos e fisiológicos até a moderna pesquisa genética e biotecnológica de hoje. Esse processo é impulsionado por avanços científicos, inovações na área da tecnologia e reformas educacionais e profissionais, resultando na medicina baseada em evidências (MBE) que conhecemos atualmente. Nesse processo, a biomedicina desviou-se do estudo da vida e da saúde para o estudo das doenças, e por conta disso, rotineiramente atribui aos usuários um cuidado prescritivo baseado em achados laboratoriais e estatísticos de natureza analítica e impessoal (Luz, 1993).

Segundo Illich (1975), a industrialização, institucionalização e disseminação da biomedicina, devido ao seu potencial medicalizante, acabou por transformar a cultura dos indivíduos e das coletividades, no sentido da diminuição da sua autonomia frente ao processo saúde-doença, às adversidades e sofrimentos da vida. Na visão de Illich, essa transformação é negativa, a ponto de o autor cunhar o termo "iatrogenia cultural", e considerá-la como sendo uma das mazelas da biomedicina. Como exemplo disso, pode-se observar o manejo do período da

gravidez e parto, de modo a aproximar essa vivência, na grande maioria das vezes saudável, de uma “doença” ou de uma situação de grande risco. A consequência disso é a necessidade da atenção permanente do médico e seus aparatos, inclusive cirúrgicos.

Transformar vivências humanas corriqueiras em problemas médicos é um processo de iatrogenia. Há, para o autor, três diferentes tipos de iatrogenia: clínica, social e cultural. Esses fenômenos sugerem ênfase num tratamento heterônomo, feito de maneira unidirecional, de profissional para paciente, sem haver troca e escuta.

Frequentemente, novos modelos de prevenção e promoção de saúde são impostos mesmo tendo como base princípios medicalizantes. Estes casos revelam que os próprios meios de cura podem, muitas vezes, gerar novos problemas de saúde, exigindo uma reflexão crítica sobre os limites e as responsabilidades do saber médico contemporâneo. A iatrogenia começa então a ganhar destaque pela sua grande proporção e ampliação de ocorrência em todo o mundo. A ponto de a iatrogenia tornar-se, no início do século XXI, a terceira maior causa de morte nos Estados Unidos da América (Starfield, 2000; Makary, 2016).

Como o pensamento de Illich (1975) sugere, o indivíduo acaba por ser expropriado da manutenção da sua própria saúde. Em um paralelo com o conceito da contraprodutividade, Illich localiza o trabalho oferecido em saúde e os consequentes resultados negativos na sociedade. Contraprodutividade é o fenômeno paradoxal que ocorre em certas circunstâncias caracterizado pela inversão do sentido do resultado de uma dada ferramenta, instituição ou processo, ou seja, quando ele opera no sentido contrário aos seus fins precípuos. Illich exemplifica dizendo que isso ocorre quando um hospital produz doença e morte, o trânsito congestionado gera engarrafamento, etc. Para o autor, as mais comuns circunstâncias geradoras de contraprodutividade são o monopólio de uma atividade ou o excesso de produção de certos processos ou ações, o que pode ser observado na saúde.

No decurso da institucionalização de uma medicina com caráter reducionista, que enxerga o indivíduo de forma fragmentária e com exaltação das características biológicas, há um empobrecimento da autonomia no manejo dos problemas de saúde-doença de uma população inteira, o que a torna passível de intervenções perigosas. Assim, para Illich (1975), essa medicina institucionalizada tornou-se uma

ameaça à saúde. Após tanto desencorajamento, o indivíduo já não sabe e nem quer mais se curar, e sim ser curado. Este panorama da medicalização, própria das sociedades modernas e dos serviços biomédicos, gera dependência excessiva e alienação por parte dos usuários, com consequente superlotação de indivíduos que não gerem minimamente seu estado de saúde. Esse é o cenário da contraprodutividade nos sistemas públicos de saúde dos países, especialmente na atenção primária à saúde, quando esta existe.

Com o intuito de atenuar os efeitos danosos da biomedicina, em 1986 um médico de família criou, na Bélgica, o conceito de prevenção quaternária (P4). Mais tarde, em 2003, a Organização Mundial das Faculdades Nacionais e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família (Wonca, 2003) reconheceu este conceito. A P4 refere-se à ação de identificar pacientes em risco de intervenções médicas excessivas e protegê-los de novos procedimentos desnecessários (Jamoulle, 2015).

Há objetivos específicos para cada nível de prevenção, o que sugere uma espécie de linha do tempo no modelo da história natural da doença, de Leavell e Clarke (1976). Segundo esses autores, a prevenção primária (P1) caracteriza-se por incentivar ações de prevenção antes do aparecimento das doenças. A prevenção secundária (P2) tenta identificar as doenças em seus estágios iniciais e minimizar a sua progressão. A prevenção terciária (P3) consiste em reduzir o impacto das doenças já estabelecidas e reabilitar. E, quanto à P4, em oposição a essa lógica de sucessividade, suas lentes podem e devem ser empregadas em qualquer um dos três níveis de prevenção e nos cuidados clínicos aos já adoecidos, envolvendo uma análise crítica e constante das ações diante dos problemas de saúde do usuário sob a ótica da proteção contra a iatrogenia (Norman; Tesser, 2009).

Segundo Jamoulle (2015), a saúde implica-se em vários tipos de resistências que a P4 busca fomentar: a resistência à enfermidade em si mesma, à violência, à exploração, às condições precárias de vida, ao mercado farmacêutico, à mercantilização da saúde, dentre outras. O autor conclui, dessa forma, que uma das funções do profissional de saúde é ajudar o usuário em várias dessas resistências, chegando, algumas vezes, a precisar resistir à própria medicina que está posta. Desse modo, a prática da P4 poderia ser vista como libertadora, pois incentiva a reflexão pelo profissional a respeito de vários aspectos 'aprisionantes' que envolvem a temática da biomedicina, tanto individuais como coletivos.

Assim, surge a reflexão: a busca pela saúde é um ato de resistência a tudo que pode adoecer o indivíduo; inclusive esses estímulos prejudiciais podem vir de uma trama adoecedora de fatores sociais, políticos, financeiros, e até mesmo de cuidados médicos. Daí a P4 estar envolvida não só na diminuição da iatrogenia, mas também no convite ao usuário para que faça uso de suas habilidades para decidir sobre a sua saúde. Porém, transformar os serviços de saúde e incluir neles a P4 é um processo lento e requer mudanças nas práticas profissionais, nas crenças dos usuários e na coletividade em geral, maior respeito à autonomia do paciente, renúncia ao paternalismo e tolerância às incertezas (Noticias Institucionales, 2017).

Outro potencial desmedicalizante está na proposta da integralidade, uma diretriz estabelecida pela Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o funcionamento do SUS (Brasil, 2006). Mattos (2004) identifica três conjuntos de sentido sobre a integralidade: um primeiro aplicado às características de políticas de saúde ou de respostas governamentais aos problemas de saúde; um segundo conjunto de sentidos refere-se à organização dos serviços de saúde em prol da longitudinalidade; e um terceiro é voltado para os atributos das práticas de saúde, que podem prover um cuidado mais ou menos integral. O terceiro sentido descrito por Mattos é o que transforma as interpretações e condutas de tratamentos clínicos em direção à integralidade e é o sentido que será explorado neste estudo.

Em um ensaio sobre a definição da integralidade proposta no SUS, Camargo Jr (2003) levanta a questão sobre a relação entre intervenção e reflexão, ou seja, sobre os serviços e a academia. Saliencia que esses dois pontos correspondem muitas vezes a instituições que divergem entre si, pois não são orientadas pelos mesmos interesses. Alguns desafios sociais, se analisados com maior reflexão, como diferenças entre classes econômicas, más condições de trabalho e moradia, transformam-se em causas diretas dos sintomas dos usuários nos serviços de saúde. O surto de ansiedade tão presente na modernidade é um exemplo disso. As intervenções nas doenças, que são o próprio atendimento em saúde, geralmente de caráter prático, lidam muitas vezes com as consequências do modo de vida imposto por uma sociedade capitalista. Neste contexto, portanto, intervenção e reflexão interpenetram-se na prática cotidiana a todo momento, mas nem sempre podem contribuir para a melhoria uma da outra, pois para isso ocorrer seria necessário que tivesse interesses econômicos e políticos bem alinhados.

Ainda, para o autor, a integralidade não pode ser considerada um conceito,

mas sim um agregado semântico de argumentos em torno de temas afins. Estes argumentos são ligados às ideias de atenção primária, longitudinalidade do cuidado, cuidado integral, entre outros. Porém, vale a pena a seguinte indagação: ao se preocupar com a “totalidade”, é possível ter implicações indesejáveis? Pois quando o profissional se dirige ao usuário com a pretensão de abarcar todas as necessidades de um ser humano, corre o risco de agir dentro de um grau de controle sem precedentes e culminar em um tipo de ‘medicalização integral’. Todavia, o autor traz uma solução em potencial para tal impasse, que é o incentivo à participação popular no SUS. Com essa prática contínua é possível identificar através da escuta cuidadosa as reais demandas em saúde de uma população, bem como suas prioridades e, a partir disso, contemplá-las, agindo, assim, mais de acordo com o princípio da integralidade. Porém, cabe lembrar que grande parte das demandas em saúde é influenciada por um determinante de segunda ordem: a economia.

Como ponto de partida para a constatação de que o indivíduo de uma sociedade sofre e procura cuidados, segundo Canguilhem (1982), pode-se dizer que a demanda do sofrimento produz a oferta da atenção em saúde. Esta interação torna-se simbiótica e é articulada por processos históricos entrelaçados com constante retroalimentação, o que convencionou-se chamar de complexo médico-industrial (CMI). Nesse complexo encontram-se desde simples insumos a parafernalias tecnológicas e ideologias no campo dos serviços em saúde. Nesse cenário, não é raro que o paciente seja transformado em consumidor; que em detrimento da promoção e prevenção da saúde, a tecnologia seja supervalorizada; e que dessa maneira culmine em distorção das prioridades em saúde pública, pois a atenção pode voltar-se às demandas artificiais criadas por esse próprio sistema. Inclusive, pode-se dizer que advém desse complexo, inúmeros obstáculos para a integralidade, podendo ressaltar aqui a epistemologia da biomedicina, que é programaticamente oposta às ideias da integralidade (Camargo, 2003).

Por fim, Luz (2014) destaca que há um efeito ideológico oriundo das instituições médicas. Estas contribuem, através de agências como a Universidade, para a estrutura da definição do que é a “Ciência Médica”, ou o verdadeiro saber da saúde. Assim, consolida-se, no âmbito social, uma produção de enunciados de verdade em que as regras de sua elaboração assumem, não raramente, maior relevância do que a própria veracidade que lhes é atribuída. O modelo moderno de

vários aspectos da vida, inclusive da saúde, passa a ser tratado com ações lógicas e práticas sistemáticas racionais, o que configura o método científico das ciências naturais, o qual a biomedicina fortemente se baseia. É nesse contexto da racionalidade científica, que começa a ter início tímido no Renascimento (séc XVI), que há a dessacralização da vida e o desejo de domínio da natureza, pois o homem não se vê mais ligado ao cosmos - trataremos mais sobre esse assunto a seguir.

Esta medicina moderna, tanto pelo reducionismo organicista quanto pela exaltação das especialidades fragmentadoras, faz-se muitas vezes incapaz de abordar a complexidade do adoecimento humano na concepção da integralidade. Em 1996, Madel Luz trouxe à tona, no campo da ciência ocidental, outros paradigmas em saúde e expôs a visão da medicina vitalista. Visão esta integradora, com abordagem individual para cada doente e suas relações com o meio. Há, no entanto, dois aspectos comuns em qualquer medicina, que geralmente caminham juntos: a arte de curar e a ciência das doenças. Todavia, na biomedicina a ciência das doenças separou-se de modo imperante e sobrepujou a arte de curar, o que criou hegemonia progressiva da diagnose tecnológica sobre a terapêutica. Este fato retira o foco do cuidado na pessoa em sua integralidade, que estaria centrado no restabelecimento do indivíduo doente, e aponta para a busca sistemática de identificação e combate das doenças (Roseni; Aluísio, 2011). Já na medicina vitalista, pode-se dizer que o foco está na saúde do indivíduo, no seu bem viver, no seu bem fluir no mundo. Nela, há espaço para a observação de dimensões sutis da vida que não se deixam captar apenas por instrumentos científicos. Foca-se no equilíbrio “energético”, que não se trata senão por meio de uma abordagem integral do ser humano. Essas observações norteiam o diagnóstico e, posteriormente, orientam um tratamento individualizado.

Pensar no delineamento de um plano individualizado em que o profissional de saúde tenha a capacidade de captar e interpretar o sofrimento manifesto do outro, ou o risco de sofrimento futuro, são atributos de uma oferta de cuidado integral proposto em potência pelas PICS. Esse cuidado integral só pode ser feito quando o profissional de saúde se coloca no lugar do usuário, mesmo que ligeiramente, porém o suficiente para compreender o “modo de andar a vida desse sujeito”, de modo a identificar seus hábitos, valores, padrões de comportamento, etc. (Pinheiro; Mattos, 2005).

Assim, melhor seria a postura de RM's capazes de uma observação atenta e

mediação junto ao doente para fortalecer seu potencial de autocura. Para isso, ensina Nogueira Pérez (2012), que convém interessar-se pela tradição filosófica e empírica das civilizações vitalistas, pois elas consideram o ser humano como um ente energético psicossomático, que está submetido, segundo o autor, ao cosmos, do qual é um reflexo. Isso implica considerar o modo de ele viver, trabalhar, se relacionar consigo, livre das metáforas clínicas que trazem o foco primariamente para o que ele chama de inimigo (doenças e fatores de riscos). Essa ação de cuidado não tem afinidade com protocolos engessados e necessita ser constantemente construída à cada paciente, sem perder de vista a saúde integral. Mattos (2004) fala sobre a integralidade ser um tempo inalcançável e ao mesmo tempo indispensável, ao pensar ela não como um conceito, mas um ideal regulador ou uma inspiração de alcance respeitoso do todo indissolúvel que é o ser humano.

No entanto, desafios reais, descrito por Tesser e Luz (2008) como o "baixo teor" de integralidade, perceptível com frequência nos hospitais e ambulatórios do SUS, revelam o quão frágil está a concretização da diretriz da integralidade na saúde. Esta acaba ficando quase que restrita à teoria, o que demanda uma abordagem urgente ao tema. Os autores ainda chamam a atenção para o fato de que, em caráter compensatório pela falha do SUS em não focar no doente e sim na(s) doença(s), empurra-se essa tarefa da integralidade ao que Mattos chama de integralidade na dimensão da organização dos serviços de saúde, com equipes multiprofissionais atuando concomitantemente. Porém essa ação pode representar uma atitude ainda mais medicalizante e desconectada das necessidades reais do indivíduo.

Para Camargo Jr (2003), todavia, é imperativo levar em consideração que um profissional e até mesmo categorias profissionais inteiras não são o suficiente para sanar as demandas em saúde dos usuários. Portanto, o trabalho da multidisciplinaridade das equipes se faz extremamente necessário. Tais profissionais precisam, logo, estarem orquestrados por princípios de desmedicalização e incentivo ao empoderamento dos usuários que atendem sobre suas próprias questões de saúde. Para Fontoura (2006), a integralidade busca uma assistência ampla, centrada no indivíduo, sem aceitar a redução do mesmo nem à doença e nem ao aspecto biológico. A integralidade, portanto, é um conceito plural, ético e democrático (Pinheiro et al., 2007).

Sobre as duas noções fundamentais relacionadas à integralidade, segundo

Kalichman (2016), trazidas dos EUA, que é a integração dos serviços (nos anos 1920) e a atenção integral (*comprehensive care*), é possível fazer alguns apontamentos. O primeiro, sobre a integração dos serviços, em que o acesso a todos os níveis de especialização e sofisticação tecnológica seria o ponto de partida para a construção efetiva do princípio da integralidade do SUS. Este aspecto da integralidade serve de sustentação para os princípios da universalidade e equidade em saúde e para isso necessita que haja interação democrática dos sujeitos na construção de políticas públicas a fim de contemplar as diferenças das demandas individuais em saúde.

Todavia, para os autores, o acesso por si só não garante a integralidade no seu sentido amplo, uma vez que esse princípio necessita também de uma visão global para com o usuário no que diz respeito à capacidade de captar suas demandas sutis e auxiliar na melhoria das suas condições de vida e autonomia em saúde. Para tanto, a opção de apresentar as medicinas não convencionais como prática voltada para a integralidade é um ato de resistência à despersonalização do indivíduo, um vislumbre de que há sistemas médicos que se caracterizam pela busca do equilíbrio em saúde em diversos níveis do mesmo, e que, potencialmente, apresentam formas de cuidado menos iatrogênicas.

