



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

EMILIANA DOMINGUES CUNHA DA SILVA

**ACUPUNTURA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE
FLORIANÓPOLIS E MEDICALIZAÇÃO SOCIAL: UM ESTUDO
SOBRE A EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

EMILIANA DOMINGUES CUNHA DA SILVA

**ACUPUNTURA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE
FLORIANÓPOLIS E MEDICALIZAÇÃO SOCIAL: UM ESTUDO
SOBRE A EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS**

Dissertação apresentada no Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva na Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
parcial para a obtenção do Grau de Mestre em
Saúde Coletiva

Orientador: Charles Dalcanale Tesser

**FLORIANÓPOLIS
2012**

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

Silva, Emiliana Rodrigues Cunha da
Acupuntura no Sistema Único de Saúde de Florianópolis e
medicalização social: [dissertação] : um estudo sobre a
experiência dos usuários / Emiliana Rodrigues Cunha da
Silva ; orientador, Charles Dalcanale Tesser -
Florianópolis, SC, 2012.
86 p. ; 21cm

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

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. acupuntura. 3. atenção primária.
4. autocuidado. 5. terapias complementares. I. , Charles
Dalcanale Tesser. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.



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

“Acupuntura no SUS de Florianópolis – SC e medicalização social: um estudo sobre a experiência a dos usuário”.

Emiliana Domingues Cunha da Silva

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas
Públicas em Saúde**

Profa. Dra. Kafem Glazer de Anselmo Peres
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser (Presidente)

Profa. Dra. Marilene Cabral do Nascimento (Membro Externo)

Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Membro Titular)

Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, minha base, em especial aos meus pais: a minha mãe, meu grande exemplo de vida, por seu incentivo, apoio e carinho em todas as horas, e meu pai (*in memoriam*) que de alguma forma sempre esteve presente comigo.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Charles, pela sua generosidade, sabedoria e paciência nas longas horas de orientação durante o decorrer destes dois anos.

Aos meus amigos, que me acompanharam nesta trajetória e sempre torceram por mim.

Agradeço a toda equipe do SUS de Florianópolis pela receptividade e colaboração durante a coleta de dados, em especial, aos médicos: Elisa, Renato, Felipe, Patrícia, Ari Moré e César.

Agradeço de forma muito carinhosa aos entrevistados que prontamente aceitaram fazer parte desta pesquisa e que, ao longo de nossas conversas, me permitiram conhecer um pouco de suas trajetórias de vidas, sofrimentos, alegrias, aprendizados, etc.

Aos meus colegas e professores de mestrado, pelo agradável convívio durante este período dentro e fora da sala de aula.

Na busca por um sistema de saúde mais humano e solidário, posso até pensar como algo utópico.

Mas afinal, o que é utopia?

“...Ela está no horizonte. Caminho dois passos, ela se afasta dois passos; me acerco mais dez passos e ela se afasta outros dez passos mais.

Por muito que eu caminhe, nunca lha alcançarei. Para que serve, então, a utopia? Para isso ela me serve: para eu caminhar!”

(Galeano).

RESUMO

A acupuntura tem ganhado cada vez mais aceitação no ocidente e no SUS. Face ao atual processo de medicalização social, é relevante estudar sua relação com os usuários, analisando o quanto das virtudes a ela atribuídas (cuidado ampliado e centrado no paciente, estímulo ao potencial de autocura, etc) se concretizam, enriquecendo o tratamento. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 30 pacientes da atenção primária (APS) e secundária do SUS de Florianópolis-SC. A maioria relatou melhora de seus quadros álgicos e diminuição do uso de medicamentos, assim como outros aspectos como qualidade no sono, maior disposição, maior estabilidade emocional, etc. Foram percebidos relevantes resultados terapêuticos, mas com poucas mudanças nos significados dos problemas e autocuidados nos usuários. Nas APS foram mais estimuladas outras práticas como a automassagem, dieta, meditação, etc. Na maioria dos entrevistados, observou-se um cuidado mais ampliado e menos iatrogênico, embora as relações com o tratamento não tenham diferido tanto em relação a outras especialidades e técnicas biomédicas.

Palavras-chave: acupuntura, autocuidado, atenção primária, terapias complementares

ABSTRACT

Acupuncture has gained increasing acceptance in the west and the SUS. According the current process of social medicalization, it is important to study their relationship with users, analyzing how the virtues attributed to it (carefully expanded and focused on the patient, encouraging self-healing potential, etc.) are met, enriching treatment. We conducted semi-structured interviews with 30 patients of SUS's primary care and secondary care of Florianópolis-SC. Most reported improvement of their pain conditions and decreased use of medications, as well as improvement in other aspects such as quality of sleep, more willing, more emotional stability, etc. Relevant therapeutic results and few changes in the meanings of self-care problems and the users were perceived. Primary care was more stimulated other practices such as self-massage, diet, meditation, etc.. In the majority of respondents noted caution is more extended and less iatrogenic, although relations with the treatment did not differ in relation to other specialties and biomedical techniques.

Key-words: acupuncture, self-care, primary care, complementary therapies

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

AS – Atenção Secundária

ESF – Estratégia Saúde da Família

HU – Hospital Universitário

IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

MAC – Medicina Alternativa e Complementar

MTC – Medicina Tradicional e Chinesa

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

PNH – Política Nacional de Humanização

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

SC – Santa Catarina

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Tratamento com acupuntura em pacientes do SUS e a medicalização social..... **25**
- Figura 2** - Símbolo que ilustra *Yin* e *Yang* em constante movimento. .. **30**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características <i>Yin</i> e <i>Yang</i>	31
Quadro 2 – Local em que foram realizadas as entrevistas e número de pacientes entrevistados	47

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	15
LISTA DE FIGURAS.....	17
LISTA DE QUADROS.....	19
1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS.....	29
3.1 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E ACUPUNTURA.....	29
3.2 A ACUPUNTURA E A DOR	35
3.3 SOBRE A MEDICALIZAÇÃO SOCIAL	38
4 MÉTODO.....	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
REFERÊNCIAS	51
7 APÊNDICES.....	59
8 ARTIGO CIENTÍFICO.....	65

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetivou investigar e discutir o uso da acupuntura no Sistema Único de Saúde (SUS) à luz do contexto da medicalização social. A acupuntura é uma terapêutica pertencente à Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e tem ganhado, nas últimas décadas, popularidade e aceitação no ocidente (LUZ, 2012). Essa medicina possui uma fundamentação e características distintas da biomedicina, englobando uma série de outras práticas, como: meditação, fitoterapia, massagens, práticas corporais, dieta, etc. A acupuntura é a terapêutica da MTC mais popular e oficialmente reconhecida no SUS e na sociedade brasileira por várias profissões na área da saúde. Atualmente, a sua prática vem ganhando cada vez mais adeptos e sua oferta no SUS tem se ampliado (BRASIL, 2006; SANTOS et al., 2009). Existem muitas pesquisas científicas comprovando sua eficácia no tratamento de diversas patologias. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a recomenda e reuniu no documento “*Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials*” (OMS, 2002) uma série de artigos, publicados nas últimas décadas, que mostram a eficácia e segurança do uso desta técnica. A partir deste material, ela referendou a sua indicação, de forma isolada ou como coadjuvante, no tratamento de diversos problemas de saúde.