Ao encontro dos objetivos da integralidade e da prevenção quaternária, situa-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Tal política tem o intuito de introduzir práticas de cuidado para que o indivíduo seja tratado em sua complexidade, o que pode contribuir para a capacidade dos usuários de autogerir-se e diminuir o aceite desses frente às condutas eticamente falíveis (Zapelini et al., 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a aceitar a implementação da chamada Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa nos Sistemas de Saúde desde a década de 70, como cuidado alternativo ou complementar principalmente nas doenças crônicas. Em 2002 e 2003, a OMS apresentou orientações para a referida implementação, mas apenas em 2006, pela Portaria GM/MS nº 971/2006 foi estabelecida a PNPIC no SUS, que oficializou em uma política pública a possibilidade de oferta de outras racionalidades médicas e práticas complementares (Brasil, 2006), não ficando o campo da saúde restrito apenas à biomedicina.

A crescente popularidade e uso das PICS pode ser atribuída à percepção da

população sobre as deficiências na atenção à saúde. Há atualmente muito apelo à tecnologia e pouca escuta atenta, protocolos engessados e pouco individualizados. Muitas pessoas sentem que o atendimento, principalmente o especializado, é frequentemente desumanizado, o que leva a um aumento das iatrogenias e diminui a adesão aos tratamentos convencionais (Tesser, 2009).

Apesar de as PICS oferecerem potencial desmedicalizante, Camargo Jr. (2010), discutindo o conceito de medicalização, afirma que o uso de PICS “*não é sinônimo de desmedicalização*” (p. 209), não obstante a abordagem de várias PICS possibilitarem observar os problemas de saúde sob outras óticas que não a da biomedicina, e em várias delas oferecer um cuidado mais integral ao usuário. Para que o uso de PICS realmente significasse desmedicalização, elas deveriam incentivar a autonomia do usuário e seu exercício clínico deveria ser imune às forças do mercado, o que não ocorre, inclusive talvez ocorra o contrário em várias situações (Tesser e Dallegrave, 2020). Todavia, pode-se dizer que as PICS oferecem uma vantagem em relação à biomedicina no que diz respeito ao estímulo ao autocuidado, quando promove e incentiva o autocuidado autorreferido, conforme Contatore et.al., (2021). Inclusive, para que as PICS possam, de fato, atuar em prol da desmedicalização, o profissional de saúde precisa estar alinhado com esse propósito. Além disso, é necessário que esse profissional auxilie o usuário a ampliar o entendimento sobre si, de modo que ele possa significar seu estado de saúde-doença a partir de suas percepções e processos reflexivos. É importante também, para os autores, que esse processo seja apoiado e enriquecido sem autoridade unilateral, que geralmente corresponde à atuação do profissional da saúde sobre o usuário.

O conceito de Racionalidade Médica (RM) proposto por Madel Luz, que identifica formas de estruturar um pensamento acerca de saúde-doença, oferece um papel contributivo na ampliação da visão do cuidado de saúde para com os usuários. Uma RM é caracterizada quando um sistema complexo de saber e prática engloba seis dimensões articuladas e coerentes entre si, a saber; entendimentos próprios sobre morfologia humana e dinâmica vital; uma doutrina médica (o que é estar doente e ter saúde); um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico; todos os anteriores embasados em uma cosmologia que os perpassa. Os estudos do grupo de pesquisa de Luz mostraram que, não só a biomedicina pode ser considerada portadora de uma racionalidade médica, mas outros sistemas médicos

complexos como a homeopatia, a medicina tradicional chinesa (MTC), a medicina ayurvédica e a medicina antroposófica também.

Portanto, existem maneiras variadas de encarar um determinado adoecimento a depender da racionalidade médica orientadora do olhar e da avaliação do problema. Desse modo, o que define o caminho que o indivíduo irá percorrer desde seu primeiro contato com a atenção primária à saúde (APS) até sua “alta” será dependente da interpretação do seu problema de saúde, pelos profissionais que o atenderão, e os resultados disso acompanharão o conjunto de condutas que o usuário vai aceitar e se submeter. Kleinman, Eisenberg e Good (1978) afirmam que a experiência da doença é moldada culturalmente, o que retroalimenta a maneira como a percebemos e buscamos superá-la.

Desse modo, entende-se que abordagens diferentes em saúde podem enriquecer o cuidado clínico, uma vez que os usuários possuem não raramente demandas diferenciadas. As racionalidades médicas vitalistas, diferente da biomedicina, abordam o tema saúde-doença com base na ideia de que os seres vivos possuem uma força vital inerente e responsável pela manutenção da vida. A cosmologia de uma racionalidade vitalista integra o homem e a natureza por meio de uma comparação do micro e macrocosmos. Ao ver o sujeito como parte indissociável do seu meio, tais racionalidades, costumam atribuir significados aos sofrimentos e consequentes aprendizados com os “adoecimentos” (Luz, 1993).

A MTC fundamenta-se em cinco principais modalidades terapêuticas: (1) terapia medicamentosa com substâncias naturais; (2) acupuntura e moxabustão; (3) dietética; (4) massagens; (5) práticas de autocuidado, exercício e meditação com objetivo terapêutico. Em conjunto, esses pilares oferecem suporte integrado e contínuo para tratamento e prevenção. Para que sua aplicação seja coerente com suas características autóctones, ainda é necessário conhecer os padrões clínicos do usuário e o meio em que ele vive (Luz; Barros, 2012). Essas características de abordagem ampliada da MTC é justamente o que a torna alinhada aos princípios da integralidade do cuidado.

Segundo Fruehalf (1999), a MTC foi desenvolvida, principalmente pela influência dos saberes clássicos em saúde chineses, mas também pela sua disseminação no ocidente. Sua sistematização e compatibilização parcial com o saber científico ocidental foram intensificados após a revolução comunista. Antecedente a ela, havia apenas a medicina original do país, que após a

oficialização da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) por Mao Tsé Tung, foi categorizada academicamente como Medicina Clássica Chinesa (MCC). O autor esclarece, por meio de um apanhado histórico de momentos políticos da China, como a MCC esteve em alguns momentos ameaçada de extinção. No entanto, ela precisou sofrer algumas modificações epistemológicas para que pudesse sobreviver ao regime do governo comunista da China e posteriormente ser disseminada pelos países ocidentais, com o nome de MTC. Esta última é toda estruturada em elementos da MCC, porém ganhou influência do materialismo científico, o que acabou possibilitando algum diálogo com a biomedicina.

Segundo Campbell (1997), o monismo é a principal característica do pensamento oriental. Ou seja, corpo e espírito, homem e natureza, para o oriente são um. Atribui-se dessa maneira, singularidade à existência e, por consequência, à maneira de ver os processos de saúde-doença. Não havendo algo fora do equilíbrio dinâmico que rege o universo, não há do que se proteger. A MTC não separa o indivíduo da natureza, pelo contrário, quanto mais perto se está dela, consequentemente, mais saudável o indivíduo se encontra. Em contrapartida, para o ocidente, o corpo humano assemelha-se a uma máquina e as patologias são vistas como defeitos nessa máquina, portanto o homem deve controlar e manipular a natureza para garantir sua sobrevivência (Capra, 1980; Camargo Jr., 2003). Trazer conceitos da medicina vitalista para tratar um 'corpo máquina' é uma proposta desafiadora.

Foi justamente partindo dessas reflexões em saúde entre o pensamento oriental e ocidental, suscitadas na experiência de onze anos de trabalho em um ambulatório de Medicina Tradicional Chinesa - supervisionando alunos em um programa de pós graduação em acupuntura -, que esta pesquisa surgiu. A proposta de oferecer um tratamento do oriente a um ocidental (em instituições ocidentais) constitui um grande desafio. É importante refletir sobre como operacionalizar essa oferta de maneira efetiva, de modo a aproveitar plenamente o potencial da MTC. Para isso faz-se necessário compreender como tal racionalidade médica pode orientar e promover maior autonomia aos indivíduos em relação à sua saúde. Essas questões motivadoras e de superação dos cuidados em saúde, frequentemente habitam os pensamentos de muitos daqueles que trabalham rotineiramente com técnicas de MTC no Ocidente.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Essa abordagem foi ao encontro das necessidades geradas pela questão norteadora e dos objetivos da pesquisa. Segundo Minayo (2010), o método qualitativo possibilita a investigação de crenças e atitudes sobre assuntos delicados e estabelece uma interação e relação de confiança entre o pesquisador e o ser pesquisado. A pesquisa qualitativa é utilizada para observar, descrever e analisar características e dimensões não quantificáveis de um fenômeno, fato ou experiência vivida. A metodologia comporta um universo de “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 2010 p. 21). A pesquisa exploratória qualitativa visa uma maior aproximação com o problema, ajudando a desenvolver hipóteses, aperfeiçoar ideias e explorar o universo pouco conhecido investigado (Minayo, 2010). A autora afirma que:

“[...] o componente principal de discussões são as metodologias de pesquisa qualitativa, abrangendo a capacidade de incorporar questões inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais, conseguindo transformações humanas significativas” (Minayo, 2010. p 10).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em unidades básicas de saúde, policlínicas e no ambulatório de acupuntura da Universidade Federal de Santa Catarina por uma pesquisadora graduada em fisioterapia e pós-graduada em acupuntura, no exercício da profissão de acupunturista, por meio de atividades assistenciais (atendimentos) e docência na área.

4.3 POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para o estudo, houve um levantamento, junto à Secretaria Municipal de Saúde, dos profissionais do SUS que exercem alguma técnica da MTC. Além dessa

busca, para chegar a outros profissionais atuantes com tais técnicas que não estavam registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e na listagem obtida primeiramente com tal Coordenação, foi aplicado o método *snowballs*. Goodman (1961) explica que o método *snowballs* consiste na identificação de alguns participantes iniciais e, a partir desses participantes, obtém-se indicações de novos participantes.

Usou-se para delimitar o universo amostral o critério de saturação teórica (Fontanella; Turato, 2008). O critério de saturação foi considerado atingido quando a pesquisadora percebeu que as informações trazidas pelos novos participantes não agregavam novas informações ao estudo, esse momento foi direcionado por observações de análise preliminar até culminar na ausência de novos códigos substantivos. Para esta pesquisa, foram realizadas 29 entrevistas.

4.4 EXPLORAÇÃO PRELIMINAR DO CAMPO EMPÍRICO

A figura 1 mostra a lista de profissionais que atuavam com alguma(s) técnica(s) de MTC dividida pelos diferentes distritos de Florianópolis. A figura 2 mostra a quantidade de profissionais que praticavam as diferentes técnicas de MTC em cada distrito de Florianópolis. A figura 3 mostra os profissionais incluídos precocemente na amostra intencional. Os dados destas tabelas foram gentilmente fornecidos no início da pesquisa pela Coordenação da Comissão de Práticas Integrativas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, a quem agradeço pela colaboração.

Figura 1 - Quantidade de profissionais que atuam com as práticas chinesas, por técnica.

Técnica da MTC	Centro	Continente	Norte	Sul
Acupuntura	27	12	9	11
Auriculoterapia	32	19	27	19
Liam gong	0	1	1	0
Práticas corporais chinesas	0	0	1	0
Ventosa	0	0	1	0
Qi Gong	0	0	0	1
Total geral	59	32	39	31

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados fornecidos pela Comissão de Práticas Integrativas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC.

Figura 2: Quantidade de profissionais por área de atuação que atuam com práticas da MTC.

Rótulos de Linha	Auriculoterapia	Acupuntura	Liam Gong	Práticas Corporais Chinesas	Qi Gong	Ventosa
Dentista	4	0	0	0	0	0
Ed. física	5	0	2	0	1	0
Enfermeiro	60	5	0	0	0	0
Farmacêutico	4	0	0	0	0	1
Fisioterapeuta	3	0	0	0	0	0
Médico	20	54	0	0	0	0
Técnico de Enfermagem	1	0	0	1	0	0
Total geral	97	59	2	1	1	1

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados fornecidos pela Comissão de Práticas Integrativas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC.

Figura 3 - Profissionais inicialmente inseridos na amostra.

Região	Profissional	Local atuação	Profissão	Técnicas
Norte	Profissional A	CS Ingleses	Fisioterapeuta	Auriculoterapia/Ventosa terapia
Norte	Profissional B	Núcleo	Ed. Físico	Auriculoterapia/Lian Gong
Norte	Profissional C	Policlínica Norte	Médico	Acupuntura
Centro	Profissional D	Policlínica Centro	Médico	Acupuntura 20hs
Continente	Profissional E	Policlínica Centro	Médico	Acupuntura 30hs
Continente	Profissional F	CS Jardim Atlântico	Enfermeiro	Acupuntura
Continente	Profissional G	Distrito Continente	Ed. Físico	Lian Gong
Sul	Profissional H	CS Armação e Campeche	Ed. Físico	Qi Gong

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados fornecidos pela Comissão de Práticas Integrativas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC.

Optou-se por aplicar aos profissionais uma entrevista semi-estruturada. Segundo Marconi e Lakatos (1992), essa técnica consiste em uma forma de interação social, caracterizada por um diálogo assimétrico no qual uma das partes busca coletar dados enquanto a outra se apresenta como fonte de informação. A entrevista semi estruturada aplicada a esses profissionais seguiu um roteiro pré-estabelecido pelo pesquisador (Anexo).

4.5 COLETA DE DADOS

Os profissionais foram convidados, por meio de convite direto, realizado via e-mail, telefone ou pessoalmente pela pesquisadora. Iniciou-se os convites pela conveniência e facilidade de contato a partir da tabela fornecida pela Comissão de Práticas Integrativas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e posteriormente foi dada sequência a busca pelos entrevistados por meio do método *snowball*. Nesse primeiro contato, todos foram informados sobre os objetivos, a

forma de participação e a importância do envolvimento na pesquisa. Foi firmada também a data, horário e local da entrevista, que foi feita de forma individual com cada participante. Deu-se prioridade para que a entrevista fosse realizada no local de trabalho do participante. As entrevistas foram gravadas e transcritas para o tratamento dos dados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos nas entrevistas foram trabalhados por meio da análise temática. Optou-se por uma forma indutiva de análise, que envolve um processo ativo de reflexividade por parte do pesquisador. Esta abordagem permitiu atingir níveis de compreensão mais aprofundados dos fenômenos investigados em pesquisas qualitativas. Braun e Clarke (2021) apontam etapas básicas para a análise temática: a familiarização com o conteúdo obtido; a identificação de temas e/ou subtemas; e a revisão dos temas encontrados, bem como sua contextualização com o propósito norteador do trabalho.

Inicialmente, foram realizadas repetidas leituras, a fim de localizar trechos com similaridade semântica e encontrar padrões no significado dos dados; como ideias repetidas, tópicos ou formas de expressão. Então, foi realizada a classificação de temas e subtemas. Por fim, a identificação e categorização temática dos dados foram checados sistematicamente, envolvendo reflexão contínua do pesquisador, culminando em inferências e conclusões. O manuscrito foi elaborado com base nos critérios do *Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi realizada com seres humanos, respeitando e considerando os aspectos éticos, conforme previsto na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde-CNS. Destaca-se que os participantes da entrevista foram previamente esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodo que a pesquisa pudesse acarretar-lhes (Brasil, 2016). A pesquisa foi aprovada pela resolução CAAE 82651324500000121, parecer 7200453 do CEPESH da UFSC.

6 RESULTADOS

6.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS COM FORMAÇÃO EM MTC

Foram entrevistadas 29 pessoas, formando um grupo multi-profissional atuante com no mínimo uma técnica de MTC no SUS de Florianópolis. Foram percorridas diferentes unidades de atendimento, em diferentes regiões do município, para que os resultados pudessem representar um panorama mais fidedigno da realidade. As unidades que fizeram parte da pesquisa foram 11 centros de saúde e três políclínicas: centros de saúde do Centro, João Paulo, Morro das Pedras, Ingleses, Fazenda do Rio Tavares, Canasvieiras, Vargem grande, Rio Tavares, Barra da Lagoa, Itacorubi, Rio Vermelho e as Policlínicas Norte, Sul e do Continente.

No grupo entrevistado haviam 14 médicos, 2 residentes de medicina de família e comunidade, 7 enfermeiros, 3 residentes de enfermagem da residência multiprofissional em saúde da família, 2 educadores físicos e 01 dentista. Dentre os médicos, 8 eram especialistas, ou seja, tinham uma formação em medicina tradicional chinesa com carga horária suficiente para esta titulação; e 6 haviam feito um curso introdutório de alguma técnica da medicina chinesa (auriculoterapia e acupuntura na maioria, também um de Lian gong¹). Dos enfermeiros, 4 eram especialistas e 3 tinham curso de auriculoterapia. Os residentes de medicina e enfermagem tinham apenas cursos introdutórios de acupuntura e de auriculoterapia, respectivamente. Um educador físico era especialista e o outro não - este segundo possuía o curso de auriculoterapia. Por fim, o dentista era especialista em acupuntura (Fig 1).

¹ Lian Gong é uma sequência, de movimentos corporais, de uma prática oriental criada na década de 70 por Zhuang Yuan Ming. Tem por base a medicina tradicional chinesa, outras artes marciais orientais e ginásticas terapêuticas. O método foi criado para prevenir e tratar dores musculares, articulares e tensões decorrentes do cotidiano e do trabalho (Zhuang, 2001).

Fig 01. Profissões e tipo de formação em MTC dos participantes.

Profissão	Total	Especialista	Não especialista
Médico	14	8	6
Residente MFC	2	0	2
Enfermeiro	7	4	3
Residente Enfermagem	3	0	3
Educador Físico	2	1	1
Dentista	1	1	0

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados fornecidos pela Comissão de Práticas Integrativas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC.

Com relação às técnicas, a acupuntura foi a técnica mais utilizada entre os entrevistados, 12 deles utilizavam apenas essa técnica. Depois foi a auriculoterapia, utilizada por 10 entrevistados como técnica solo. Além disso, alguns profissionais relataram utilizar mais de uma técnica. Foram identificados 5 profissionais que utilizavam acupuntura e auriculoterapia, sendo que um deles ainda trabalhava com uma terceira modalidade, que é o Lian Gong. Outro entrevistado trabalhava com Lian Gong e auriculoterapia. Por último, houve um entrevistado que relatou trabalhar com auriculoterapia e ventosaterapia.

Os perfis das formações dos profissionais em relação às técnicas de MTC mostraram-se diversos, tanto pela carga horária, quanto pelas características das instituições de ensino, podendo ser públicas ou privadas. Dos 29 entrevistados, pôde-se identificar ao todo 14 especialistas e 15 não-especialistas. Convém mencionar, que houve uma procura maior pela participação de especialistas para a realização da pesquisa, dando prioridade para a participação destes. Dos 14 especialistas, apenas 2 fizeram especialização em instituições públicas. Pelo fato de serem médicos, cursaram a residência em acupuntura, oferecida apenas para médicos, no Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes e no Hospital Universitário Professor Polydoro de São Thiago (HU-UFSC), ambos na região da grande Florianópolis. O restante dos especialistas, médicos e não médicos especializaram-se no setor privado. No caso dos especialistas não médicos vale dizer que a única opção de especialização é no sistema privado.

Já os não especialistas, foram em sua totalidade capacitados no setor

público, por meio de cursos introdutórios nas suas residências ou cursos oferecidos na rede para os profissionais do SUS.² Alguns não especialistas tiveram contato com a técnica (auriculoterapia ou acupuntura) por esta fazer parte das disciplinas obrigatórias da residência em saúde da família; outros procuraram cursar as capacitações oferecidas na rede pública por outros motivos: por incentivo da direção do seu local de trabalho, pela onda de engajamento das equipes ou por iniciativa própria, em função de interesse por esse conhecimento específico. Os profissionais que buscaram a capacitação em alguma técnica de MTC por iniciativa própria foram também os profissionais que mais incorporaram o uso da mesma em sua prática clínica e relataram mais benefícios oriundos dessas, nas entrevistas.

Ao analisar os profissionais atuantes como especialistas no SUS, confirmou-se a hipótese de que todos eram médicos. Isso ocorre porque a acupuntura é a modalidade mais valorizada da MTC no Ocidente e uma reserva de mercado é almejada, no Brasil, por parte dos médicos, para essa técnica (MOCARZEL et al. 2024). Embora outros profissionais de saúde possam e pratiquem acupuntura no serviço público, apenas médicos são contratados como acupunturistas pelo SUS. Isso favoreceu a preponderância da opinião de médicos, que acabou aparecendo com mais frequência na pesquisa.

Diferentemente da acupuntura, outras modalidades da MTC - como massagem chinesa, auriculoterapia, moxabustão e ventosaterapia - apesar de possuírem alto valor terapêutico, ainda são escassas no SUS. Consequentemente, há poucos profissionais institucionalizados exercendo essas técnicas, com exceção da auriculoterapia.

6.2 MOTIVOS DE PROCURA DA MTC

A maioria dos profissionais, quando interrogados a respeito dos motivos pelos quais buscaram aprender a MTC, relataram primeiramente o descontentamento com a biomedicina.

² Dentre esses, destaca-se o curso semipresencial de auriculoterapia ofertado aos profissionais da atenção primária desde 2017 pela UFSC, financiado pelo Ministério da Saúde, que capacitou mais de 25 mil profissionais de quase metade dos municípios brasileiros, incluindo os de Florianópolis - fazendo esta PICS crescer no SUS até se tornar a mais realizada.

“Ah, vamos dizer assim, desajuste com a medicina ocidental. O descontentamento com a medicina convencional, com a biomedicina” (Luiz).

“na residência em xxxx, [...] principalmente as dores crônicas a gente não conseguia resolver... eu dava remédio, encaminhar para fisioterapia, mas o paciente acabava ficando num ciclo que a gente não via melhora. E isso me deixou angustiado, no ponto de não querer mais continuar a residência” (João).

As questões referentes a este tema de descontentamento com a biomedicina envolveram o próprio reconhecimento dos seus limites: o reducionismo biológico; a fragmentação do indivíduo; a padronização excessiva que não propicia um diagnóstico individualizado; exames e tratamentos invasivos utilizados desnecessariamente. A separação entre mente e corpo, característica da abordagem biomédica, é vista por Thiago como uma "cisão artificial" e representa, segundo ele, uma das principais causas de diagnósticos imprecisos e tratamentos potencialmente prejudiciais. Alguns apontamentos dos entrevistados convergem com Menéndez (2003) quando este argumenta que a biomedicina constrói a doença como um processo localizado em partes isoladas do corpo, privilegiando a anatomia sobre a totalidade do ser humano.

“Porque quando a gente vai fazer medicina, a gente tem uma ideia de que a gente vai aprender tudo sobre o corpo [...] vai poder identificar o que é que acontece [...] vai ter conhecimento do ser humano todo, né. E aí, na faculdade, a gente fica aprendendo um monte de moléculas só, é muito compartimentado o conhecimento, a gente não aprende as coisas que a gente precisa mesmo” (Paulo).

Essa característica fragmentadora e reducionista da biomedicina faz com que as intervenções sejam focadas em órgãos ou sistemas, mas ignoram a pessoa em sua integralidade. Menéndez (1985) ressalta que essa fragmentação foi historicamente necessária para o desenvolvimento técnico da medicina, mas acabou se solidificando e ficou sendo parte fundamental da principal forma válida de cuidado. O autor defende, contudo, a construção de práticas que considerem outros saberes, as condições de vida e a subjetividade dos sujeitos, superando a lógica biologicista.

“Na medicina [...], a gente não dá valor às emoções, a gente não dá valor aos outros fatores que estão envolvidos na doença; ao contrário dessa visão integral (referindo-se à MTC). Essa visão sistêmica me chamou muito a atenção” (Júlia).

O discurso de autoridade que foi construído em torno da biomedicina carrega a responsabilidade de traduzir os sofrimentos em termos técnicos e obriga o médico a oferecer uma solução, mesmo que limitada. Esse fato, entre outras consequências, pode gerar iatrogenia medicamentosa, ou seja, a intervenção pode assumir um caráter paradoxal: ao mesmo tempo em que alivia sintomas, frequentemente produz numerosos efeitos adversos e amplia a dependência do indivíduo a longo prazo. Em uma dimensão mais abrangente, a medicalização de etapas da vida ou de processos psíquicos naturais - como o luto - exemplifica a medicalização social frequentemente promovida pela biomedicina. Essa medicalização muitas vezes resulta em intervenções desnecessárias e prejudiciais (Menéndez, 2003). Dessa forma, observa-se uma lacuna significativa entre as soluções propostas pela biomedicina e a efetividade do cuidado na prática.

Pedro reconhece que existem iniciativas voltadas para a prevenção de iatrogenias na biomedicina; contudo, muitas vezes elas permanecem no plano teórico e não se concretizam na prática. Nesse contexto, ele comenta que é “muito bom sustentar que não se deve usar remédios sem evidências, mas tem que ter uma alternativa...”. Nessa última frase, podem ser identificadas duas problemáticas. A primeira refere-se à tendência, apontada pelo entrevistado como em expansão no momento, de uso exagerado de suplementação alimentar e vitamínica sem respaldo em evidências científicas, o que demandaria a redução dessas prescrições. A segunda diz respeito à compreensão de que estar-se-ia fazendo prevenção quaternária simplesmente por evitar ou retirar medicações. Na visão de Pedro essas atitudes, da segunda problemática, feitas de maneira isolada, podem fragilizar ainda mais o usuário, tendo em vista sua possível história de dependência ou crença nessas práticas. Maria compartilha dessa reflexão ao afirmar: “dizer para todos que não devem prescrever dipirona não resolve nada”. A entrevistada ressalta a necessidade de desenvolver alternativas para lidar com os problemas de saúde dos pacientes, em vez de limitar-se apenas a restringir os tratamentos oferecidos pela biomedicina.

Para Thiago, um dos pontos fortes da MTC está em encorajar o paciente a buscar alternativas terapêuticas, sobretudo quando este não está satisfeito com o tratamento biomédico ou seu quadro continua a se agravar. Ele destaca que, nesses casos em que a biomedicina oferece recursos limitados, a acupuntura pode trazer contribuições particularmente relevantes.

Um terceiro motivo apontado pelos entrevistados para a adoção da MTC foi a vivência pessoal com alguma das suas práticas. Aqueles que tiveram a oportunidade de recebê-las em algum momento de suas vidas relataram experiências positivas no sentido de melhora de suas queixas. “Eu tive excelentes resultados com a auriculoterapia, recebendo a prática, sendo usuária desse serviço, e aí comecei a fazer o curso e fui ajudando a ofertar no serviço” (Luana). Logo, a experiência positiva prévia, com as técnicas de MTC, encoraja os profissionais da saúde a incorporá-las nos seus atendimentos.

“Eu sempre gostei muito de ver os benefícios em mim, antes de ver pro paciente, né? Então isso já me fez olhar diferente (para a auriculoterapia) [...] eu gosto e eu acredito porque vejo em mim que dá certo” (Débora).

6.2 BUSCAR UMA FERRAMENTA E VOLTAR COM A MALETA CHEIA

Após o contato com alguma técnica da MTC, os entrevistados relataram, em unanimidade, terem sido surpreendidos pelo alcance das possibilidades dessa racionalidade médica. Essa constatação se deu à medida que aprofundaram seus conhecimentos nos preceitos da MTC, adquiriram experiência prática com suas técnicas ou observaram os resultados obtidos junto aos pacientes. Em alguns casos, mais de um desses motivos foram mencionados.

“A gente começa a perceber e entender melhor a nossa vida mesmo. Os ciclos da vida. Porque a medicina chinesa é a medicina baseada em ciclos. Tudo em movimento o tempo todo. Então, comecei a perceber esses ciclos na minha vida. Não em relação às doenças físicas, mas também emocionais. Uma outra visão do mundo” (Henrique).

Para Paulo, o contato com a MTC retomou o entusiasmo pela credibilidade do cuidado que relatou ter sido abalado pelos anos de exercício profissional na biomedicina. O entrevistado comenta que ao trabalhar sentia a necessidade de ter mais uma ferramenta para “enfrentar as queixas” dos pacientes na atenção primária, referindo-se principalmente às queixas de dor.

“E aí, quando eu comecei a estudar medicina chinesa ou acupuntura, comecei a me interessar novamente por estudar anatomia, estudar neurofisiologia, estudar principalmente a parte da relação do sistema nervoso [...] assim, eu posso dizer que a medicina chinesa, por incrível que pareça, ela me devolveu a medicina” (Paulo).

“A gente tinha aquela ideia de que a biomedicina é a verdade. É a única maneira de tu ver a saúde. A única maneira de tu ver a doença. Depois vê, que não é só aquela forma que a gente aprende na faculdade. Aquela forma cartesiana, lógica, científica. Tu podes ver de outras formas. Porque existem outras formas de ver. Então, mudou completamente a forma de tratar as doenças, de tratar a saúde. A gente fala só de tratar a doença, mas o mais difícil é tratar a saúde” (Henrique).

A maioria dos entrevistados relatou que, antes de estudar alguma das técnicas da MTC, não tinha ideia da abrangência do cuidado nem da complexidade de um diagnóstico elaborado segundo essa racionalidade médica. Como exemplo dessa complexidade, a inspeção geral na MTC, segundo Maciocia (1996), inclui a observação de diversos aspectos: estado mental; modo do olhar; compleição da face; tipo constitucional; comportamento (modo de se movimentar); membros (cor, unhas, veias); língua (cor, saburra, umidade), entre outros. Alguns entrevistados, mesmo após a especialização ou capacitação, admitiram estar em um patamar básico desse conhecimento. O que não os impediu de constatarem que, após terem conhecido e estudado a MTC, reconhecem-se mais atentos e aptos a lidar com desconfortos de saúde pouco ou indevidamente contemplados pelo tratamento biomédico.

“Busquei acupuntura por uma necessidade de ter uma ferramenta para auxiliar o meu manejo de pacientes na atenção básica. Só que quando eu comecei a entrar em contato com a acupuntura, veio a medicina chinesa e transformou completamente a minha visão. Eu não esperava. Eu fui atrás da ferramenta, mas o que me foi revelado foi um outro modo [de pensar saúde/doença]. Isso mudou a minha vida.” [...] Mudou a forma como eu pratico a medicina, a forma como eu converso com os pacientes, a forma como eu os oriento. Às vezes, tu buscas uma ferramenta [...] mas quando, na verdade, muda as tuas crenças e os teus valores” (João).

“Para dores crônicas, saúde mental, quadros funcionais (referindo-se às indicações da acupuntura) [...] eu tive uma paciente jovem, com dor abdominal, não descobria a causa, excluí as causas mais graves [...] ela ficou super bem, ela deve ter feito umas sete sessões. Então, eu gosto muito de utilizar para esses casos. O que fazer quando a nossa medicina, a biomedicina tem pouco a oferecer. Eu acho que é uma das situações que a acupuntura contribui mais” (Thiago).

Os profissionais que se aproximaram mais da MTC e incorporaram suas técnicas na prática clínica relataram ter dado um passo além, afirmando que modificaram sua compreensão do adoecimento, orientando-a para uma visão mais integral do ser. Para Bruno a MTC:

“[...] ajudou a ter outras percepções de mundo. Outra vivência também. [...] me ajudou nesse entendimento de que a gente é uma coisa só. Enfim, essa dualidade que se completa. Entender a gente enquanto uma coisa contínua junto com a natureza, [...] interpretar os adoecimentos. Não só interpretar os adoecimentos, mas o viver também”.

Em contribuição ao tema, Kleinman (1988) compara patologia (*disease*) e enfermidade/sentir-se mal (*illness*). A patologia, no modelo biomédico ocidental, é o resultado de alterações ou falhas nos processos biológicos do indivíduo. A enfermidade (*illness*) corresponde à vivência de estar doente, se expressa nas percepções e reações subjetivas, nas relações interpessoais e nos significados atribuídos ao sofrimento, sempre situados em contextos sociais e culturais. O problema é que a biomedicina coloca sobre o médico a responsabilidade de ‘traduzir’ esse sofrimento em termos técnicos e oferecer uma solução, ainda que limitada. Balint (1961) destaca que, nessa ‘tradução’, os médicos tendem a priorizar a patologia, enquanto os pacientes falam de seus mal-estares nas consultas. Essa diferença gera desencontros que culminam em má interpretação, problemas comunicacionais, insegurança das duas partes, frieza, e criam distanciamento entre o profissional e o usuário. O autor afirma que há um “conluio no anonimato” em casos de doentes multimórbidos graves tratados de patologias simultaneamente por vários especialistas, os quais tratam cada uma delas de sua perspectiva, mas ninguém trata do paciente como um todo. Esse fenômeno remete diretamente ao debate sobre integralidade.

6.3 MTC E INTEGRALIDADE

A biomedicina, apesar de sua hegemonia nos sistemas de saúde, não é capaz de englobar toda a diversidade de experiências de sofrimento vividas pelos sujeitos. Como explica Tesser (2010), a mercantilização da medicina e sua configuração epistemológica induzem a proliferação de exames, intervenções e fármacos voltados às doenças, fatores de risco e sintomas de forma isolada. A fragmentação e a especialização, apoiadas em tecnologias duras e práticas protocolares, reduzem a integralidade da abordagem. Isso também induz, quando o doente circula por vários serviços de saúde especializados, a uma impessoalização de cuidados e tratamentos que pouco se integram, reforçando o intervencionismo químico-cirúrgico e o excesso preventivista.