Ela é muito reconhecida pelo seu êxito no tratamento da dor, a qual é um dos maiores motivos de procura e encaminhamento para acupuntura no ocidente. Segundo estudos, esta técnica obtém tanto resultado quando comparada ao tratamento com medicamentos opioides, pelo seu potencial analgésico (OMS, 2002). A dor causa ao indivíduo muitos transtornos e desperta a necessidade de procura de serviços médicos e farmacológicos. Somente nos Estados Unidos, pacientes com dores crônicas acarretam perdas anuais de 550 milhões de dias de trabalho e investimentos de US\$ 150 bilhões/ano com tratamentos (IASP, 2010).

No mundo contemporâneo, em que o processo de medicalização vem se acentuando, a dor e o adoecimento são focos de inúmeras intervenções, que vão desde exames para o seu diagnóstico até tratamentos farmacológicos e cirúrgicos; sem, muitas vezes, obter boa efetividade e gerando insatisfação aos usuários.

O processo de medicalização social, sinteticamente, consiste na transformação progressiva de vivências e sofrimentos antes administrados pelas pessoas por meio de seus próprios recursos

pessoais, culturais e sociais em problemas médicos ou profissionais. Está relacionada à expansão tecnológica e social da biomedicina, à mercantilização dos cuidados à saúde, à propaganda midiática de tecnologias biomédicas e à expansão do chamado complexo médico-industrial (CONRAD, 2007; ILLICH, 1975).

A medicalização interfere culturalmente nas populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso resulta num consumo abusivo dos serviços médicos, notadamente de procedimentos diagnósticos e terapêuticos (quimioterapia e cirurgia) gerando dependência excessiva de tecnologias biomédicas (TESSER, 2008). Para Illich (1975), a medicalização social vem anestesiando a sociedade e as pessoas: “toda dor se apresenta logo como resultado de uma tecnologia faltosa, de legislação injusta ou de ausência de medicina analgésica”. Para o autor, “só a dor assumida como responsabilidade de sua vida a faz experiência pessoal, enfrentada de maneira autônoma, experiência cotidiana e comum, nem histriônica, nem heroica; pessoal e não artificial e individualista” (ILLICH, 1975, p. 128).

A acupuntura sobreviveu ao longo dos séculos. Originária da China, há cerca de 5000 a.C., se expandiu por todo o oriente. No século XVII, chegou à Europa e depois se dissipou para o resto do mundo. É parte de uma medicina holística, vitalista, que enxerga o indivíduo em sua complexidade, mais centrada no indivíduo do que na patologia, observando vários aspectos da relação do ser consigo e com seu meio (o local onde vive, as emoções, as relações interpessoais, a alimentação, etc.), em que todos estes aspectos poderão influenciar em seu equilíbrio interno (equivalente ao processo saúde/doença na visão biomédica) (LUZ, 1993; PÉREZ 2006). Assim, ela, por hipótese, pode ser um recurso menos medicalizante, podendo contribuir para uma melhor relação dos pacientes com seus problemas de saúde e sofrimentos e enriquecer o seu potencial de autocuidado (TESSER, 2008).

O foco deste estudo foi investigar o quanto e como essa hipótese se sustenta nas práticas de acupuntura do SUS de Florianópolis. A figura 1 abaixo esboça o objetivo do presente estudo no qual serão investigadas as experiências de pacientes no SUS submetidos ao tratamento com acupuntura, que serão analisadas e discutidas à luz da medicalização social, em sua dimensão microssocial e de (re)construção na relação de cuidado (terapeuta-paciente).



Figura 1 - Tratamento com acupuntura em pacientes do SUS e a medicalização social

As perguntas que nortearam a pesquisa foram: a acupuntura tem atuado no SUS de Florianópolis no sentido do fomento de uma abordagem ampliada e holística dos problemas de saúde? Como tem influenciado a experiência dos usuários e seu autocuidado? Tem propiciado um cuidado com caráter menos medicalizante (conforme melhor especificado no tópico a seguir)?

2 OBJETIVOS

Analisar a experiência do tratamento da acupuntura na percepção dos usuários do SUS do município de Florianópolis-SC na atenção primária e atenção secundária e analisar como ele se insere no cuidado a esses pacientes sob à luz da medicalização social.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 - Caracterizar o grupo de pacientes investigados quanto ao sexo, idade, renda mensal, escolaridade e motivo de encaminhamento para acupuntura;

2 - Analisar as percepções dos pacientes sobre eficácia percebida, redução da dor, orientações recebidas, autocuidado, manejo de seus problemas e a possível diminuição da quantidade de medicamentos utilizados pelos entrevistados;

3 - Investigar o modelo explicativo do doente sobre o seu problema e possíveis mudanças nas suas compreensões ao longo do seu adoecimento e tratamento antes e após o uso da acupuntura e se possível, identificar possíveis influências desta neste modelo.

3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

3.1 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E ACUPUNTURA

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) fundamenta-se numa estrutura teórica sistemática e abrangente, tendo como base o reconhecimento de relações e padrões que orientam o funcionamento do organismo humano e a interação com o ambiente, segundo os ciclos da natureza. Procura aplicar esta abordagem tanto ao tratamento das doenças quanto à manutenção da saúde por meio de diversos métodos.

Os primeiros registros históricos da acupuntura datam de aproximadamente 4000 a.C. e do registro das conversas entre o imperador Huang Di e seus ministros surge, em 300 a.C., o primeiro livro de MTC chamado *Nei Jing - O Clássico do Imperador Amarelo* - que contém a base “filosófica”, do diagnóstico da MTC e do tratamento por meio de agulhas e moxa, derivada da tradição taoísta daquele país.

Essa medicina vem se formando continuamente ao longo da história. Com a revolução comunista na China, após uma inicial perseguição aos representantes dessa medicina tradicional, identificados então com o antigo regime, houve uma retomada da medicina tradicional que constituiu o que hoje é conhecido como MTC, mas já com uma significativa ocidentalização e cientificização do saber (MORAES, 2007). De acordo com Luz (2012), na MTC “paradigmas anteriores não são eliminados ou “superados”, mas passam a *orbitar* as ideias mais recentes, guardando maior ou menor distância de acordo com o grau de ruptura com estas ou, ainda, segundo a agenda política do momento” (LUZ, 2012, p. 103).

Em todo caso, a MTC vem sendo apontada como uma das mais procuradas alternativas aos tratamentos da medicina convencional (LUZ, 2012). A acupuntura é uma das modalidades terapêuticas que mais se destaca. No oriente, é denominada *Zhen Jiu Fa* que significa “o método das agulhas e da moxa”, sendo esta última a aplicação de calor derivado da queima de uma erva seca (*Artemisia vulgaris*) também utilizada no tratamento, conjuntamente com as agulhas (LUZ, 2012; PÉREZ, 2006). No ocidente, a técnica recebeu este nome devido aos jesuítas franceses que no século XVII foram em missão científica à China e observaram uma técnica de tratamento diferente, denominando-a de “acupuntura”, que no latim significa: *Acus* = agulha e *Punctura* = picar.