Como destaca Menéndez (2003), o modelo biomédico³ tende a excluir de seus diagnósticos e tratamentos um conjunto significativo de padecimentos. Esse fato leva as pessoas a recorrerem a outras práticas em busca de soluções. Talita relata que, na atenção primária, recebe frequentemente pessoas com queixas antigas e insatisfeitas com resultados anteriores. Nesse contexto, a adesão a práticas como acupuntura e auriculoterapia foi expressiva: os usuários demonstraram grande satisfação e, em pouco tempo, a agenda de Talita destinada a essas terapias passou a ficar lotada.

“eles vêm, assim, impressionadíssimos. De dores crônicas, de problemas de dormência, de problemas que estão à vida toda com aquilo ali, e começam nas primeiras sessões tendo uma resposta, assim, muito boa” (Talita).

A entrevistada complementa que presencia muitos casos onde o paciente não quer mais tomar medicação ou desenvolve intolerâncias e alergias por conta da medicação contínua. Esse é um dos fatores que explicam a boa adesão aos tratamentos da MTC. Quando o usuário vivencia uma experiência positiva ao tratar determinado problema de saúde com a MTC, tende a desenvolver preferência por essas práticas menos intervencionistas também para lidar com outros desconfortos. Inclusive, ela reconhece este fato como um problema da logística de oferta das práticas de MTC nos postos: “um problema que a gente está tendo no nosso grupo [...] as pessoas não querem sair”.

Os usuários relatam sentir-se acolhidos pela abordagem da MTC. Para Talita, essa RM representa uma importante ferramenta na atenção primária, justamente por estar alinhada ao objetivo desse nível de cuidado: olhar o paciente de forma integral. Portanto, a médica de família conclui: “Tu começa a ver que, assim, a gente é mais resolutivo do que os ortopedistas.” Ela explica que, muitas vezes, o paciente passa pela atenção primária, vai para o especialista (nesse caso ortopedista), algumas

³ No modelo médico hegemônico (biomédico), o processo saúde/doença é entendido quase exclusivamente em termos biológicos. Ou seja: o foco está nas alterações orgânicas e fisiológicas, como se toda doença ou sofrimento pudesse ser reduzido a um mau funcionamento do corpo. Isso significa que outros aspectos do adoecer — como fatores sociais, emocionais, culturais e relacionais — não são parte central da abordagem. O paciente é visto como um organismo que precisa ser consertado (Menéndez, 2003). Com a ascensão das doenças crônicas e da ‘medicina de vigilância’ (Armstrong, 1995), o modelo biomédico individualizou os fatores de risco, hipervalorizando a prevenção e uma vigilância contante comportamental.

vezes chega até a fazer cirurgia, porém não melhora. “[...] depois o paciente volta dizendo que o caminho era por aqui (referindo-se aos cuidados como o da acupuntura na atenção primária)” (Talita).

Luz (1993), conforme foi mencionado acima, reforça essa perspectiva ao argumentar que cada racionalidade médica define seus próprios critérios de diagnóstico, de modo que situações que permanecem invisíveis para a biomedicina podem ser reconhecidas e tratadas em outras tradições, como a homeopatia ou a medicina chinesa. Essa exclusão não é apenas epistemológica, mas também social, uma vez que tende a deslegitimar os saberes populares e tradicionais, contribuindo para a marginalização de práticas que poderiam ampliar as possibilidades terapêuticas disponíveis à população.

Menéndez (2003) mostra como a biomedicina, ao privilegiar a lógica biologicista, limita o reconhecimento de outras práticas ou habilidades de cuidado. A ética biomédica impede que dimensões sociais, culturais e subjetivas sejam devidamente incorporadas ao tratamento. Para Maria, “regras implícitas” ao profissional de saúde impedem que outras capacidades desse profissional, que não o olhar técnico biomédico, possam colaborar nos atendimentos. Ela chama essa limitação de uma “grande muralha”, em que percepções inerentes ao ser humano são suprimidas em prol da ciência. “Então quem que formulou essa muralha aqui? São preceitos, tipo, a minha ética profissional, baseada em quê?”, questiona Maria. O que ela denomina ética profissional nesta fala tem relação com as diversas práticas em saúde que, embora potencialmente prejudiciais, são legitimadas e aceitas como única forma de proceder no modelo biomédico, quase que numa acepção de ética como adequação a padrões hegemônicos esperados dos médicos. Estes então, funcionariam como obrigação profissional.

Para complicar, o ritmo acelerado de fluxo de consultas proposto pelo SUS, um reflexo da exaltação da produtividade na sociedade, não possibilita a escuta cuidadosa da fala do usuário pelo profissional de saúde. Essa escuta, para Maria, é essencial ao cuidado integral do paciente. Além disso, a pressa ou o compromisso com a produtividade, ao desestimular o profissional a perceber melhor seu paciente, favorece condutas padronizadas e tendentes ao excesso de intervenções (exames e fármacos).

A incapacidade da biomedicina em reconhecer determinados estados de sofrimento leva alguns entrevistados a descrevê-los como uma “área cinzenta”,

evidenciando as limitações de suas ferramentas epistemológicas para compreendê-los e abordá-los de maneira adequada. Ao se depararem com essas situações, alguns profissionais, embora formados na tradição biomédica, podem reconhecer que esta constitui apenas uma entre várias formas de interpretar os processos de saúde e doença. Esse reconhecimento os leva a buscar ampliar a interpretação e o cuidado em torno de questões pouco exploradas pela prática biomédica, mas frequentemente evocadas e valorizadas em conceitos como o de integralidade. Uma abordagem integral demanda a construção de projetos terapêuticos individualizados, elaborados a partir do diálogo e da escuta atenta ao outro (Mattos, 2004). Sob a ótica da integralidade, não se deve reduzir o sujeito à doença que lhe causa sofrimento. Pelo contrário, adotar a perspectiva da intersubjetividade significa reconhecer que, além dos saberes técnicos sobre as doenças, é necessário considerar também os modos de viver das pessoas — habilidade que o profissional de saúde nem sempre domina.

“Mas eu acho que a minha grande muralha hoje em dia, inclusive com os residentes, é fazer com que os residentes olhem pra isso (referindo-se ao olhar integral), é, que eles estão completamente focados em tempo/produtividade [...]. Porque eu dou aula de comunicação clínica, por exemplo, pros residentes. Eles não estão mais presentes na consulta (falou exemplificando o ato de olhar ao relógio)” (Maria).

Já na MTC, segundo Maciocia (1996), a anamnese detalhada, a escuta cuidadosa e a atenção às sutilezas do relato do paciente são requisitos essenciais para um bom diagnóstico. Tesser (2010) também contribui para o tema quando fala sobre a importância da escuta clínica ampliada no SUS, destacando que práticas integrativas, como a acupuntura, só cumprem seu papel na direção da construção de maior integralidade quando há tempo e permissão para o paciente ser ouvido.

Porém, a realidade da implementação de técnicas da MTC no SUS não está necessariamente seguindo essa lógica de ampliação do cuidado. O estudo de Zapelini, et al. (2023) mostrou que as PICS ampliam o olhar do profissional que presta o atendimento, vislumbrando outros cuidados para os seus sofrimentos. Revelou ainda, em unanimidade dos discursos avaliados, que a motivação de inserir PICS é relacionada à integralidade do cuidado. Porém tais práticas ainda dispõem de recursos escassos para seu financiamento. Além disso, as PICS que provêm de outras racionalidades médicas sofrem intensa adaptação à biomedicina. A

interpretação científica ocidental dessas técnicas, com destaque para a acupuntura - por ser a técnica de maior adesão por parte dos médicos - tem levado a uma abordagem híbrida dessas práticas, o que, por sua vez, também impõe limites ao reconhecimento de todos os seus potenciais para a integralidade (pois perde parte do seu modo pensante e operante).

Cada vez mais, a acupuntura vem sendo reinterpretada e usada sob a lógica biomédica. Com isso, apesar da vasta produção científica existente, sua aplicação tende a reduzir-se à analgesia ou a outros tratamentos sintomáticos, deixando em segundo plano a dimensão integral do ser e suas relações com o meio em que vive. Este tema será melhor abordado mais adiante.

6.4 MTC E PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Luana trabalhou por vários anos em um centro de saúde exclusivamente de práticas integrativas em outro município e conta: “Não tinha um captopril. Então, era algo que eu, totalmente alopática, entrando num serviço desses, assim, me surpreendi muito de ver o quanto que a gente conseguia atender os usuários com as mesmas crises que chegavam no centro de saúde, só com o tratamento das práticas integrativas”. Segundo ela, o serviço atendia crises hipertensivas e outras emergências com regularidade.

Algumas práticas integrativas, principalmente as mais antigas e de cunho vitalista, envolvem abordagens que buscam estimular os meios naturais de prevenção de adoecimentos e recuperação da saúde por meio de práticas seguras (pouco invasivas), com foco na escuta atenta e acolhedora, no desenvolvimento do vínculo entre o profissional da saúde e o usuário e, também, na integralidade do cuidado. Outro ponto importante é a visão ampliada do processo saúde-doença que normalmente estimula o empoderamento do usuário por meio do autocuidado (Tesser, 2020).

A MTC, uma racionalidade médica de base vitalista, tem como propósito o restabelecimento do livre fluir da energia vital (ou *qi*). Essa perspectiva busca a harmonia entre corpo, mente e ambiente, compreendendo o ser humano como parte indissociável da natureza. Nesse contexto, a MTC adota o princípio da individualização terapêutica, segundo o qual cada intervenção é planejada de acordo com o diagnóstico ('energético', conforme a MTC) do paciente (Kaptchuk,

1983). Desse modo, duas pessoas que compartilham o mesmo diagnóstico biomédico podem receber tratamentos completamente distintos, pois o foco é o padrão de desequilíbrio que esta pessoa apresenta e não a doença (*disease*) em si. Essa abordagem, em potencial, é um fator de aproximação da MTC com P4, pois favorece uma prática clínica mais direcionada, o que pode contribuir principalmente para a redução de ações desnecessárias.

Houve unanimidade entre os entrevistados sobre o potencial contributivo da MTC para a P4, principalmente na perspectiva de cuidado centrada no indivíduo.

“Sim, eu tive bastante interesse [pela MTC]. Justamente, por conta da prevenção quaternária. Então, lidar com algumas demandas, alguns problemas de saúde, mas sem a utilização de medicamentos, né? Com outras práticas, outras ferramentas e que também talvez estimule mais autonomia no processo do cuidado. De poder tratar e não só ficar na medicação. Para não medicalizar todo o problema [...] ter esse outro arsenal para conseguir lidar com determinados problemas de saúde, principalmente os crônicos” (Bruno).

Ao centrar a atenção na vitalidade do usuário através de uma anamnese detalhada, o profissional de MTC preocupa-se com detalhes próprios do usuário e menos com os sintomas que compõe uma doença. Segundo Maciocia (1996), o propósito do diagnóstico da MTC é reconhecer o modo como a energia vital (Qi) perdeu sua harmonia, não nomear uma patologia específica e nem priorizar o alívio dos sintomas. As práticas integrativas em geral têm o potencial de evitar a fragmentação biomédica, pois entendem o sujeito como o centro do cuidado (Tesser, 2020). A partir dessa constatação e do exemplo de como a MTC funciona, diversas consequências se desdobram, convergindo com as principais questões norteadoras da P4: proteger os usuários de intervenções médicas desnecessárias e potencialmente danosas. A iatrogenia é um exemplo disso, causada por fatores como a medicalização excessiva (Illich, 1975) - indutora de farmacoterapia excessiva, e também a perda da integralidade do cuidado.

Para Thiago, a MTC ajuda a segurar o ímpeto da prescrição medicamentosa inculido logo na graduação dos profissionais da saúde. “A gente é treinado pra fazer uma prescrição. Tem esse ímpeto, né? E daí, tendo a acupuntura como recurso, a tendência é de prescrever menos [...]”. Ele explica que o conhecimento da MTC ajuda a “frear um pouquinho a caneta”.

Além de ‘frear a caneta’ do profissional de saúde, a implementação de

práticas da MTC no SUS vem contribuir para um outro objetivo ou efeito da P4 - promover autonomia e fomentar a corresponsabilidade do usuário no processo de cuidado (ao reduzir sobremedicalização (Tesser, 2020)) e ao introduzir uma nova abordagem (ou racionalidade médica) que valoriza uma postura mais ativa do usuário.

“[...] eles vêm para fazer acupuntura e muitos diminuem a uso de medicamentos que já vinham usando antes [...] com certeza mudou muito a minha visão sobre a utilidade dos medicamentos” (Paulo).

Os entrevistados também mencionaram outros temas centrais que merecem ser revisitados pela ótica da P4, descritos por Tesser (2020) como condutas comuns da biomedicina: excesso de rastreamentos e de solicitação de exames complementares e abusos na medicalização de fatores de risco.

“[...] na minha prática eu combinava com a pessoa de vir uma vez por semana aqui pra gente aplicar de novo as sementinhas. E a gente conversava mais um pouco, a pessoa refletia mais um pouco, sabe? Então, por muitas vezes, não precisou de outros encaminhamentos pra especialista de média [complexidade], né? Nem entrar com alguma medicação” (Luiza).

Além disso, a MTC fundamenta-se em uma concepção preventiva, “tratar o que ainda não surgiu”, conforme o livro *Huangdi Neijing*⁴. Essa perspectiva difere da lógica da medicina preventiva contemporânea (biomedicina), que, ao expandir o horizonte da doença, tende a medicalizar os fatores de risco, produzindo, assim, excesso de intervenções preventivas com potencial significativo de iatrogenia. Priorizar práticas de fortalecimento da vitalidade e de manutenção da harmonia do fluxo energético, por meio da escuta atenta e da observação de sinais sutis que precedem o adoecimento, é a forma de prevenção da MTC.

⁴*Huangdi Neijing*, é o livro, cuja tradução refere-se ao Clássico Interno do Imperador Amarelo é considerado o mais antigo tratado de medicina chinesa. Composto de duas partes, Su Wen (perguntas simples) e Ling Shu (eixo espiritual), trata-se de um texto coletivo e compilado atribuído a uma figura mítica que representa a sabedoria ancestral, cujo autor comprovado é Bing Wang da dinastia Tang.

Berlinguer (2000) ao falar da limitação moral do poder médico, reconhecendo

que “nem tudo o que é tecnicamente possível é humanamente desejável”, propõe uma racionalidade do cuidado voltada à prudência, à escuta e ao respeito mútuo. Taís contribui para essa perspectiva ética ao descrever o tratamento com a auriculoterapia. Ela pontua a importância desse espaço relacional entre o profissional e o usuário. Enfatiza que através do modo de aplicação, característico da técnica, “consegue dar uma atenção e um olhar diferente [do biomédico] para o paciente”. Essa também é uma das medidas propostas pela P4 - resgatar a dimensão relacional e ética da prática clínica, ao valorizar a qualidade do encontro entre profissional e usuário.

6.5 MTC SEM VITALISMO

“Eu acho que a medicina chinesa, tem muitas coisas que a gente não conhece, que é um pouco misterioso, mas tem muitas coisas que a gente vai atualizando e vai trazendo para o nosso conhecimento biomédico, as coisas vão convergindo naturalmente [...] a gente vê que existem umas agulhas que interagem com o corpo, né, e pode ser que existam outros mistérios também que a gente não sabe, mas até onde a gente pode entender, a acupuntura é bastante explicada pela questão do sistema nervoso, né, das terminações nervosas e tudo mais [...]” (Paulo).

Como já mencionado, Fruehalf (1999), ao discorrer sobre as bases teóricas da MTC, evidencia as adaptações pelas quais a medicina clássica chinesa passou, tanto em seu próprio contexto de origem quanto, posteriormente, para habitar o Ocidente. Entre as entrevistas apareceram algumas constatações sobre como essas adaptações mostram-se nas práticas ofertadas no SUS. Alguns profissionais, principalmente médicos, em sua maioria, compartilham o pensamento de que o vitalismo se aproxima do misticismo, e quanto mais longe se consegue ficar deste, maior é o ganho da acupuntura frente ao prestígio da ciência. Estes profissionais, portanto, na tentativa de aproximar a acupuntura/MTC do pensamento científico moderno biomédico, usam uma linguagem mecanicista, biológica e reducionista. Essa linguagem geralmente é respaldada na neurociência, dado o ímpeto de formular padrões reprodutíveis de diagnósticos e propostas de protocolos de tratamento centrados na patologia.

“Era internação de hemato. Então, foi bastante interessante usar alguns pontos para tonificar o sangue e ver a resposta no aumento de plaquetas, assim, em questão de uma semana ou duas. Isso foi bastante importante, para realmente perceber que os efeitos da agulha são fisiológicos” (Paulo).

Também há aqueles profissionais que, após conhecer a teoria vitalista da medicina chinesa, concluem que essa racionalidade médica apresenta diferenças tão substanciais em relação à biomedicina que o profissional, ao atender o paciente, deve optar por uma ou por outra abordagem. Talita explica que, mesmo quando conclui ser mais vantajoso selecionar uma racionalidade médica específica (no caso a MTC) para a condução do cuidado conforme o caso clínico, ainda assim persiste a expectativa do paciente, frequentemente orientada pelos referenciais da cultura biomédica. Isso é facilmente compreensível, em virtude de ela estar atuando como médica na APS, em um contexto cultural biomédico.

“No início foi muito difícil fazer as duas coisas, porque eu continuava fazendo biomedicina. Então, muito difícil desligar uma racionalidade e ligar a outra. Assim, foi um período bem complicado, bem difícil. Durou ali uns dois, três anos. E aí (depois) teve um período que a gente ficava fazendo as duas coisas juntas, porque te dá uma certa insegurança na perspectiva do paciente, não insegurança da técnica. Eu fazia acupuntura, mas eu sabia que o paciente ia me pedir uma medicação, ia me pedir uma injeção, ia me pedir um exame. Mas eu já tinha examinado, já vi, já fiz, já resolvi. Então, te dá uma insegurança nesse sentido, assim, do que o paciente esperava de mim, né? Hoje, eu já faço isso há bastante tempo, acabo escolhendo uma coisa ou outra. Então, às vezes eu foco aqui, às vezes eu foco ali dependendo do caso” (Talita).

Para Talita, a MTC apresenta potencial para resolver a maior parte dos casos atendidos na atenção primária. No entanto, sua aplicação efetiva é limitada por alguns motivos. Um deles, já mencionado acima, diz respeito ao conhecimento e aceitação por parte do usuário. Porém, além desse, há barreiras de ordem operacional nos serviços, como o tempo de consulta (insuficiente para a prática da acupuntura), local apropriado para tal, o desconhecimento da equipe acerca dessa racionalidade médica e a organização da agenda, voltada à livre demanda⁵.

Alguns entrevistados também se questionam em relação ao número de sessões ofertadas, abrindo a incógnita de se “vale a pena atender mais vezes ou se vale a pena atender mais pessoas” (Hélio) - principalmente os da atenção primária,

⁵ Pelo menos desde 2019 a SMS de Floripa vem priorizando esquemas de agendamento orientados para o chamado aceso avançado (Murray e Berwick, 2003), em que a prioridade é agilizar ao máximo o atendimento para que os usuários sejam atendidos assim que precisam do atendimento.

em que a oferta das PICS se mantém com maior flexibilidade. Apenas alguns poucos profissionais conseguem 'proteger a agenda' para ofertá-las. Na APS local, o esquema de agendamento aberto diário para a livre demanda não permite muita permanência do usuário em alguma técnica e a atenção secundária em geral limita o tratamento de acupuntura (única técnica de MTC ofertada na atenção secundária) em 10 sessões. Na prática observa-se que esse esquema de agendamento específico prioriza atender a um maior número de usuários e faz uma padronização da oferta para atender indivíduos diferentes com problemas de saúde igualmente diferentes. Isto pode explicitar uma adaptação da MTC ao modelo de saúde vigente, em que práticas de uma racionalidade médica vitalista são ofertadas de maneira a corresponder com padronizações características do modelo biomédico.

A MTC está amparada por uma longa tradição teórica e empírica, e seu princípio vitalista contrasta com a racionalidade biomédica. A partir de Nogueira (2018), que discutiu o privilégio epistêmico e social da biomedicina, podemos considerar que a assimetria de reconhecimento e valorização da MTC explica, em grande parte, as dificuldades de sua implementação nos sistemas de saúde ocidentais, mesmo em contextos que atualmente a admitem, como o SUS. Ademais, as barreiras enfrentadas pela MTC não são apenas de ordem técnica ou administrativa, mas expressam uma diferença epistemológica e uma hierarquia de posição política no campo do saber e da prática médica (Luz e Barros, 2012; Nogueira, 2018).

Ao deslegitimar racionalidades médicas diferentes, a ciência ocidental tende a utilizar-se do biologicismo e dos modelos de entendimento biomecânicos da biomedicina para adaptar quaisquer técnicas de cuidado. Este cenário reflete diretamente na estrutura educacional dos profissionais e se estabelece como impedimento para o entendimento da MTC no ocidente. Isso pode ser observado no perfil da capacitação dos profissionais entrevistados, que parece ter ocorrido de três modos um tanto distintos, conforme as entrevistas. No primeiro modo, presente em cursos de instituições públicas ligadas ao SUS (residências, cursos específicos de auriculoterapia ou introdutório de acupuntura), os profissionais tiveram seu aprendizado da(s) técnica(s) isolada(s) da cosmovisão da racionalidade médica da MTC. No segundo modo, também nesses cursos públicos, quando esta cosmovisão era abordada, havia uma busca incessante por interpretá-la da maneira mais biomédica possível. Já os profissionais que se capacitaram no sistema privado,

relataram ter tido mais conteúdos ligados ao pensamento oriental, próprio da cosmologia da racionalidade médica da MTC.

Maria manifestou a problemática do curso introdutório que seus residentes geralmente frequentam, dizendo que para ela “não seria introdutório”. Ao analisar a insegurança e descrença que os estagiários chegam com relação à acupuntura, e até mesmo a adaptação que mostram a respeito da técnica com a biomedicina, ela conclui: “acho que é uma introdução errada das coisas [...] sei que é muito difícil trazer pra eles a complexidade da medicina chinesa. [...] como ela é complexa pra quem sempre teve esse raciocínio, né, ocidental.” Em certa parte, pensa que essa lacuna pode estar relacionada ao descaso prévio dos alunos sobre essa técnica – por estarem permeados pelo pensamento biomédico, somado ao fato de que desde recentemente a acupuntura virou uma disciplina obrigatória da residência em saúde da família e nem todos os residentes interessam-se pelo assunto.

“Porque você sabe, por exemplo, se é pra uma escola que a pessoa vai, a pessoa já vai interessada. Aqui ele (o conhecimento da MTC) é introduzido pra pessoas que não tinham esse interesse. Ou acham que tinham esse interesse (referindo-se ao fato de que a maioria dos alunos não tem ideia de que a acupuntura segue toda uma cosmovisão diferente da biomédica e própria da MTC)” (Maria).

Ademais, Maria explica que durante a residência, são poucos os alunos em que desperta o interesse e procuram aprofundar seus estudos na MTC. A maior parte dos residentes mostram preconceito com as técnicas, o que, segundo ela, provém do descrédito cultural de RMs diferentes da biomedicina e da falta de conhecimento e habilidade de lidar com o novo pensamento, para ela, pelo fato de a formação ser insuficiente ou fortemente pautada ainda no modelo biomédico.

Uma outra maneira de lidar com racionalidades tão diferentes de cuidado foi tratada por alguns entrevistados como complementares umas às outras. João explica que é possível fazer um paralelo entre as duas e “usar o melhor dos dois mundos para cuidar do paciente.” O médico constata que, após entrar em contato com a literatura das racionalidades médicas e descobrir que existem diferentes formas de olhar o mesmo problema: pela ótica biomédica e pela ótica da medicina chinesa, é possível unir os conhecimentos das duas de maneira positiva no cuidado. Aqui se aborda mais a acupuntura, por ser a prática mais aceita e difundida no ocidente e entre os médicos - inclusive, de maneira a excluir outros profissionais da

saúde com especialização em acupuntura, os médicos convencionaram chamar sua acupuntura de “acupuntura médica” (Contatore, 2022).

A acupuntura médica se consolidou como um campo híbrido, que tenta conciliar a prática milenar com a validação científica contemporânea. Porém, é principalmente explicada por bases neurofisiológicas e evita conceitos tradicionais do oriente como *Qi*, *Yin-Yang* e meridianos, como ‘entidades energéticas’, reinterpretando-os de modo simbólico (por traduções simplificadas) ou anatômico (Unschuld, 1985).

Vale destacar que todos os três acupunturistas (especialistas) entrevistados, contratados exclusivamente para essa especialidade, são médicos. Dos 3, 2 deixaram claro a posição de que realizam a acupuntura médica. O outro profissional, uma médica, mostrou ter mais afinidade pelo pensamento vitalista, pois procura trabalhar com a acupuntura ancorada na MTC, porém por questões logísticas do serviço de saúde, percebe-se que o vitalismo pode ficar em segundo plano. Muitas vezes acaba por usar a acupuntura apenas para aliviar sintomas. Esta profissional relata que, com frequência, o encaminhamento de usuários para a acupuntura é realizado por prescritores que não conhecem profundamente a técnica. Em razão disso, são muitas vezes direcionados casos para os quais a acupuntura não constitui a melhor indicação, como, por exemplo, pacientes que aguardam em fila para procedimentos cirúrgicos. Estes, na maior parte dos casos se obtiverem algum benefício para este problema, provavelmente, segundo a entrevistada, será apenas um pequeno alívio momentâneo dos sintomas.

Essa profissional também destaca que, em vários casos, quando o usuário finalmente chega ao atendimento (após a fila de espera), sua demanda original já se modificou. Tal fato decorre da discrepância entre a baixa oferta de acupuntura no SUS e a elevada demanda, o que resulta em longos períodos de espera. Paradoxalmente, ela avalia que essa demora pode ter um efeito positivo, na medida em que abre espaço para a realização daquilo a que a MTC efetivamente se propõe: uma abordagem integral do usuário. Pois, como a queixa inicial muitas vezes deixou de existir ou passou a exigir outros tipos de intervenção, a consulta de acupuntura passa a ser o momento de apresentar ao paciente a proposta ampliada da MTC. Nas palavras da profissional: “Costumo dizer a eles que eu faço clínica geral. Você pode me falar tudo o que está sentindo” (Ruth).

Na pesquisa de Silva e Tesser (2013), que também aborda a temática da

MTC no SUS, investigou-se a experiência do usuário de Florianópolis com relação ao serviço de acupuntura e os resultados indicaram algumas constatações no que diz respeito à oferta desse serviço. A maioria dos pacientes que foram direcionados para acupuntura na atenção secundária, geralmente haviam passado por outros tratamentos anteriormente - na maioria biomédicos - e estavam em estágios avançados de adoecimento. Ainda assim, observaram-se melhorias significativas em sintomas dolorosos, no bem-estar geral e na redução do uso de medicamentos. A acupuntura mostrou, nesse estudo citado, potencial para diminuir a polifarmácia e as iatrogenias, ao atuar de forma mais integral e menos medicalizante. Contudo, conforme ressaltam os autores, tal atuação depende fortemente da postura e da condução do profissional, uma vez que a técnica, por si só, não assegura a promoção de um cuidado desmedicalizante. Os achados deste estudo também indicam que, em muitos casos, os usuários recebem e percebem a acupuntura apenas como mais uma especialidade biomédica, o que restringe seu potencial de promoção da autonomia e do autocuidado, além de dificultar a legitimação da MTC, em seu caráter vitalista, nas esferas social e cultural.

Ao estabelecer um paralelo com os achados desta pesquisa, verifica-se que a forte influência do paradigma biomédico incide tanto sobre os profissionais quanto sobre os usuários, o que tende a neutralizar parte do potencial terapêutico da MTC. Não obstante, a MTC opera a partir de uma perspectiva que desloca o foco do tratamento da doença para o cuidado centrado na pessoa, promovendo uma clínica orientada pela experiência subjetiva do usuário.

Conforme argumentam Tesser e Barros (2008), a acupuntura, ainda que seja empregada apenas como recurso para o tratamento de problemas clínicos isolados — sobretudo em quadros de dor crônica, para os quais é amplamente utilizada —, pode funcionar como uma estratégia de “redução de danos” em relação à biomedicina. Segundo os autores, mesmo nessa forma de utilização, a acupuntura preserva um caráter relativamente menos medicalizante quando comparada aos tratamentos biomédicos convencionais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou investigar as contribuições para a integralidade e para a prevenção quaternária das técnicas de MTC oferecidas no SUS. Para tal objetivo, realizou-se entrevistas semi-estruturadas com profissionais praticantes de tais técnicas.

Entre os profissionais entrevistados, as técnicas de MTC mais frequentemente utilizadas foram a auriculoterapia e a acupuntura, embora também tenham sido mencionadas a moxaterapia e a prática de Lian Gong em quantidade menor. Sabe-se que a MTC dispõe de outras práticas terapêuticas não abordadas neste trabalho, as quais também podem contribuir para o cuidado integral. Todavia, diante da ausência de menção a essas modalidades nas entrevistas, a análise restringiu-se às práticas efetivamente referidas pelos participantes.

De modo geral, essas práticas mencionadas são ofertadas a partir de uma perspectiva híbrida, situada entre duas racionalidades médicas distintas: a da MTC (vitalista), e a da biomedicina (científica e biomecânica). Evidenciaram-se adaptações na implementação dessas práticas no SUS de Florianópolis, fenômeno já identificado na literatura como uma estratégia de aproximação da MTC ao contexto ocidental - em parte feita ainda no próprio país de origem por questões políticas. Tais adaptações, aliadas à pressão exercida pela racionalidade biomédica - mais intensa sobre a acupuntura, dada sua maior valorização e disputa por reconhecimento como prática médica exclusiva -, fazem com que cada vez mais essas técnicas sofram variações na sua 'tradicionalidade' e diminuam o seu aspecto vitalista. Esse processo resulta na desvalorização do componente vitalista da MTC e, em alguns casos, conforme apontado nas entrevistas, no abandono quase completo da lógica que fundamenta o cuidado em saúde dessa racionalidade.

Apesar dos desafios na implementação das técnicas de MTC no SUS, os resultados mostraram que estas mesmas contribuem para a integralidade no cuidado e para a prática da prevenção quaternária. Observou-se ainda que essa contribuição se concretiza mais na APS do que na atenção secundária, visto que se percebeu uma maior predisposição e empenho em prol de um cuidado integral por parte das equipes de saúde de família, que procuram evitar o olhar fragmentado da biomedicina. Alguns profissionais conseguem construir nos centros de saúde

condições para a aplicação da MTC, porém, tendo em vista as dificuldades de implementação das PICS - como falta de financiamento próprio (Sousa, et al.,2017) -, relatam ser isso uma constante luta, um ato de resistência à padronização e massificação do cuidado e à exclusividade das práticas biomédicas.

Sobre a prevenção quaternária, pode-se confirmar a hipótese de que a MTC contribui para a sua promoção por diferentes motivos. Segundo as entrevistas, os profissionais que utilizam a MTC tendem a compreender o processo de saúde/doença de maneira a preservar o estado de saúde e exploram mais tecnologias leves, além de terem mais opções terapêuticas para o cuidado. Por conta disso, tendem a diminuir a intensidade da medicalização, prescreverem menos fármacos, utilizarem menos intervenções biomédicas e recorrerem menos a exames complementares (em relação a eles mesmos antes de adquirirem alguma expertise em MTC). Além disso, alguns entrevistados relataram estimular, ainda que timidamente, medidas que incentivam o paciente ao autocuidado, nem que seja por meio do maior envolvimento dele com o seu processo de cuidado clínico. Houve um achado parecido na pesquisa de Zapelini et al. (2023), confluindo também com a P4, em que um dos conjuntos de motivos encontrados para que os profissionais de saúde utilizem as PICS foi a redução da farmacoterapia, ineficiência do modelo atual e a possibilidade de tratar as patologias biomédicas de outra forma.

Observou-se convergências entre as premissas da integralidade e as da MTC. Os resultados mostram que quando o profissional utiliza a MTC no cuidado a saúde, ele tende a priorizar a escuta ampliada e tende a levar em consideração vários aspectos da vida do usuário (biopsicossociais). Ademais parece que as práticas (principalmente auriculoterapia e acupuntura) facilitam e reforçam o vínculo profissional-usuário, por necessitarem de tempo e do toque para serem realizadas.

A maioria dos profissionais, principalmente médicos, procuram explicações biomédicas e aplicam as técnicas da MTC reduzidas aos significados dessas explicações. Tendem a fazer isso mesmo que encontrem resultados positivos que não consigam explicar apenas pelo olhar biomédico. Porém, alguns profissionais conseguem, se adaptam e se permitem criar espaços físicos, na agenda em meio à grande demanda e ambientes inadequados para exercer a MTC em consonância com a sua base vitalista.

Por fim, ao se investigar como a MTC vem sendo ofertada no SUS, nota-se que suas práticas podem ser facilmente interpretadas apenas como mais uma

ferramenta ou recurso de cuidado biomédico. Nas situações em que é usada apenas dessa maneira, sua inserção tende a não contribuir de forma significativa para a ampliação da compreensão do processo saúde/doença. Embora as práticas da MTC possibilitem um olhar diferenciado sobre esse processo, em virtude de sua base vitalista, elas não garantem, por si sós, nem a redução da medicalização (P4) ou o empoderamento dos usuários. Tais efeitos dependem, individualmente, tanto do grau de conhecimento dos profissionais sobre essa racionalidade médica, quanto do seu comprometimento em atuar de modo crítico frente ao modelo biomédico. Dessa forma, o modo de atuação do profissional, ancorado na cosmologia da MTC torna-se elemento central para que se explore o potencial transformador dessa RM, de maneira a promover um cuidado mais integral e menos danoso à saúde.