A acupuntura, como parte da MTC, baseia-se em ideias taoístas e

energéticas, que colocam o indivíduo como um ser integrante e conectado com o universo, constituído por um conjunto de energias provenientes do céu e da terra, que devem estar em equilíbrio. As manifestações mórbidas se apresentam quando este equilíbrio é prejudicado. Em relação aos conceitos energéticos, a MTC parte da percepção de que existe uma “substância” que se chama *Chi* ou *Qi*, que está presente no universo como um todo, podendo o *Chi* se tornar matéria pela sua condensação ou energia ao se dissipar, ou seja, para a MTC tudo é derivado do *Chi*. A noção de *Chi* está ligada a outras noções, como o Tao. Uma das características principais do Tao¹ é a natureza cíclica de seu movimento e sua mudança incessante. Essa idéia é a que todos os acontecimentos na natureza apresentam padrões cíclicos de ida e vinda, de expansão e contração.

Os padrões cíclicos receberam uma estrutura precisa com a introdução dos opostos polares complementares *Yin* e *Yang*. Todas as manifestações do Tao são geradas pela interrelação dinâmica dessas duas forças polares, que se geram mutuamente.



Figura 2 – Símbolo que ilustra *Yin* e *Yang* em constante movimento.

Estes termos significam literalmente: o lado da montanha que fica na sombra (*Yin*) e o lado da montanha que fica virada para o sol (*Yang*). A montanha é a mesma, mas dependendo da hora do dia, pode estar *Yin* ou *Yang*, portanto, possui as duas qualidades: claridade e sombra / noite

¹ “Tao possui várias traduções, sendo algumas delas “caminho”, “via” que evoca a imagem de uma via a seguir, de uma direção a dar à conduta. Faz pensar na conduta mais regular e melhor, do Sábio ou Soberano (...). O Tao é um total constituído por dois aspectos (*Yin* e *Yang*). O Tao não é a soma deles, mas o regulador. Acima das categorias *Yin Yang*, o Tao desempenha o papel de uma categoria suprema, que é a categoria de Poder, Total e Ordem. Como o *Yin* e *Yang*, o Tao é uma categoria concreta; não é um Princípio primordial. Ele rege realmente as articulações de todos os grupos de realidades atuantes, mas sem ser considerado uma substância ou uma força. Exerce o papel de um Poder regulador. Não cria os seres: faz com que eles sejam como são. Rege o ritmo das coisas. Toda realidade é definida por sua posição no Tempo e no Espaço (...)” (GRANET, 1997, p. 203).

e dia.

O livro mais antigo sobre o taoísmo “Tao Te Ching” (TSÉ, 2004) aborda esta relação entre o significado de *Yin/Yang*:

Só temos consciência do belo
 Quando conhecemos o feio.
 Só temos consciência do bom
 Quando conhecemos o mau
 Porquanto o Ser e o Existir
 Se engendram mutuamente
 O fácil e o difícil se completam
 O grande e o pequeno são complementares
 O alto e o baixo formam um todo
 O som e o silêncio formam a harmonia
 O passado e o futuro geram o tempo (...)
 (Tao Te Ching, 2004, p. 30)

O que é animado, em movimento, exterior, ascendente, quente, luminoso, funcional, tudo que corresponde à ação é *Yang*. Em contrapartida, o que está em repouso, tranquilo, interior, descendente, frio, sombrio, material, tudo que corresponde a uma substância (matéria) é *Yin*.

Os adocimentos que possuem características *Yang* são agitadas, fortes, quentes, secas, hiperfuncionantes e agudas. As que possuem características *Yin* são calmas, fracas, frias, úmidas, hipofuncionantes e crônicas.

O quadro abaixo ilustra algumas características *Yin* e algumas características *Yang*:

<i>YIN</i>	<i>YANG</i>
Água	Fogo
Frio	Calor
Noite	Dia
Mulher	Homem
Lua	Sol
Xue (sangue)	Qi (energia)
Baixo	Alto
Sono	Vigília
Diástole	Sístole
Parassimpático	Simpático

Quadro 1 – Características *Yin* e *Yang*

Segundo a MTC, o nosso corpo é constituído por diminutos canais no qual flui o *Chi*, chamados de meridianos. Ao longo destes canais, situam-se os pontos de acupuntura por onde é possível alterar este fluxo de *Chi*. Estes meridianos estão dispostos como uma rede que une o interno ao externo, os órgãos internos à superfície do corpo, os tecidos aos órgãos sensoriais, as emoções aos pensamentos, a terra ao céu (ECKERT, 2002).

A acupuntura se baseia em aplicações de agulhas nos pontos de acupuntura localizados nestes meridianos, no sentido de restabelecer o equilíbrio energético, o *Yin* e *Yang* do indivíduo, através da tonificação em estado de vazio ou sedação em estado de excesso de energia em determinada região ou órgão. Os adoecimentos relacionados ao excesso de *Chi*, que se manifestam sob a forma *Yang*, possuem sintomas de calor como inflamações, dores pungentes e febre, já as manifestações de vazio, que se manifestam sob a forma *Yin*, possuem sintomas de frio, como dores crônicas, sensações de peso na parte inferior do corpo, ptoses, etc.

Esse enfoque sobre a doença acompanha a concepção de que o homem está relacionado com o meio em que vive e este meio tem que estar harmônico (equilíbrio entre *yin* e *yang*), como o local onde mora, a alimentação, as relações interpessoais, sentimentos, entre outros, para se obter uma boa saúde.

Sua “fisiologia” é baseada na existência dos cinco movimentos (água, madeira, fogo, terra e metal), ou cinco manifestações da energia, com características distintas entre eles, e de interrelação, também acoplados ao par *Yin/Yang*. Os órgãos e vísceras também estão inseridos nestes movimentos e as emoções e funções ficam relacionadas de acordo com as características de cada elemento. Ex: o elemento madeira rege os músculos, articulações e tendões, seu órgão relacionado é o fígado e quando este está em desequilíbrio manifesta como emoção a tensão e irritabilidade. Nota-se, portanto, que nesta medicina cada órgão possui uma emoção atrelada a sua função, sendo importante para um diagnóstico adequado em acupuntura levar em conta tantos aspectos físicos, corporais e orgânicos, como aspectos subjetivos do paciente.

Neste ponto percebe-se uma diferença no enfoque da MTC em relação à biomedicina, em que há certa tendência desta a não valorizar tanto os aspectos mais subjetivos, com uma dificuldade de relacionar tais sintomas emocionais com os sintomas físicos.

Em relação a esta concepção podem ser consideradas pelo menos duas correntes de pensamento a nortear o entendimento sobre o processo de adoecimento: 1) a **corrente mecanicista** faz uma analogia do ser

humano com uma máquina, sendo o mesmo produto da soma de vários mecanismos. Esta corrente têm duas bases claras de atuação: a necessidade de estudar a causa da enfermidade como sendo um agente exógeno ao indivíduo ou uma lesão material no interior do corpo físico e a implantação de um método indutivo de pesquisa e conhecimento, mediante o qual se recolhe casos de diferentes tipos e, a partir daí, se procura fazer generalizações globais. Estes princípios levaram a um forte caráter analítico na biomedicina. (PÉREZ, 2006; CAMARGO JR., 2003; CAMARGO JR, 2005). A biomedicina se aprofundou no estudo específico e fragmentado do corpo humano, o que possibilitou uma especialização cada vez mais diversificada, já que o conhecimento das partes podem se estender até o infinito.