É importante registrar as limitações inerentes tanto à amostra analisada quanto à própria metodologia qualitativa adotada, especialmente no que se refere à possibilidade de generalização dos resultados. Considerou-se que os padrões observados podem refletir a realidade de outras unidades de saúde não investigadas, embora tal afirmação não possa ser assegurada. Ainda assim, pode-se afirmar que, mesmo frente aos desafios discutidos, a MTC proporciona recursos capazes de contribuir para a prática da P4 e para um cuidado mais integral.

Há necessidade de novas pesquisas sobre a temática da MTC que orientem o profissional atuante a respeito de como suas práticas vêm sendo executadas, tendo em vista sua crescente oferta no SUS. O aprofundamento do conhecimento acerca de como essas práticas vêm sendo efetivamente realizadas pode contribuir para uma compreensão mais consistente de suas potencialidades e limitações nos diferentes níveis de atenção à saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
4.1 TIPO DO ESTUDO	25
4.3 POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	25
4.5 COLETA DE DADOS	28
5 ASPECTOS ÉTICOS	30
6 RESULTADOS	31
6.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS COM FORMAÇÃO EM MTC	31
6.2 BUSCAR UMA FERRAMENTA E VOLTAR COM A MALETA CHEIA	36
6.3 MTC E INTEGRALIDADE	38
6.4 MTC E PREVENÇÃO QUATERNÁRIA	42
6.5 MTC SEM VITALISMO	45
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
9 ANEXO	61
APÊNDICE A - Artigo científico encaminhado à revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).	62

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARMSTRONG, D. The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, v. 17, n. 3, p. 393-404, 1995.

BERLINGUER, G. *Ética da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 jul. 2024.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária (SAPS). Departamento de Cuidado Integral (DCI). Núcleo Técnico de Gestão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. *Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde do SUS 2017-2023*. [S.l.: s.n.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/2024/relatorio-de-monitoramento-nacional-das-praticas-integrativas-e-complementares-em-saude.pdf/view>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRAUN, V.; CLARKE, V. *Thematic analysis: a practical guide*. [S.l.]: Sage Publishing Ltd, 2021.

BALINT, M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical, 1961.

CAMARGO JR., K. R. Medicalização: um quadro de referência. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR., A. G. (orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Abrasco, 2010. p. 209-216. (Série Cidadania do Cuidado).

CAMARGO JR., K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPBELL, C. A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio. *Religião & Sociedade*, v. 18, n. 1, p. 5-22, 1997.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CONTATORE, O. A.; TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Acupuntura na Atenção Primária à Saúde: referenciais tradicional e médico-científico na prática cotidiana. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 26, e210654, 2022.

CONTATORE, O. A.; TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Autocuidado autorreferido: contribuições da Medicina Clássica Chinesa para a Atenção Primária à Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, e200461, 2021.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1980.

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

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, p. 532-536, 2006.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, v. 11, n. 1, p. 3-25, 1977.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 2005.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1980.

FRUEHAUF, H. Chinese medicine in crisis: science, politics and the making of TCM. *Journal of Chinese Medicine*, Hove, p. 6-14, 1999.

GOODMAN, L. A. Snowball sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*, p. 148-170, 1961.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, 2015.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 8, p. e00183415, 2016.

KAPTCHUK, T. J. *The web that has no weaver: understanding Chinese medicine*. New York: McGraw-Hill, 1983.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, v. 88, p. 251-258, 1978. DOI: 10.7326/0003-4819-88-2-251.

KLEINMAN, A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books, 1988.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

LUZ, D. *Racionalidades médicas: medicina tradicional chinesa*. Rio de Janeiro: IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 72).

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil*. [S.l.]: Rede Unida, 2014.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (orgs.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. [S.l.]: [s.n.], 2012. p. 452-452.

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

LUZ, M. T. *Medicina e racionalidade científica: da fundamentação à aplicação*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

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

MACIOCIA, G. *Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas*. São Paulo: Roca, 1996.

MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ*, v. 353, i2139, 2016. DOI: 10.1136/bmj.i2139.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas, 1992.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set. 2004.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MENÉNDEZ, E. L. *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención*. México: CIESAS, 1985.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOCARZEL, R.; CORNIN, A.; TESSER, C. D. Quem pode atuar com acupuntura no Brasil? *Saúde e Sociedade*, v. 33, n. 2, e230197pt, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230197pt>. Acesso em: 12 ago. 2024.

MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12597760>.

NOGUEIRA, R. P. *A saúde pelo avesso*. Natal: Seminare, 2003a.

NOTICIAS INSTITUCIONALES. WONCA, SIG Quaternary Prevention. Prevención cuaternaria, presente y futuro. *Archivos de Medicina Familiar y General*, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://www.famfyg.com.ar/index.php/archivos/article/view/6>. Acesso em: 11 nov. 2025.

PÉREZ, C. N. *Medicina tradicional chinesa: aspectos teóricos e práticos*. 2. ed. Tomo I. São Paulo: Roca, 2012.

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)*. [S.l.: s.n.], 2003.

TESSER, C. D.; DALLEGRAVE, D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, e00231519, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00231519>.

TESSER, C. D. et al. Auriculoterapia na atenção primária à saúde: uma experiência educacional em larga escala no Brasil. *Journal of Integrative Medicine*, v. 17, n. 4, p. 302-309, 2019.

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

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 20, p. 347- 362, jul. 2006.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares em saúde (I): aproximação fundamental. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2551, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2551. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2551>. Acesso em: 6 ago. 2024.

TESSER, C. D. Convergências entre prevenção quaternária e promoção da saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2515, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2515](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2515).

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares (II): aproximação contextual. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2566, 2021. DOI: 10.5712/rbmfc16(43)2566. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2566>. Acesso em: 6 ago. 2024.

TESSER, C. D. Racionalidades médicas e integralidade: desafios para a saúde coletiva e o SUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (orgs.). *Por uma sociedade cuidadora: dez anos do Projeto Integralidade em Saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ABRASCO, 2010. p. 75-98.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago. 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000800005.

TESSER, C. D. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: em busca de uma clínica desmedicalizadora. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 31, p. 199-211, 2009.

ROSE, N. As ciências humanas na era biológica. *Revista Polis e Psique*, v. 4, n. 2, p. 4- 43, 2014.

SANTOS, B. S. *Do pós-moderno ao pós-colonial: e para além de um e outro*. Coimbra: [s.n.], 2004.

SILVA, P. H. B. et al. Invisibilidades das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 8, p. e05132024, ago. 2024.

SILVA, E. D. C. da; TESSER, C. D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 11, p. 2186-2196, nov. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00159612>.

SOUSA, L. A. de et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde – uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 301-310, jan. 2017.

STARFIELD, B. Is US health really the best in the world? *JAMA*, v. 284, n. 4, p. 483-485, 2000.

TABOSA, A. Pesquisas em medicina tradicional chinesa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 7, supl. 1, p. 9-9, 2012. Disponível em: <https://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/509/400>.

UNSCHULD, P. U. *Medicine in China: a history of ideas*. Berkeley: University of California Press, 1985.

WANG, B. *Princípios de medicina interna do imperador amarelo*. Trad. José Ricardo Amaral de Souza Cruz. São Paulo: Ícone, 2011.

ZAPELINI, R. et al. Concepção de saúde dos profissionais que usam práticas integrativas e complementares no cuidado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333069>. Acesso em: 12 ago. 2024.

ZHUANG, Y. M. *Lian Gong em 18 terapias: um método chinês de exercícios para a saúde*. 4. ed. São Paulo: Ground, 2001.

ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, v. 20, n. 4, p. 487-504, 1972.

9 ANEXO

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Dados do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Tempo de graduado:

Tempo no SUS:

Tempo na atual função: Tempo de prática da PIC/MTC:

Tipo de formação

- () Especialização
- () Introdutório de acupuntura
- () Curso auriculoterapia
- () Curso livre

Questões/tópicos

- 1) Qual foi a sua motivação para aprender essa(s) técnica(s) da MTC?
- 2) O conhecimento da MTC mudou a sua prática profissional? Se sim, como, em que aspectos?

Tópicos desejáveis de serem abordados:

- (Ajuda em uma visão mais ampla/abrangente da pessoa e do seu adoecimento?)
- (Personalização do diagnóstico e do tratamento?)
- (Abordagem de aspectos emocionais dos pacientes?) (Enriquecimento das orientações para o autocuidado do paciente?) (Enriquecimento de terapêutica com dicas de alimentação, hábitos?) (Redução de drogas, exames complementares e encaminhamentos?)
- 3) O conhecimento da MTC contribui para outros aspectos da sua vida? Ajuda no seu auto-cuidado?

APÊNDICE A - Artigo científico encaminhado à revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Instruções de formatação estão no link:

<https://www.scielo.br/journal/csc/about/#instructions>.

Medicina tradicional chinesa no SUS: contribuições à integralidade do cuidado e à prevenção quaternária

Resumo

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC), uma racionalidade médica vitalista, vem sendo incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo analisa como saberes e técnicas da MTC contribuem para a integralidade do cuidado e para a prevenção quaternária (P4) em serviços do SUS. Desenvolveu-se pesquisa qualitativa, com entrevistas semiestruturadas submetidas a análise temática com 29 profissionais que atuam com técnicas da MTC na atenção primária e secundária. Identificaram-se três motivações principais para a aproximação com a MTC: insatisfação com limites da biomedicina, busca de ampliação do repertório terapêutico e experiências pessoais prévias. A incorporação de técnicas da MTC no SUS foi descrita como transformadora do olhar clínico, favorecendo escuta ampliada, projetos terapêuticos individualizados, fortalecimento do vínculo e estímulo ao autocuidado, além de possibilitar redução de fármacos, exames e intervenções desnecessárias. A hegemonia biomédica, as restrições organizacionais e a tendência à redução da MTC a termos biomédicos, contudo, produzem formas híbridas da prática que tendem diminuir, ou até esvaziar seu componente vitalista, reduzindo o potencial de singularização do cuidado. Conclui-se que há contribuição da MTC para a integralidade e para a P4, a depender do modo como os profissionais compreendem e praticam essas técnicas e conseguem desviar do modelo biomédico dominante.

Palavras-chave: Medicina Tradicional Chinesa; Acupuntura; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde; Prevenção Quaternária.

Abstract

Traditional Chinese Medicine (TCM) is a vitalist medical rationality and it has been being incorporated into the Brazilian Unified Health System (SUS), mainly through integrative and complementary practices. This study examined how TCM knowledge and techniques contribute to integrative care and quaternary prevention within SUS services. We conducted a qualitative study based on semi-structured interviews that were later submitted to thematic analysis with 29 health professionals who work with TCM in primary and secondary care. Three main motivations for approaching TCM were identified: dissatisfaction with the limits of biomedicine, the search to expand the therapeutic repertoire and previous personal experiences with these practices. Incorporating TCM was described as transformative to the clinical gaze, favouring broader listening, more individualized therapeutic projects, stronger bonds and greater encouragement of self-care, as well as reducing the use of drugs, tests and unnecessary interventions. However, biomedical hegemony, organizational constraints and the tendency to “translate” TCM into strictly biomedical terms generate hybrid forms of practice and empty its vitalist component. TCM’s contribution to integrality and to quaternary prevention depends on how professionals understand this rationality and critically position themselves in relation to the dominant biomedical model.

Keywords: Traditional Chinese Medicine; Acupuncture; Primary Health Care; Integrality in Health; Quaternary Prevention.

Resumen

La Medicina Tradicional China (MTC), entendida como una racionalidad médica vitalista, ha sido incorporada al Sistema Único de Salud (SUS) principalmente a través de prácticas integrativas y complementarias. Este estudio examinó cómo los saberes y técnicas de la MTC contribuyen a la integralidad de la atención y a la prevención cuaternaria (P4). Se realizó una investigación cualitativa con entrevistas semiestructuradas a 29 profesionales que actúan con MTC en la atención primaria y secundaria, analizadas mediante análisis temático. Se identificaron tres motivaciones para la aproximación a la MTC: insatisfacción con los límites de la biomedicina, búsqueda de ampliación del repertorio terapéutico y experiencias personales previas. La incorporación de la MTC fue descrita como transformadora de la mirada clínica, al favorecer la escucha ampliada, proyectos terapéuticos, fortalecimiento del

vínculo y estímulo al autocuidado, además de posibilitar la reducción de fármacos, exámenes e intervenciones innecesarias. Sin embargo, la hegemonía biomédica, las restricciones organizacionales y la tendencia a “traducir” la MTC en términos biomédicos generan formas híbridas de práctica y vacían su componente vitalista. Su contribución a la integralidad y a la P4 depende de cómo los profesionales comprenden esta racionalidad y se posicionan frente al modelo biomédico dominante.

Palabras clave: Medicina Tradicional China; Acupuntura; Atención Primaria de Salud; Integralidad en Salud; Prevención Cuaternaria.

Introdução

A medicina tradicional chinesa (MTC) é um sistema médico complexo considerado por Luz e Barros¹ uma racionalidade médica vitalista. Ela teve sua oferta mais incentivada no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2006, com a Política Nacional de Práticas (PNPIC)². Suas técnicas de cuidado (principalmente acupuntura, auriculoterapia e práticas corporais) são as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) mais realizadas atualmente no SUS³.

A MTC configura-se como um campo de saberes e técnicas que, ao mobilizar noções como o Qi, o yin-yang e os cinco movimentos, permite produzir interpretações clínicas singulares e sustentar um raciocínio diagnóstico-terapêutico específico, de base vitalista, que orienta o cuidado. O propósito central do diagnóstico na MTC é reconhecer de que modo a vitalidade (Qi) se desequilibrou ou perdeu sua harmonia⁴, para que em um momento seguinte, o tratamento possa auxiliar em sua recuperação.

De modo geral, os pressupostos da MTC distinguem-se do sistema hegemônico em saúde - a biomedicina - por diversos aspectos: recusam a fragmentação do indivíduo; priorizam intervenções leves, orientadas a estimular a capacidade de autorregulação do corpo em vez de suprimir sintomas; e conferem centralidade a sinais e sintomas pouco explorados ou invisibilizados pela abordagem biomédica, entre outros. Tais diferenças decorrem do fato de que essa racionalidade médica se assenta em matriz epistemológica distintas quanto às concepções de saúde e doença.

Ao centrar-se em vários aspectos da complexidade individual do usuário, a MTC permite aos profissionais que a praticam uma abordagem integradora do ser humano e suas relações com o meio em que vive⁵. Além disso, a MTC pode contribuir para o

autoconhecimento, autopercepção e aprendizado do autocuidado, incentivando a participação ativa do usuário⁶. Alguns estudos discutem (na teoria⁷, em pesquisas clínicas⁸ e institucionais nas realidades dos serviços do SUS^{9,10,11}) os potenciais da MTC para o cuidado, mas poucos investigaram suas contribuições especificamente para uma maior integralidade e como recurso de prevenção quaternária.

A integralidade, princípio normativo e organizativo SUS, orienta uma compreensão multidimensional dos processos de saúde-doença nos planos individual e coletivo. O conceito comporta distintos significados; entre eles, a integralidade do cuidado clínico individual, que exige dos profissionais uma abordagem capaz de apreender a complexidade dos adoecimentos dos usuários, seus múltiplos determinantes e as correspondentes estratégias diagnósticas e terapêuticas sob uma perspectiva ampliada¹².

Porém, observa-se uma forte tendência à não realização dessa clínica ampliada. Em razão da hegemonia dos cuidados biomédicos e de seus crescentes avanços tecnológicos, a prática clínica cotidiana é frequentemente tensionada por diretrizes e condutas que favorecem a fragmentação do cuidado, o excesso de intervenções e a produção de iatrogenias¹³. Neste contexto, a prevenção quaternária (P4) apresenta-se como orientação ética voltada à mitigação de danos, ao propor maior prudência diagnóstica e terapêutica¹⁴. A P4 consiste na identificação de indivíduos sob risco de tratamento excessivo, com a finalidade de protegê-los de intervenções médicas desnecessárias e de lhes oferecer alternativas clinicamente pertinentes e eticamente aceitáveis¹⁵. Nessa perspectiva, a P4 também significa a contenção do excesso de medicalização derivada da atividade clínica. Ademais, a oferta de PICS pode operar como estratégia de auxílio no manejo dessa tendência, em consonância com a P4. Esta contribuição se dá, em parte, por conta de que as PICS adicionam cuidados de outras racionalidades médicas (adiante abordados) no cuidado em saúde do SUS¹⁶, incluindo a MTC.

A integralidade do cuidado e a P4 em sua relação com o uso de técnicas da MTC no SUS foram objetos centrais desta pesquisa. O interesse público pela MTC decorre, entre outros motivos, da busca por alternativas a tratamentos pouco resolutivos pela biomedicina, do manejo de condições crônicas complexas, da redução de danos e da valorização de práticas que integrem dimensões corporais, psíquicas e sociais do sofrimento¹⁷. O objetivo desta pesquisa foi investigar como saberes e técnicas da MTC contribuem para a integralidade no cuidado e para a P4 em serviços do SUS. Tomamos como base entrevistas com profissionais que atuam com MTC no SUS de Florianópolis.

Metodologia

Trata-se de estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa¹⁸. Realizou-se entrevistas semi-estruturadas¹⁹ com profissionais atuantes com uma ou mais técnicas de MTC no SUS. As entrevistas foram realizadas por uma pesquisadora graduada em fisioterapia e pós graduada em acupuntura, no exercício da profissão de acupunturista, por meio de atividades assistenciais (atendimentos) e docência prévia na área em curso privado. O período de coleta deu-se entre julho de 2024 e julho de 2025 na atenção primária à saúde e no ambulatório especializado em acupuntura da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/Campus Trindade) e do município de Florianópolis.

Iniciou-se os convites para a participação na pesquisa a partir de uma listagem de profissionais praticantes de alguma modalidade de MTC fornecida pela Comissão de Práticas Integrativas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, alguns dos quais foram convidados pela conveniência de facilidade de contato. Posteriormente outros foram convidados por meio do método *snowball*²⁰. Optou-se por incluir preferencialmente profissionais especialistas em MTC, por se entender que estes dariam maior contribuição para a pesquisa por sua maior expertise em alguma prática da MTC. Usou-se para delimitar o universo amostral o critério de saturação teórica. O critério de saturação foi considerado atingido quando a pesquisadora percebeu que as informações trazidas pelos novos participantes não agregavam novas informações ao estudo, esse momento foi direcionado por observações de análise preliminar até culminar na ausência de novos códigos substantivos. Para esta pesquisa, foram realizadas 29 entrevistas.

As entrevistas foram realizadas nos próprios ambientes de trabalho dos profissionais, em meio aos atendimentos ou logo após o expediente. Tiveram um tempo médio de 20 à 40 minutos. Esta pesquisa respeitou os aspectos éticos, conforme a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pela resolução CAAE 82651324500000121, parecer 7200453 do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Após a transcrição, os dados foram submetidos à análise temática²¹. Inicialmente, foram realizadas repetidas leituras, a fim de localizar trechos com similaridade semântica e encontrar padrões no significado dos dados; como ideias repetidas, tópicos ou formas de expressão. Então, foi realizada a classificação de temas e subtemas de interesse da pesquisa sem descartar temas emergentes no decorrer do processo, além dos dois focos ‘macrotemáticos’ da pesquisa: a integralidade e a P4. Este artigo contemplou os critérios do *Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). Os nomes citados são fictícios.

Resultados e discussão

Foram entrevistadas 29 pessoas, formando um grupo multi-profissional de atuantes com MTC no SUS: 14 médicos, 2 residentes de medicina de família e comunidade, 7 enfermeiros, 3 residentes de enfermagem da residência multiprofissional em saúde da família, 2 educadores físicos e 01 dentista.

A acupuntura foi a técnica mais utilizada entre os entrevistados, 12 deles utilizavam apenas essa técnica. Depois foi a auriculoterapia, utilizada por 10 entrevistados como técnica solo. Além disso, alguns profissionais relataram utilizar mais de uma técnica.

Dos entrevistados, pôde-se identificar ao todo 14 especialistas e 15 não-especialistas (lembrando que houve uma procura maior pela participação de especialistas para a realização da pesquisa, dando prioridade para a participação destes). Dos 14 especialistas, apenas 2 fizeram especialização em instituições públicas. Sendo médicos, cursaram a residência em acupuntura oferecida apenas para médicos. O restante dos especialistas, médicos e não médicos especializaram-se no setor privado. No caso dos especialistas não médicos vale dizer que a única opção de especialização é no sistema privado. Os 15 não-especialistas fizeram cursos introdutórios de acupuntura (municipal) e auriculoterapia (da UFSC), do SUS. Alguns fizeram cursos privados (Lian Gong).

Motivos de procura pela MTC

Identificou-se três principais motivos para a procura pelo conhecimento/prática da MTC. O primeiro e mais recorrente foi o descontentamento com a biomedicina. As questões referentes a este tema envolviam o reconhecimento dos seus limites: o reducionismo biológico; a fragmentação do indivíduo; a padronização excessiva que não propicia um diagnóstico individualizado; exames e tratamentos invasivos utilizados desnecessariamente; efeitos adversos comuns; entre outros.

A separação entre mente e corpo, uma das características da abordagem biomédica, é vista por Thiago como uma "cisão artificial" e representa, segundo ele, uma das principais causas de diagnósticos imprecisos e tratamentos potencialmente prejudiciais. Alguns apontamentos dos entrevistados sobre este tema convergem com Menéndez, quando este argumenta que a biomedicina constrói a doença como um processo localizado em partes isoladas do corpo, privilegiando a anatomia sobre a totalidade do ser humano²². Essa fragmentação, segundo o autor, foi historicamente necessária para o desenvolvimento técnico

da medicina, mas essa influência acabou se solidificando como parte da principal forma válida de cuidado.

O segundo motivo apontado foi a vontade de variar os modos de tratamentos oferecidos, como exemplificou Pedro: “queria aumentar a minha maleta de médico [...] sentia frieza na técnica (referindo se à biomedicina) [...] no limite da alopatia começa muita iatrogenia”.

Já o terceiro motivo apontado pelos entrevistados para a adoção da MTC foi a vivência pessoal com alguma das suas práticas. Aqueles que tiveram a oportunidade de recebê-las em algum momento de suas vidas relataram experiências positivas no sentido de melhora de suas queixas.

Eu tive excelentes resultados com a auriculoterapia, recebendo a prática, sendo usuária desse serviço, e aí comecei a fazer o curso e fui ajudando a ofertar no serviço (Luana).

Buscar uma ferramenta e voltar com a maleta cheia

Após o contato com alguma técnica da MTC, os entrevistados relataram, em unanimidade, terem sido surpreendidos pelo alcance das possibilidades dessa racionalidade médica. Para Paulo, o contato com a MTC retomou o entusiasmo pela credibilidade do cuidado que relatou ter sido abalada pelos anos de exercício profissional na biomedicina. O entrevistado comenta que ao trabalhar sentia a necessidade de ter mais uma ferramenta para “enfrentar as queixas” dos pacientes na atenção primária, referindo-se principalmente às queixas de dor e problemas crônicos.

E aí, quando eu comecei a estudar medicina chinesa ou acupuntura, comecei a me interessar novamente por estudar anatomia, estudar neurofisiologia, estudar principalmente a parte da relação do sistema nervoso [...] assim, eu posso dizer que a medicina chinesa, por incrível que pareça, ela me devolveu a medicina (Paulo).

A maioria dos entrevistados não tinha ideia da abrangência do cuidado com a MTC e da complexidade de um diagnóstico elaborado segundo essa racionalidade médica antes de estudar alguma de suas técnicas. Alguns entrevistados, mesmo após a especialização ou capacitação, admitiram estar em um patamar básico desse conhecimento. O que não os impediu de constatarem que, após terem conhecido e estudado a MTC, reconhecem-se mais atentos e aptos a lidar com desconfortos de saúde pouco ou indevidamente contemplados pelo

tratamento biomédico.

Busquei acupuntura por uma necessidade de ter uma ferramenta para auxiliar o meu manejo de pacientes na atenção básica. Só que quando eu comecei a entrar em contato com a acupuntura, veio a medicina chinesa e transformou completamente a minha visão. Eu não esperava. Eu fui atrás da ferramenta, mas o que me foi revelado foi um outro modo [de pensar saúde/doença]. Isso mudou a minha vida. [...] Mudou a forma como eu pratico a medicina, a forma como eu converso com os pacientes, a forma como eu os oriento. Às vezes, tu buscas uma ferramenta [...] mas quando, na verdade, muda as tuas crenças e os teus valores (João).

[...] eu tive uma paciente jovem, com dor abdominal, não descobria a causa, excluí as causas mais graves [...] (depois da acupuntura) ela ficou super bem, ela deve ter feito umas sete sessões. Então, eu gosto muito de utilizar para esses casos. O que fazer quando a nossa medicina, a biomedicina tem pouco a oferecer. Eu acho que é uma das situações que a acupuntura contribui mais (Thiago).

Os profissionais que se aproximaram mais da MTC e incorporaram suas técnicas na prática clínica relataram ter dado um passo além, afirmando que modificaram sua compreensão do adoecimento, orientando-a para uma visão mais integral do ser. Nishida et al.³⁴, ao comparar uma onda às disfunções de saúde do ponto de vista oriental, explica que, a onda que é vista pelo observador na praia, apresenta-se semiexposta exibindo apenas sua crista, e a compara à fase aguda das enfermidades. Enquanto isso, o ventre e a base (causas e algumas consequências surdas dessas enfermidades) encontram-se por debaixo d'água e podem permanecer fora do campo de um observador menos atento. Ao abordar essa visão ampliada, os autores chamam a atenção para a arte de observar os bloqueios e restaurar o fluxo da vitalidade, indicando ser este o caminho para recuperar a saúde.

Em contribuição ao tema, e ainda abordando a interpretação do adoecimento em diferentes contextos, Kleinman¹⁷ compara patologia (*disease*) e enfermidade/sentir-se mal (*illness*). A patologia, no modelo biomédico ocidental, é o resultado de alterações ou falhas nos processos biológicos do indivíduo. A enfermidade (*illness*) corresponde à vivência de estar doente, se expressa nas percepções e reações subjetivas, nas relações interpessoais e nos significados atribuídos ao sofrimento, sempre situados em contextos sociais e culturais. O problema é que a biomedicina coloca sobre o médico a responsabilidade de 'traduzir' esse sofrimento em termos técnicos (*disease*) e oferecer uma solução, ainda que limitada. Balint destaca que, nessa 'tradução', os médicos tendem a priorizar a patologia, enquanto os pacientes falam de seus mal-estares nas consultas²³. Essa diferença gera desencontros que

culminam em má interpretação, problemas comunicacionais, insegurança das duas partes, frieza e distanciamento entre o profissional e o usuário. O autor afirma que há um “conluio no anonimato” em casos de doentes multimórbidos tratados de patologias simultaneamente por vários especialistas, os quais tratam cada uma delas de sua perspectiva, mas ninguém trata do paciente como um todo. Esse fenômeno remete diretamente ao debate sobre integralidade e à limitada e precária possibilidade de se atingi-la no cuidado convencional por meio da soma de abordagens de vários especialistas médicos e não médicos. Isso pode ser atenuado por trabalho colaborativo interprofissional (raro), mas dificilmente é superado.

MTC e Integralidade

Como destaca Menéndez²², o modelo biomédico tende a excluir de seus diagnósticos e tratamentos um conjunto significativo de padecimentos. Esse fato leva as pessoas a recorrerem a outras práticas em busca de soluções. No modelo médico hegemônico (biomédico), o processo saúde/doença é entendido quase exclusivamente em termos biológicos. Ou seja: o foco está nas alterações orgânicas e fisiológicas, como se toda doença ou sofrimento pudesse ser reduzido a um mau funcionamento do corpo. Isso significa que outros aspectos do adoecer — como fatores sociais, emocionais, culturais e relacionais — não são parte central da abordagem. O paciente é visto como uma máquina que precisa ser consertada²². Com a ascensão das doenças crônicas e da ‘medicina de vigilância’²⁴, houve a individualização dos fatores de risco, que se radicam tanto no corpo como no comportamento, hipervalorizando a prevenção e uma vigilância constante comportamental. Agora as doenças e os fatores de risco são os focos de atuação da biomedicina.

Luz²⁵ argumenta que cada racionalidade médica define seus próprios critérios de diagnóstico, de modo que situações que permanecem invisíveis para a biomedicina podem ser reconhecidas e tratadas em outras tradições. Essa exclusão não é apenas epistemológica, mas também social, uma vez que tende a deslegitimar os saberes populares e tradicionais, contribuindo para a marginalização de práticas que poderiam ampliar as possibilidades terapêuticas disponíveis à população.

Esse reconhecimento conduz os profissionais a ampliar a interpretação e o cuidado em torno de dimensões pouco exploradas pela prática biomédica, mas frequentemente evocadas e valorizadas em conceitos como o de integralidade. Uma abordagem integral pressupõe a construção de projetos terapêuticos individualizados, formulados a partir do diálogo e da escuta atenta do outro¹². De modo convergente, Maciocia⁴ destaca que a anamnese detalhada,

a escuta cuidadosa e a atenção às sutilezas do relato do paciente constituem requisitos essenciais para a formulação de um bom diagnóstico pela MTC. Tesser²⁶ enfatiza a importância da escuta clínica ampliada no SUS, salientando que práticas integrativas, como a acupuntura, somente cumprem seu papel na direção da integralidade quando há tempo e condições adequadas para que o paciente seja efetivamente ouvido.

Talita relata que, na atenção primária, recebe frequentemente pessoas insatisfeitas com queixas antigas, de tratamentos biomédicos anteriores. Nesse contexto, a adesão a práticas como acupuntura e auriculoterapia foi expressiva. A entrevistada complementa que presencia casos em que o paciente não quer mais tomar medicação ou desenvolve intolerâncias e alergias por conta da medicação contínua. Esse é um dos fatores que também explicam a adesão aos tratamentos da MTC.

Para Talita, quando o usuário vivencia uma experiência positiva ao tratar determinado problema de saúde com a MTC, tende a desenvolver preferência por essas práticas menos intervencionistas também para lidar com outros desconfortos. Inclusive, ela reconhece este fato como um problema da logística de oferta das práticas de MTC nos postos: “um problema que a gente está tendo no nosso grupo, [de auriculoterapia] as pessoas não querem sair”. Para essa profissional, essa RM representa uma importante ferramenta na atenção primária, justamente por estar alinhada ao objetivo desse nível de cuidado: olhar o paciente de forma integral.

Porém, a realidade da implementação de técnicas da MTC no SUS não está necessariamente seguindo essa lógica de ampliação do cuidado. Como mostrado no estudo de Zapelini, et al.²⁷, as PICS ainda contam com recursos limitados para seu financiamento. Além disso, são oriundas de outras racionalidades médicas e passam por um intenso processo de adaptação à lógica biomédica (aspecto retomado mais adiante); mesmo que a motivação de inserir PICS seja relacionada à integralidade, pois elas ampliam o olhar do profissional que presta o atendimento, vislumbrando outros cuidados para os seus sofrimentos.

A influência científica ocidental na institucionalização dessas técnicas, com destaque para a acupuntura - por ser a técnica mais popular e a mais aceita pelos médicos - tem levado a uma abordagem híbrida das mesmas. Isso, por sua vez, impõe limites ao reconhecimento de todos os seus potenciais para a integralidade, já que perdem parte da sua filosofia (a qual orienta os modos de praticar) e, por consequência, altera o seu *modus operandi*. Com isso, principalmente na acupuntura, apesar da vasta produção científica existente, sua aplicação, na maioria das vezes, tende a reduzir-se à analgesia ou a outros tratamentos sintomáticos, deixando em segundo plano a dimensão integral do ser e suas relações com o meio em que

vive.

Luana trabalhou por vários anos em um centro de saúde exclusivamente de práticas integrativas em outro município e conta: “Não tinha um captopril. Então, era algo que eu, totalmente alopática, entrando num serviço desses, assim, me surpreendi muito de ver o quanto que a gente conseguia atender os usuários com as mesmas crises (por exemplo, hipertensiva) que chegavam no centro de saúde, só com o tratamento das práticas integrativas”. Algumas práticas integrativas, principalmente as mais antigas e de cunho vitalista – sobretudo as racionalidades médicas -, envolvem abordagens que buscam estimular os meios naturais de prevenção de adoecimentos e recuperação da saúde por meio de práticas seguras (pouco invasivas), com foco na escuta atenta e acolhedora, no desenvolvimento do vínculo entre o profissional da saúde e o usuário e, também, na integralidade do cuidado. Outro ponto importante é a visão ampliada do processo saúde-doença que normalmente estimula o empoderamento do usuário por meio do autocuidado²⁸.

Medicina tradicional chinesa e prevenção quaternária

A MTC adota o princípio da individualização terapêutica, segundo o qual cada intervenção é planejada de acordo com o diagnóstico (conforme a MTC) da pessoa no momento²⁹. Desse modo, duas pessoas que compartilham o mesmo diagnóstico biomédico podem receber tratamentos completamente distintos, pois o foco é o padrão de desequilíbrio que esta pessoa apresenta e não a doença ‘biomédica’ (*disease*) em si. Essa abordagem, em potencial, é um fator de aproximação da MTC com P4, pois favorece uma prática clínica mais direcionada, o que pode contribuir principalmente para a redução de ações desnecessárias (comumente induzidas por uso protocolar de diretrizes clínicas).