2) **A corrente vitalista**, na qual se enquadra a acupuntura, têm as seguintes bases de atuação: considera as doenças como tendo origem predominantemente interna e entende que as causas externas, em sua maioria, não podem agir sem que existam certas predisposições no indivíduo. Estes princípios dão origem a uma abordagem sintética em oposição à biomédica (PÉREZ, 2006). Na medicina vitalista considera-se o ser como um todo integrado (NASCIMENTO, 2012). Há variadas relações interligando partes, aspectos e dimensões do ser humano e é a partir desse entendimento que ela permite estabelecer relações entre sintomas aparentemente sem nenhuma conexão (PÉREZ, 2006; LUZ, 1993).

Na acupuntura, diferentes sintomas podem estar relacionados a uma mesma síndrome e serem tratados da mesma forma, assim como o mesmo sintoma em pessoas diferentes pode estar relacionado a diferentes síndromes que serão tratadas de maneiras distintas (PÉREZ, 2006).

A acupuntura é uma das terapêuticas vitalistas mais populares e aceitas atualmente. Com várias pesquisas científicas para a comprovação de sua eficácia, está cada vez mais difundida e respeitada, inclusive em nosso país, que já a tem como uma prática reconhecida pelos conselhos de diversas profissões da área da saúde (BRASIL(a), 2006).

A OMS, desde pelo menos o fim da década de 1970, tem reconhecido a importância e o valor das chamadas medicinas tradicionais e práticas alternativas e complementares no mundo todo, recomendando aos países que fomentem estudos sobre eficácia e segurança, no sentido da preservação, legitimação e oferecimento das mesmas as suas populações. Em relação às diferentes denominações e usos, vale lembrar que quando se refere às práticas alternativas diz-se

que elas estão sendo utilizadas em substituição a uma prática biomédica. Utilizamos a expressão “práticas complementares” quando são utilizadas juntas com práticas biomédicas e, por fim, usa-se práticas integrativas quando práticas complementares são usadas baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia conjuntamente com práticas biomédicas (NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, 2007).

No Brasil, a integralidade do cuidado, estabelecida como princípio do SUS, é coerente com a oferta de práticas complementares e alternativas e estas têm sido reivindicadas pela sociedade brasileira nos fóruns do SUS, desde pelo menos a VIII Conferência Nacional de Saúde; o que foi reforçado pela edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006. Desde esta época sua oferta no SUS tem se ampliado (Brasil (b), 2006; SANTOS et al 2009).

A prática da acupuntura foi introduzida na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS em 1999, através da Portaria nº 1230/GM (Brasil, 1999), e sua prática reforçada pela Portaria 971, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, que aprovou a PNPIC no SUS.

Este último documento define que sejam integrados abordagens e recursos que busquem estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e de recuperação da saúde, sobretudo, os com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e com a sociedade (BRASIL, 2006a).

Apesar da hegemonia da medicina biomédica, diferentes grupos sociais, em suas diversidades culturais e sociais, acabam procurando outras formas de tratamento. Nota-se, inclusive, uma grande procura, também, nos países desenvolvidos pelas medicinas antigas (OMS 2005). Isso em grande parte pelas frustrações encontradas no atendimento biomédico, que, na maioria das vezes, fica centrada e limitada na patologia e recursos tecnológicos, deixando em segundo plano a relação terapeuta-paciente e desmerecendo outros aspectos relacionados às diferentes áreas da vida do indivíduo que podem estar envolvidas no processo de adoecimento (NASCIMENTO, 2012).

A MTC configura-se como uma racionalidade médica distinta da biomedicina. O termo “racionalidade médica” foi criado por Luz (1993), para estudar sistemas médicos complexos. É uma categoria ideal típica Weberiana que postula que um sistema terapêutico complexo, para ser uma racionalidade médica, possui necessariamente cinco dimensões: 1) uma doutrina médica; 2) uma morfologia; 3) uma dinâmica vital (ou

fisiologia); 4) um sistema de diagnose; 5) uma terapêutica, todas embasadas em uma cosmologia como sexta dimensão subjacente a todas as outras.

A cosmologia refere-se à relação do homem com o universo, a doutrina médica apresenta o estado de saúde e a origem da doença, a morfologia e a dinâmica vital indica a estrutura e o modo de funcionamento do ser humano, o sistema de diagnose apresenta as formas de avaliar estados de saúde e doença e, por fim, a terapêutica, relacionada e específica a cada uma das racionalidades.

Através desta categorização, o grupo de Luz estudou a biomedicina, a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Homeopática, a Medicina Ayurvédica e a Medicina Antroposófica. Esses estudos mostraram que há mais de uma racionalidade médica, colocando em questão o monopólio da racionalidade teórica e terapêutica pretendido pela medicina ocidental.

As Medicinas Alternativas e Complementares e particularmente as racionalidades médicas vitalistas, no seu conjunto, têm sido consideradas mais ricas em possibilidades de significação e ação re-equilibradora, com intervenções menos agressivas, com mais harmonia na relação de cura (terapêuta-doente), mais estímulo para participação ativa do paciente e para buscar melhora ou cura a partir dos potenciais saudáveis e vitais dos próprios enfermos (LEVIN; JONAS. 2001; HELMAN, 2009; NASCIMENTO, 2006).

Como a acupuntura faz parte dessa racionalidade integradora e vitalista da MTC, seu tratamento traz a possibilidade de promover o contato e o aprendizado de novas formas de se pensar o corpo, a saúde e a doença, podendo por hipótese, contribuir no processo de diminuição da medicalização.

3.2 A ACUPUNTURA E A DOR

A acupuntura ganhou muita credibilidade principalmente por seu efeito no alívio da dor (PALMEIRA, 1990).

Para uma exploração prévia do campo de pesquisa, foi enviado um questionário aos acupunturistas do SUS de Florianópolis perguntando quais as queixas mais comuns apresentadas pelos pacientes.

De fato, um dos principais motivos de encaminhamento aos acupunturistas no SUS de Florianópolis, relatados pelos médicos, são

problemas álgicos e, na grande maioria, crônicos.

A função da dor, em geral, é de alerta e, muitas vezes, tem a etiologia incerta. A dor crônica é causa de incapacidades e inabilidades prolongadas. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) preconiza a dor crônica como aquela com duração maior que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente (três episódios em três meses) (MERSKEY, 1994).

A dor foi definida pela IASP como “uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio de suas experiências”. Essa definição sugere a necessidade de ampliar o olhar biomédico biologicista abrangendo e absorvendo o “visível” e o “invisível” impostos pela dor. Segundo Lima e Trad (2008, p. 119): “ela está no corpo, na mente, na história de vida, no cotidiano, no mundo da vida, ou seja, é multidimensional”.

Ela afeta negativamente o *status* físico e mental dos pacientes, com comprometimento da qualidade de vida. Pode estar intimamente associada com fatores emocionais² e, embora a medicina ocidental reconheça a existência da dor “psicossomática” ou “psicogênica”, sua atitude para com a dor orgânica tende, em muitos casos, a não levar em conta elementos sociais, culturais, morais e psicológicos que estão envolvidos muitas vezes, neste quadro (HELMAN, 2009).