Para Thiago, a MTC ajuda a segurar o ímpeto da prescrição medicamentosa incutido precocemente na graduação dos profissionais da saúde. “A gente é treinado para fazer uma prescrição. Tem esse ímpeto, né? E daí, tu tendo a acupuntura como recurso, a tendência é de prescrever menos [...]”. Ele explica que o conhecimento da MTC ajuda a “frear um pouquinho a caneta”. Ademais, a implementação de práticas da MTC no SUS vem contribuir para um outro objetivo ou efeito da P4 - promover autonomia e fomentar a corresponsabilidade do usuário no processo de cuidado (ao reduzir sobremedicalização¹⁶, ao introduzir uma nova abordagem (ou racionalidade médica) que valoriza uma postura mais ativa do usuário:

[...] eles vêm para fazer acupuntura e muitos diminuem o uso de medicamentos que eles já vinham usando antes [...] com certeza mudou muito a minha visão sobre a utilidade dos medicamentos (Paulo).

Berlinguer³⁰ ao falar da limitação moral do poder médico, reconhecendo que “nem tudo o que é tecnicamente possível é humanamente desejável”, propõe uma racionalidade do cuidado voltada à prudência, à escuta e ao respeito mútuo. Maisa contribui para essa perspectiva ética ao descrever o tratamento com a auriculoterapia. Pontua a importância desse espaço relacional entre o profissional e o usuário. Enfatiza que através do modo de aplicação, característico da técnica, “consegue dar uma atenção e um olhar diferente [do biomédico] para o paciente”. Essa também é uma das medidas propostas pela P4 - resgatar a dimensão relacional e ética da prática clínica, ao valorizar a qualidade do encontro entre profissional e usuário¹⁴.

Medicina tradicional chinesa sem vitalismo

Eu acho que a medicina chinesa, tem muitas coisas que a gente não conhece, que é um pouco misterioso, mas tem muitas coisas que a gente vai atualizando e vai trazendo para o nosso conhecimento biomédico [...] mas até onde a gente pode entender, a acupuntura é bastante explicada pela questão do sistema nervoso, né, das terminações nervosas e tudo mais [...] (Paulo).

Fruehalf³¹, ao discorrer sobre as bases teóricas da MTC, deixa claro as adaptações que a medicina clássica chinesa sofreu, principalmente para habitar o ocidente. Entre as entrevistas apareceram algumas constatações sobre essas adaptações nas práticas de MTC ofertadas no SUS. Alguns profissionais, principalmente médicos, em sua maioria, compartilham o pensamento de que o vitalismo se aproxima do misticismo, e quanto mais longe se consegue ficar desse pensamento, maior é o ganho da acupuntura frente ao prestígio da ciência. Estes profissionais, portanto, na tentativa de aproximar a acupuntura/MTC do pensamento científico biomédico, usam uma linguagem mecanicista, biológica, reducionista e respaldada na neurociência, dado o ímpeto de formular padrões reprodutíveis de diagnósticos e propostas de protocolos de tratamento centrados na patologia.

Era internação de hemato. Então, foi bastante interessante usar alguns pontos que tonificam o sangue e ver a resposta no aumento de plaquetas, assim, em questão de uma semana ou duas. Isso foi

bastante importante, para realmente perceber que os efeitos da agulha são fisiológicos (Paulo).

Nesse contexto, os pontos de acupuntura usados para ‘tonificar o sangue’ são usados de forma protocolar e fogem do aspecto vitalista individualizado da MTC. O que se procura é ‘resolver a patologia’ e não, reestabelecer a harmonia do paciente. Porém, apesar de aqui ser um exemplo em que a MTC não é utilizada em seu potencial máximo, os resultados ainda assim mostram-se favoráveis. Para Talita, a MTC apresenta potencial para resolver a maior parte dos casos atendidos na atenção primária. No entanto, sua aplicação efetiva é limitada por alguns motivos. Um deles, já mencionado acima, diz respeito ao conhecimento e aceitação por parte do usuário. Porém, além desse, há barreiras de ordem operacional nos serviços, como o tempo de consulta (insuficiente para a prática da acupuntura), local apropriado para tal, o desconhecimento da equipe acerca dessa racionalidade médica e a organização da agenda, voltada à livre demanda⁶.

No início foi muito difícil fazer as duas coisas, porque eu continuava fazendo biomedicina [...] (depois) teve um período que a gente ficava fazendo as duas coisas juntas, [...] Eu fazia acupuntura, mas eu sabia que o paciente ia me pedir uma medicação, ia me pedir a injeção, ia me pedir um exame. Mas eu já tinha examinado. Então, te dá uma insegurança nesse sentido, assim, do que o paciente esperava de mim, né? Hoje, eu já faço isso há bastante tempo, acabo escolhendo uma coisa ou outra (Talita).

A MTC está amparada por uma longa tradição teórica e empírica, e seu princípio vitalista contrasta com a racionalidade biomédica. A partir de Nogueira³², que discutiu o privilégio epistêmico e social da biomedicina, podemos considerar que a assimetria de reconhecimento e valorização da MTC explica, em grande parte, as dificuldades de sua implementação nos sistemas de saúde ocidentais, mesmo em contextos que atualmente a admitem, como o SUS. Ademais, as barreiras enfrentadas pela MTC não são apenas de ordem técnica ou administrativa, mas expressam uma diferença epistemológica e uma hierarquia de posição política no campo do saber e da prática do cuidado profissional no SUS^{1,32}.

⁶ Pelo menos desde 2019 a SMS de Floripa vem priorizando esquemas de agendamento orientados para o chamado acesso avançado³³, em que a prioridade é agilizar ao máximo o atendimento para que os usuários sejam atendidos assim que precisam do atendimento.

biomédica e pela ótica da medicina chinesa, é possível unir os conhecimentos de maneira

Uma outra maneira de lidar com racionalidades tão diferentes de cuidado foi mencionada por alguns entrevistados: tratar ambas como complementares umas às outras. João explica que é possível fazer um paralelo entre as duas e “usar o melhor dos dois mundos para cuidar do paciente.” Ele constata que após entrar em contato com a literatura das racionalidades médicas que existem diferentes formas de olhar o mesmo problema pela ótica positiva no cuidado.

A pesquisa de Silva e Tesser⁸ investigou a experiência do usuário de Florianópolis com relação ao serviço de acupuntura e os resultados indicaram melhorias significativas em sintomas dolorosos, no bem-estar geral e na redução do uso de medicamentos. A acupuntura mostrou potencial para diminuir a polifarmácia e as iatrogenias, ao atuar de forma mais integral e menos medicalizante. Contudo, conforme ressaltam os autores, tal atuação depende fortemente da postura e da condução do profissional, uma vez que a técnica, por si só, não assegura a promoção de um cuidado desmedicalizante. Os achados deste estudo também indicam que, em muitos casos, os usuários recebem e percebem a acupuntura apenas como mais uma especialidade biomédica, o que restringe seu potencial de promoção da autonomia e do autocuidado, além de dificultar a legitimação da MTC, em seu caráter vitalista, nas esferas social e cultural.

Considerações finais

Os profissionais aderem a técnicas de MTC geralmente após depararem-se com limites concretos/práticos da biomedicina, principalmente no que diz respeito à fragmentação do cuidado e iatrogenias. Apesar de esse ser o principal motivo de incentivo dos profissionais para ofertar as técnicas de MTC, na implementação de tais técnicas no SUS, paradoxalmente, estas precisam sofrer adaptações de modo que as aproximam cada vez mais do sistema biomédico.

Esse contexto, aliado à pressão exercida pela racionalidade biomédica, fazem com que essas técnicas sofram variações na sua ‘tradicionalidade’ e diminuam os seus aspectos vitalistas. Elas geralmente são ofertadas no SUS a partir de uma perspectiva híbrida, situada entre duas racionalidades médicas distintas: a da MTC (vitalista), e a da biomedicina (científica e biomecânica). Esse processo tende a resultar na desvalorização do componente vitalista da MTC e, em alguns casos, conforme apontado nas entrevistas, no abandono quase completo da lógica que fundamenta o cuidado em saúde dessa racionalidade.

Apesar desses desafios na implementação das técnicas de MTC no SUS, os resultados

mostraram que estas mesmas contribuem para a integralidade no cuidado e para a prática da prevenção quaternária. Observou-se que essa contribuição se concretiza mais na APS do que na atenção secundária, visto que se percebeu uma maior predisposição e empenho em prol de um cuidado integral por parte das equipes de saúde de família. Alguns profissionais conseguem construir nos centros de saúde condições para a aplicação da MTC, porém, tendo em vista as dificuldades de implementação, relatam ser isso uma constante luta, um ato de resistência à padronização e massificação do cuidado e à exclusividade das práticas biomédicas.

Observou-se convergências entre as premissas da integralidade e as da MTC. Os resultados mostram que quando o profissional utiliza a MTC no cuidado a saúde, ele tende a priorizar a escuta ampliada e tende a levar em consideração vários aspectos da vida do usuário (biopsicossociais). Ademais parece que as práticas (principalmente auriculoterapia e acupuntura) facilitam e reforçam o vínculo profissional-usuário, por necessitarem de tempo e do toque para serem realizadas.

Sobre a P4, pode-se confirmar a hipótese de que a MTC contribui para a sua promoção por diferentes motivos. Segundo as entrevistas, os profissionais que utilizam a MTC tendem a compreender o processo de saúde/doença de maneira a preservar o estado de saúde e exploram mais tecnologias leves, além de terem mais opções terapêuticas para o cuidado. Por conta disso, tendem a diminuir a intensidade da medicalização, prescreverem menos fármacos, utilizam menos intervenções biomédicas e recorrerem menos a exames complementares (em relação a eles mesmos antes de adquirirem alguma expertise em MTC). Além disso, alguns entrevistados relataram estimular, ainda que timidamente, medidas que incentivam o paciente ao autocuidado, nem que seja por meio do maior envolvimento dele com o seu processo de cuidado clínico. Houve um achado parecido na pesquisa de Zapelini et al.²⁷, confluindo também com a P4, em que um dos conjuntos de motivos encontrados para que os profissionais de saúde utilizem as PICS foi a redução da farmacoterapia, ineficiência do modelo atual e a possibilidade de tratar as patologias biomédicas de outra forma.

A maioria dos profissionais, principalmente médicos, procuram explicações biomédicas e aplicam as técnicas da MTC reduzidas aos significados dessas explicações. Tendem a fazer isso mesmo que encontrem resultados positivos que não consigam explicar apenas pelo olhar biomédico. Porém, alguns profissionais conseguem se adaptar, e se permitem criar espaços físicos, na agenda e em meio à grande demanda e ao ambiente inadequado para exercer a MTC em consonância com a sua base vitalista. Por conta da influência e hegemonia da biomedicina, observou-se que, sob a perspectiva dos profissionais

de saúde, as práticas da MTC podem ser facilmente interpretadas apenas como mais uma ferramenta ou recurso pragmático de cuidado. Nas situações em que é usada apenas dessa maneira, sua inserção tende a não contribuir de forma significativa para a ampliação da compreensão do processo saúde/doença. Embora as práticas da MTC possibilitem um olhar diferenciado sobre esse processo, em virtude de sua base vitalista, elas não garantem, por si sós, nem a redução da medicalização (P4) ou o empoderamento dos usuários. Tais efeitos dependem, individualmente, do grau de conhecimento dos profissionais sobre essa racionalidade médica e do seu comprometimento em atuar de modo crítico frente ao modelo biomédico. Dessa forma, a atuação do profissional torna-se elemento central para que se explore o potencial transformador da MTC, de maneira a promover um cuidado em saúde mais integral e menos danoso à saúde.

Há limitações inerentes à amostra analisada e à metodologia adotada. As entrevistas permitem acessar o objeto investigado somente via relato dos profissionais, com possíveis vieses e ausência de acesso direto aos cuidados praticados para controlá-los. A amostra pode não ser representativa e isso limita a generalização dos resultados. Considerou-se que os padrões observados podem refletir a realidade de outras unidades de saúde não investigadas no município e fora dele, embora tal afirmação não possa ser assegurada. Ainda assim, pode-se inferir a partir dos resultados que, mesmo frente aos desafios e limites mencionados, a MTC vem contribuindo para a prática da P4 e para um cuidado mais integral. Há necessidade de novas pesquisas sobre esse tema e sobre a formação em MTC, tendo em vista sua crescente oferta no SUS e a potencialidade desse cuidado. O aprofundamento do conhecimento acerca de como suas técnicas vêm sendo efetivamente realizadas no SUS pode contribuir para uma compreensão mais consistente de suas potencialidades e limitações nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Referências

- 1 Luz MT, Barros NF. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. In: Luz MT, Barros NF, organizadores. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. 2012.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária (SAPS), Departamento de Cuidado Integral (DCI), Núcleo Técnico de Gestão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Relatório de monitoramento nacional das práticas integrativas e complementares em saúde nos

- sistemas de informação em saúde do SUS 2017–2023 [Internet]. [citado 2025 jan 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/2024/relatorio-de-monitoramento-nacional-das-praticas-integrativas-e-complementares-em-saude.pdf/view>
- 4 Maciocia G. Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas. São Paulo: Roca; 1996.
 - 5 Luz MT. Medicina e racionalidade científica: da fundamentação à aplicação. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
 - 6 Mocarzel R, Kornin A, Tesser C, Ferreira AS. Quem pode atuar com acupuntura no Brasil? Saúde Soc [Internet]. 2024;33(2):e230197pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230197pt>
 - 7 Liu H, Li Y, Zheng H, Miao Y, Zhao S, Sun W, et al. Clinical efficacy of traditional Chinese medicine therapy for female stress urinary incontinence: a meta-analysis. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2023;57:e20230153. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0153en>
 - 8 Silva EDC da, Tesser CD. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 Nov;29(11):2186-96. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00159612>
 - 9 Contatore OA, Tesser CD, Barros NF. Acupuntura na Atenção Primária à Saúde: referenciais tradicional e médico-científico na prática cotidiana. Interface (Botucatu). 2022;26:e210654. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.210654>
 - 10 Sousa LA de, Barros NF de, Pigari JO, Braghetto GT, Karpiuck LB, Pereira MJB. Acupuntura no Sistema Único de Saúde: uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2017 Jan;22(1):301-10. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.10342015>
 - 11 Cintra MER, Figueiredo R. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2010 Jan;14(32):139-54. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100012>
 - 12 Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1411-6.
 - 13 Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1975.
 - 14 Jamoulle M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35).
 - 15 World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2). 2003.
 - 16 Tesser, C. D.; Norman, A. H. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares em saúde (I): aproximação fundamental. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2551, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2551. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2551>. Acesso em: 6 ago. 2024.
 - 17 Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
 - 18 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
 - 19 Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Atlas;

- 1992.
- 20 Goodman LA. Snowball sampling. *Ann Math Stat.* 1961;148-70.
- 21 Braun V, Clarke V. *Thematic analysis: a practical guide.* Sage Publishing Ltd; 2021.
- 22 Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003;8(1):185-207.
- 23 Balint M. *The doctor, his patient and the illness.* London: Pitman Medical; 1961.
- 24 Armstrong D. The rise of surveillance medicine. *Sociol Health Illn.* 1995;17(3):393-404.
- 25 Luz D. *Racionalidades médicas: medicina tradicional chinesa.* Rio de Janeiro: IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 72).
- 26 Tesser CD. Racionalidades médicas e integralidade: desafios para a saúde coletiva e o SUS. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora: dez anos do Projeto Integralidade em Saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; Abrasco; 2010. p. 75-98.
- 27 Zapelini R, Gehlen R, Junges R, Roque J, Borges R, Figueiró R. *Concepção de saúde dos profissionais que usam práticas integrativas e complementares no cuidado.* *Physis* [Internet]. 2023 [citado 2024 ago 12]. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333069>
- 28 Tesser CD. Convergências entre prevenção quaternária e promoção da saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020;15(42):2515. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2515](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2515)
- 29 Kaptchuk TJ. *The web that has no weaver: understanding Chinese medicine.* New York: McGraw-Hill; 1983.
- 30 Berlinguer G. *Ética da saúde.* São Paulo: Hucitec; 2000.
- 31 Fruehauf H. *Chinese medicine in crisis: science, politics and the making of TCM.* *J Chin Med.* 1999;6-14.
- 32 Nogueira RP. *A saúde pelo avesso.* Natal: Seminare; 2003a.
- 33 Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* [Internet]. 2003;289(8):1035-40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12597760>
- 34 Nishida M, Simonaga M, Reis M, Abreu W. *Shiatsu MiMa : Aprenda a cuidar do seu corpo.* Florianópolis : DFALL, 2014.

34 Nishida M, Simonaga M, Reis M, Abreu W. Shiatsu MiMa : Aprenda a cuidar do seu corpo. Florianópolis : DFALL, 2014.