Estes elementos vão de encontro com a filosofia biomédica cartesiana, havendo um confronto na clínica pela dificuldade em lidar com estes aspectos “invisíveis”, pois muitas vezes a dor relatada pelos pacientes não pode ser comprovada através dos exames disponíveis. Em um estudo de Lima e Trad (2007), em uma clínica de dor, foi explorado como os profissionais compreendiam, explicavam, organizavam e intervinham na dor, ficando evidenciado, através das entrevistas, esta dificuldade relatada acima: “(...) *não existe nenhum exame que me prove que dói tanto. No entanto quando ele volta na outra consulta ele diz: ‘doutor doía dez, mas agora é cinco’. Quer dizer, você tratou um negócio que você não palpa, não vê, não sente, não examina, uma coisa assim extremamente subjetiva...*” (LIMA; TRAD, 2007, p. 2674).

A quantidade e a qualidade da dor que se sente são determinadas pelas nossas experiências prévias, pela capacidade de entender suas causas e compreender suas consequências. Também a cultura em que

² Pesquisas científicas mostram a relação do aumento da dor com estresse psicológico, aumentando as citocinas inflamatórias (PAIVA et al., 2006).

estamos inseridos tem papel essencial em como se sente e se responde à dor (MELZACK; WALL, 1991 apud PIMENTA; PORTNOI, 1999). De acordo com Sarti (2001), se a dor se constitui culturalmente, é necessário tomar como referência todos os atores na cena: o doente, sua família e os profissionais. Todos atuam numa realidade social, tecendo a trama das relações que fazem da dor uma experiência com um significado a ser buscado. Estando o profissional envolvido no processo, sua abordagem em relação ao paciente, poderá sofrer influências em relação ao significado e manejo da dor por parte deste.

De acordo com Lima e Trad (2008), apesar da dor estar relacionada a vários fatores, as pesquisas biomédicas nesta área direcionam maiores investimentos ao setor farmacêutico, na busca de fármacos potentes e resolutivos. O tratamento ocidental mais comumente utilizado é o uso de analgésicos e antiinflamatórios para o alívio dos sintomas. Isso gera uma grande preocupação, pois os dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) mostram que o uso abusivo de medicamentos apresenta 26% dos casos de intoxicação humana, que são registrados anualmente, e dentre estes medicamentos, os antiinflamatórios se destacam, sendo um dos que mais causam intoxicações em nosso país (SINITOX, 2009).

Por outro lado, em uma pesquisa realizada na Espanha com 225 pacientes com dores crônicas, refratários a tratamento farmacológico e submetidos ao tratamento com acupuntura, notou-se uma redução em uma escala de dor em 60,6% e o consumo de analgésicos em 68,2%, sendo que 11% dos indivíduos apresentavam intolerância aos fármacos e todos que receberam o tratamento com acupuntura não reportaram nenhum efeito adverso ao tratamento (CHAO, 2009).

Sabendo que a terapia a longo prazo com medicamentos para a dor pode causar dependência e inúmeros efeitos adversos e, muitas vezes, insucesso do tratamento, e que a efetividade da acupuntura na analgesia já está bem estabelecida por estudos clínicos (OMS, 2002), esta pode ser uma grande aliada no tratamento da dor crônica, diminuindo a polimedicação e reduzindo as iatrogenias medicamentosas.

Vale ressaltar, também, que a acupuntura pode exercer uma ação benéfica e efetiva para o paciente, pelo fato de sua concepção de saúde estar integrada ao bem-estar físico, mental, social e espiritual, estimulando ações de autonomia relativa, aliado ao papel do profissional no processo de re-orientação das atitudes, crenças e hábitos dos pacientes e valorizando fatores emocionais, espirituais, sociais, entre outros (TESSER, 200).

3.3 SOBRE A MEDICALIZAÇÃO SOCIAL

Medicalização, segundo Conrad (2007), descreve o processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças e desordens. O conceito de medicalização está relacionado à invasão crescente da medicina e seu aparato tecnológico em áreas da vida, experiências e sofrimentos, que vão sendo submetidos a cuidados e estratégias de intervenção cada vez mais invasivas, dominadas por profissionais, experiências estas muitas vezes encaradas e vividas anteriormente com maior autonomia relativa por parte dos indivíduos.

Para Illich (1975), o processo de industrialização e a expansão da biomedicina trouxeram transformações sócio-culturais e políticas negativas, determinantes de um processo crescente, que passou a ser chamado de medicalização social.

A medicalização é um processo de transformação social e cultural que vai transformando as crenças, as práticas e as competências de todos quanto aos adoecimentos e sofrimentos, levando a um processo de empobrecimento cultural, diminuindo a autonomia relativa e competência das pessoas e dos recursos sociais autóctones quanto à preservação e restabelecimento da saúde, com consequências sociais e políticas danosas, levando a uma dependência cada vez maior de recursos biomédicos e ou profissionalizados (TESSER, 2010a; TESSER, 1999).

Tal processo apresenta um caráter infinito e cíclico: quanto menos competentes e responsáveis por seus males as pessoas ficam, mais elas precisam de especialistas e seus tratamentos, gerando cada vez mais necessidades e tornando vários aspectos da vida como problemas médicos a serem tratados. Isso as tornam dependentes e pouco responsáveis por sua saúde e pouco se cuidam, por si mesmas, em seu meio. Perde-se um equilíbrio entre as ações autônomas e as ações feitas por especialistas profissionalizados, chamadas heterônomas. Em vez dessas últimas enriquecerem e fortalecerem as primeiras, elas as desqualificam.

Embora o processo de medicalização tenda a penetrar em todos os setores da vida e influenciar indiscriminadamente as práticas e técnicas de cuidado, mais ou menos especializadas, dado ser um fenômeno social e cultural amplo, ele não é em si, necessariamente negativo, nem positivo (CONRAD, 2007). Todavia, no contexto do cuidado profissional, há certa identificação do termo “medicalização”

com o seu excesso, sustentada pela frequente medicalização abusiva de vivências e aspectos da vida, associada com uma comum redução e restrição dos significados e dos cuidados (autônomos e heterônomos) às categorias nosológicas biomédicas e aos seus tratamentos consagrados (quimioterapia e cirurgia). Destaca-se, como exemplo, a redução dos sofrimentos e conflitos existenciais a transtornos mentais e de seu manejo a tratamento quimioterápico (veja-se a “epidemia” atual de uso de antidepressivos). Outro exemplo é a expansão da medicina da beleza, toda desenvolvida à custa da conversão de formas corporais em categorias estruturadas “nosologicamente”, desaguando na expansão desmesurada da realização de procedimentos cirúrgicos estéticos (POLI NETO; CAPONI, 2007). Há aqui envolvimento evidente de processos de alienação e controle de comportamentos das pessoas, tanto no sentido do consumismo químico-cirúrgico como no aspecto de controle - anátomo-político, diria Foucault (1979) - dos comportamentos humanos.

Um dos motores da medicalização atual, segundo Conrad (2007), é a influência da indústria farmacêutica. A medicalização está intimamente relacionada a interesses da indústria farmacêutica que incentiva o uso de medicamentos e faz propagandas de seus produtos sempre trazendo “soluções” para todos os problemas e criando necessidades de consumo (CAMARGO JR, 2003; DUPUY, 1979; NASCIMENTO 2005). A indústria investe mais em *marketing* do que em pesquisa e desenvolvimento. Ela gasta milhões para convencer aos médicos, aos governos e aos próprios cidadãos a consumir cada vez mais medicamentos na promessa de maior possibilidade de existir uma vida isenta de dor e garantir maior longevidade (BARROS, 2008).

Neste sentido, observa-se um grande estímulo de consumo farmacêutico, levando pessoas a consumirem medicamentos, muitas vezes sugeridos pela mídia, por recomendação de conhecidos que estão fazendo uso, por familiares, etc, sem, muitas vezes, existir real necessidade para tal (CAMARGO JR, 2003), destacando aqui, o uso abusivo de medicamentos antiinflamatórios e opioides vistos posteriormente nos relatos dos pacientes.

Percebe-se, também, a forte pressão da indústria farmacêutica na relação com os profissionais de saúde, que na expansão e avanço de suas pesquisas, faz com que estes se obriguem a “consumir” sempre o novo conhecimento, continuamente, por temerem se tornarem ultrapassados e obsoletos gerando a necessidade de prescreverem medicamentos novos e utilizarem tecnologias cada vez mais modernas (DUPAS, 2006; CAMARGO JR, 2003; DUPUY, 1979).

A indústria farmacêutica tem oscilado entre o primeiro e o quarto

lugar entre as principais atividades lucrativas no mundo. Há, aproximadamente, uma proporção de um representante de laboratório para cada sete ou oito médicos nos países como Alemanha, Estados Unidos, Grã-Bretanha e França, mostrando a gravidade dos conflitos de interesse da indústria farmacêutica, principalmente em relação aos estudos científicos, visto que muitas vezes estas são as patrocinadoras (GARRAFA; LORENZO, 2010).

Segundo Dupas (2006), observa-se que durante o século XX, a multiplicação de “máquinas de diagnosticar e curar” industrializou e uniformizou as condutas médicas. Quase não existe mais o clínico geral, e o especialista fica restrito e dependente do diagnóstico com os aparelhos, gerando uma crise na medicina que de acordo com Luz (2005), destaca-se pela perda ou a deterioração atual da relação médico-paciente, pela objetivação dos pacientes e a mercantilização das relações entre eles. O doente é visto atualmente mais como um consumidor potencial de bens médicos que como um sujeito doente a ser, se não curado, ao menos aliviado em seu sofrimento pelo cuidado médico.

Com a recente dissociação da “ciência das doenças” da “arte de curar” levada a cabo pela medicina científica (LUZ, 1995), vive-se hoje uma crise cultural nesse campo:“(…) se o médico moderno tecnificou-se e tornou-se quase que exclusivamente um conhecedor especializado de doenças específicas, nada entendendo do seu doente, este continua a esperar uma relação de cura de seu médico” (LUZ, 1995, p. 244).

Segundo Menéndez (2009), a biomedicina segue depositando suas expectativas no desenvolvimento de investigações que geram explicações biológicas para os principais padecimentos e de soluções baseadas na produção de fármacos específicos, assim como incide na constante biologização das representações sociais do processo saúde/enfermidade/atenção. Neste sentido, uma distinção pode ser feita entre a prática da acupuntura e a biomedicina. A primeira com poucos efeitos colaterais e/ou danosos significativos e com abordagem mais focada no paciente; já a biomedicina, mais focada na doença, centrada no uso de medicamentos como principal ferramenta de cura, com sua relação mais intervencionista e controladora, fica mais restrita às prescrições médicas e menos acessível à participação consciente e ativa dos doentes.

Este caráter reducionista da biomedicina deixa uma grande lacuna ao diagnosticar e tentar enquadrar todos os doentes de acordo com seu critério científico. De acordo com Camargo Jr. (2003): “tudo que se refere à subjetividade, ao imaginário, é posto de lado como não científico, sendo objeto de uma “farmacologização” tão maciça quanto

cega” (CAMARGO JR, 2003, p. 77), gerando o emprego muitas vezes irracional de fármacos. O mesmo autor faz um comentário de casos em que a biomedicina falha ao identificar e enquadrar, dentro do paradigma biomédico, alguma queixa apresentada pelo paciente: “...ai daqueles que não respeitam a norma correta de adoecer! São os funcionais, os que não têm nada, os polissintomáticos, os pitiáticos – a eles, o castigo” (CAMARGO JR, 2003, p. 77).

Segundo Illich (1975), durante os anos cinquenta, especialmente nos Estados Unidos, o papel de doente veio a identificar-se quase totalmente com o papel de paciente. O doente tornou-se alguém de quem aos poucos se retira a responsabilidade sobre sua doença. Ele não é considerado responsável pelo fato de ter caído doente, nem capaz de recobrar a saúde por si mesmo. O atestado médico isenta-o de participar de suas atividades normais. Isso, todavia, vem modificando-se devido à proeminência de problemas crônicos de saúde de alta morbimortalidade no mundo ocidental e no Brasil, sendo que um discurso de autonomia e conclamação à responsabilidade dos doentes e pessoas de alto risco hoje é assumido tanto pelos médicos quanto pela saúde pública. Todavia, isso projeta a responsabilidade ao sujeito individualmente, reduzindo essa autonomia e responsabilidade à submissão a condutas, procedimentos e hábitos de vida saudáveis e ou terapêuticos, prescritos pelos profissionais e influenciados pela mídia (NOGUEIRA, 2004; CASTIEL, 2010).

A busca de uma relação mais solidária, humana e ética, conectada com o sofrimento existencial e com o restabelecimento de um sentido para os problemas de saúde e com um tratamento que faça sentido e seja sustentável, é uma das forças que faz com que as pessoas, frustradas com o sistema biomédico, seu saber e sua tecnologia, procurem outros tipos de tratamento de outros saberes e técnicas, que possam ajudar a construir um sentido, uma interpretação e um cuidado mais satisfatório para seus problemas, sofrimentos, dores e adoecimentos (TESSER, 2010(b); OTANI; BARROS, 2011). Entretanto, no caso dos pacientes de dor crônica, eles frequentemente são encaminhados pelos próprios profissionais biomédicos para tratamento com acupuntura, tanto pela legitimação biomédica da acupuntura para o cuidado da dor, quanto pela pouca efetividade dos tratamentos farmacológicos convencionais.

As concepções e representações sociais dos pacientes são formadas a partir de sua experiência de vida no seu meio sócio-cultural, e comumente os usuários de alguma forma as reconstróem conforme seu contato e experiência com os vários tipos de cuidado, conhecimento e tratamento com os quais interagem na sua busca de resolução do

problema (TESSER, 2010a). Pode-se usar o conceito de Kleinman (1980), de modelos explicativos para entender a situação dos pacientes estudados nesta pesquisa. Modelos explicativos consistem em explicações de um episódio de doença e do cuidado terapêutico considerado necessário, reveladas mediante as narrativas dos sujeitos (KLEINMAN, 1980; HELMAN, 2009). As explicações e entendimentos dos pacientes já em tratamento sobre seus problemas (seu modelo explicativo) vão exprimir suas concepções prévias de alguma forma modificadas ou influenciadas pelos saberes e tecnologias experimentados no cuidado recebido e no autocuidado.

As representações sociais aí envolvidas podem ser mais ou menos medicalizadas (TESSER, 2010b), tanto pela própria cultura do doente quanto pelo seu comum prévio contato com a biomedicina. A experiência com o tratamento da acupuntura vai ser processada de alguma forma, alimentando ou não sua autonomia relativa, modificando (ou não) suas representações sociais e seu modelo explicativo. Essas modificações podem se dar em vários sentidos, mais ou menos medicalizantes.

Um aspecto envolvido nesse processo é o lado educativo do exercício profissional, ou do tratamento, ou da relação profissional-doente. Sabe-se que a tradição pedagógica biomédica é hegemonicamente centrada numa atitude autoritária, monologal, diretiva e insensível às realidades psicossociais dos doentes, muitas vezes indiferente aos seus modelos explicativos (ALVES, 2005; TESSER, 2010b; MACHADO, 2010).

Esses aspectos educativos vão incidir, para além da terapêutica propriamente dita, sobre o autocuidado ou a autoatenção dos pacientes. Menéndez (2009), propôs uma distinção entre a autoatenção e autocuidado. A primeira engloba todo o conjunto das práticas e saberes das pessoas, exercidos para cuidado, prevenção e promoção da saúde por si mesmas e em suas redes relacionais familiares, de vizinhança e parentesco – o chamado setor ou sistema de saúde familiar de cuidados, segundo Kleinman (1980). O segundo, autocuidado, seria a parte da autoatenção orientada e influenciada pelas recomendações, práticas e saberes biomédicos, especificamente. No nosso caso, um foco da investigação foi o potencial de enriquecimento da autoatenção derivado do tratamento com a acupuntura, para o que não há designação específica. Como a expressão autoatenção é pouco difundida e genérica demais, optamos por usar o termo autocuidado com sentido ampliado, sem, portanto, utilizar a conceituação de Menéndez (2009). Ou seja, utiliza-se o termo autocuidado englobando com ele tanto a parte da

autoatenção derivada do contato com a biomedicina quanto àquela derivada, por hipótese, da acupuntura.

Ainda quanto a esse aspecto da educação em saúde, existem, há algumas décadas, movimentos e discussões na Saúde Coletiva e na própria biomedicina pela construção e disseminação de práticas profissionais educativas em saúde e relações mais dialogais, menos autoritárias e amedrontadoras dos usuários, que reconheçam e compreendam os modelos explicativos dos doentes, suas dificuldades sócioeconômicas e características culturais e psicológicas (MENÉNDEZ, 2009). No Brasil, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH), elaborada em 2004, configurada em torno da humanização das práticas de atenção e gestão no sistema de saúde. Dentre os princípios norteadores da PNH, estão: o fomento da autonomia e do protagonismo dos pacientes e aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde entre usuários e profissionais de saúde; e valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção (BRASIL, 2004; BRASIL 2009).

Embora não seja consensual, há defensores de que a “pluralidade dos cuidados em saúde” - no dizer de Helman (2009) - no SUS, através da oferta de práticas e medicinas alternativas e complementares, poderia contribuir neste sentido (TESSER, 2009) e ter um efeito de contenção ou desvio da medicalização excessiva (TESSER; BARROS, 2008). A acupuntura e a MTC seriam uma possibilidade relevante e viável nesse sentido, como já apontaram estudos (LUZ; BARROS, 2012; TESSER, 2009; CINTRA; FIGUEIREDO, 2010; PALMEIRA, 1990). A hipótese central é que o holismo e a maior integralidade na abordagem, as várias teorias sobre saúde-doença, a distinta concepção de saúde vitalista da MTC e de outras Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e racionalidades médicas e seu pluralismo nos modos de cuidado (terapêuticas envolvendo múltiplas formas de intervenção, cuidado e autocuidado), misturando cura, prevenção e promoção (TESSER; SOUZA, 2012), seriam potenciais recursos relativamente desmedicalizadores, empoderadores e enriquecedores das experiências de cuidado no SUS. Por outro lado, a acupuntura é um tipo de cuidado heterônomo dos mais similares e assimiláveis à cultura, ao imaginário e aos procedimentos biomédicos, e, não por acaso, talvez seja a técnica mais aceita e institucionalizada da MTC e quiçá das PIC no mundo acadêmico e das instituições oficiais de saúde. Nesse contexto, ela corre o risco de padecer intensamente dos males da (hiper)medicalização. Doutra parte, ela é uma das PIC que mais vem se expandindo no SUS (SANTOS, 2010). Essa situação complexa torna a acupuntura no SUS

um objeto de estudo interessante e importa investigar na prática como ela tem interagido com os doentes nas práticas profissionais existentes. Assim, pretendeu-se investigar, indiretamente, através dos relatos dos doentes, se e quanto essa potencialidade vem se realizando no SUS de Florianópolis

Foi investigado, através de entrevistas, a percepção por parte dos pacientes de acupuntura, sobre seu processo de adoecimento, do cuidado e autocuidado, além da possível melhora de seus quadros, redução do uso de medicamentos e mudanças em suas vidas associadas ao tratamento com acupuntura, etc.

A hipótese foi que o uso de práticas não biomédicas, como a acupuntura, por exemplo, facilita a construção de práticas educativas dialogais no cuidado à saúde, uma vez que a pluralização dos referenciais de saber e técnica facilitam o reconhecimento da diversidade dos conhecimentos, das práticas e das perspectivas perante os problemas de saúde. Assim, pode fomentar um tipo de mudança pela qual o paciente passa a ser menos dependente de medicamentos e tecnologias heterônomas intervencionistas, tornando-se um agente de cura e cuidado de si mesmo, havendo um compartilhamento da responsabilidade e do cuidado, sem atribuir-lhe total responsabilidade, evitando assim, culpá-lo pela sua condição (VERDI; CAPONI, 2005, CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, envolvendo usuários de acupuntura do SUS. A pesquisa qualitativa se ocupa de aspectos da realidade que não podem ou não deveriam ser quantificados. Ela trabalha com universos de difícil ou impossível quantificação, a não ser sob pena de forte mutilação, deformação ou apreensão demasiado grosseira dos mesmos. Fenômenos sociais e individuais complexos, envolvendo experiências, significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 1999).

Esse conjunto de fenômenos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana do mundo das relações sociais, das representações e da intencionalidade é objeto da pesquisa qualitativa e dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2011 a abril de 2012, em Florianópolis-SC. No SUS local, as práticas de acupuntura são realizadas nos serviços de atenção primária à saúde (APS) e na atenção secundária, na policlínica norte, policlínica centro e no hospital universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Nas policlínicas trabalha um profissional em cada uma, um em regime de 40 horas e outro de 30 horas semanais e no HU apenas um com regime de 20 horas semanais.

Na APS, segundo levantamento de dados realizados pela pesquisadora, existe em torno de 20 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) que têm especialização em acupuntura, mas nem todos a exercem. Dentre os que a praticam, vários atendem em poucos horários e um pequeno volume de pacientes, uma vez que a maior parte de seu tempo de trabalho é dedicada às outras atividades da ESF.

No entanto, estes pacientes se beneficiam por conseguirem, em alguns casos, usufruírem mais sessões em relação aos que são encaminhados para as policlínicas que dispõem apenas de dez sessões. No caso das policlínicas, há também aqueles pacientes que utilizam mais vezes o serviço, pois ao terminar seu pacote de dez sessões, voltam à fila de espera até serem atendidos novamente. Contudo, o período de espera é longo, podendo chegar a mais de um ano na fila (situação encontrada durante a pesquisa).

Para coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada

com pacientes em tratamento com a acupuntura, valorizando a narrativa sobre sua experiência de adoecimento, sua visão sobre o mesmo, sobre os tratamentos realizados e em especial sua interação com a acupuntura. Segundo Minayo (1999), este tipo de entrevista é um roteiro com poucas questões, sendo um instrumento para orientar a “conversa com finalidade”, servindo de facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação ao redor de tópicos de interesse do pesquisador.

Foram selecionados pacientes de forma aleatória, com idade acima de 18 anos, atendidos nos serviços do SUS de Florianópolis. Optou-se por selecionar pacientes da atenção primária e secundária para o estudo, a partir da sexta sessão, dando prioridade aos pacientes que já estavam há mais tempo recebendo tratamento com acupuntura e mais familiarizados com a terapêutica. Os pacientes foram convidados a participar da entrevista no momento em que estiveram nos ambulatórios.

Em relação ao número de entrevistados, sabe-se que a pesquisa qualitativa não necessita basear-se em critério numérico específico e sim na ideia de que uma boa amostragem é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, preocupando-se no aprofundamento da entrevista e compreensão do grupo social em estudo (MINAYO, 1999). Diante disso, o número de usuários investigados foi definido ao longo do estudo, seguindo o critério de saturação dos dados (FONTANELLA et al., 2008). No total, foram entrevistados 30 pacientes, sendo 10 pacientes nas policlínicas (5 em cada uma), 7 pacientes no HU e 13 pacientes em três centros de saúde: Centro de Saúde Monte Serrat, Centro de Saúde Morro das Pedras e Centro de Saúde Rio Tavares (cinco, quatro e quatro pacientes entrevistados, respectivamente), que eram os que na época tinham uma agenda organizada que permitia um acesso e convite aos usuários. Ao total foram 8 pacientes do sexo masculino e 22 do sexo feminino.

Foram seguidos todos os procedimentos previstos na portaria CNS 196/96 quanto aos cuidados éticos, sigilo, termo de consentimento esclarecido e aprovação do comitê de ética da UFSC e da prefeitura de Florianópolis, sob o número 2124/12.

Após as sessões de acupuntura os pacientes eram convidados a participar da entrevista, que se deu nos próprios serviços em sala separada (emprestada para tal). Quando aceito o convite, era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo), explicado os objetivos da pesquisa, a utilização do recurso de gravação em áudio, o compromisso de utilizar o conteúdo das entrevistas de forma sigilosa e de não publicar informações coletadas não consentidas.

Em relação à divulgação dos dados da pesquisa, os nomes dos participantes foram ocultados de modo a garantir o anonimato. Utilizou-se a letra E (entrevistado) com uma sequência numérica para a citação de trechos das falas dos pacientes.

	Locais das entrevistas	Pacientes entrevistados
Atenção Primária	Unidades de Saúde (Monte Serrat, Morro das Pedras e Rio Tavares)	E6, E7, E8, E16, E17, E18, E19, E23, E24, E25, E28, E29 e E30
Atenção Secundária	Policlínicas Norte e Centro e Hospital Universitário	E1, E2, E3, E4, E5, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E20, E21, E22, E26 e E27

Quadro 2 – Local em que foram realizadas as entrevistas e número de pacientes entrevistados

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. O material coletado foi pré-analisado conforme Bardin (1979), realizando leitura e releitura do material a fim de buscar a percepção dos sujeitos com o tratamento com a acupuntura, bem como apreender como se deu sua experiência. Em seguida, foram detectadas as “unidades de significado” indicando temas recorrentes destacáveis das percepções dos sujeitos, que foram agrupadas por categorias.

A análise das entrevistas foi em parte dirigida por categorias prévias relacionadas a interesses da pesquisa, já sinalizados no roteiro da entrevista (que solicitava narrativas sobre a história do problema, a trajetória terapêutica, os motivos de indicação da acupuntura, a experiência prévia com os tratamentos e a experiência com a acupuntura, melhoras de outros aspectos observados durante o tratamento, os modelos explicativos dos pacientes e práticas de autocuidado) e em parte aberta a temas e conteúdos emergentes dos entrevistados, na perspectiva de uma compreensão do fenômeno do ponto de vista do entrevistado e um olhar analítico crítico sobre as narrativas, ancorado no tema da medicalização social.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, a forma de apresentação dos resultados das dissertações de mestrado é por meio de pelo menos um artigo. Por essa razão, os resultados e a discussão deste estudo estão sob a forma de artigo científico, correspondendo ao item 8, com o título de “Experiência de pacientes com acupuntura no SUS e (des)medicalização social” que será submetido à revista Caderno de Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** (Botucatu), 2005, v. 9, n.16, p. 39-52, 2005. ISSN 1414-3283.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 1979.
- BARROS, N. F. **A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008. 311p.
- BORTOLETTO, M. E., BOCHNER, R. Impacto da droga sobre intoxicações humanas no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, outubro-dezembro de 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.64 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 29 jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 971/06**. Dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS e aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/informe/anexos/Portaria%20n971-2006.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2011.

CAMARGO JR, K. R. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003. 195 p.

CAMARGO JR, K. R. A biomedicina. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, sup., p. 177- 201, 2005.

CASTIEL, L.D.; GUILAM, M.C.R.; FERREIRA, M.S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CHAO, E.C. Efectividad de la acupuntura en el alivio del dolor refractario al tratamiento farmacológico convencional. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, v. 16, n. 2, p. 79-86, 2009.

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

DUPAS, G. Ciência médica, saúde e progresso. In: _____. **O mito do progresso**. São Paulo: UNESP, 2006. p.171-217.

DUPUY, J.P. **A invasão farmacêutica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ECKERT, A. **O Tao da Cura: ateoria dos cinco elementos aplicada ao**

Qi Gong, Tai Chi, Acupuntura e Feng Shui. São Paulo: Ground, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

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

GARRAFA, V.; LORENZO, C. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. In: CAPONI, S. et al. **Medicalização da vida: ética, saúde pública, e indústria farmacêutica**. Palhoça: Unisul, 2010. 418pág.

GRANET, M. **O pensamento chinês**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IASP - **International Association for the Study of Pain**. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728>. Acesso em: 02 jun. 2011.

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

KLEINMAN, A. Orientations 3: core clinical functions and explanatory models. In: KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry**. Berkeley: University of California Press, 1980. p. 71-118.

LEVIN, J.S.; JONAS, W.B. **Tratado de medicina complementar e alternativa**. São Paulo: Manole, 2001.

LIMA, M. A. G.; TRAD, L. A. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2672-2680, nov. 2007.

LIMA, M. A. G.; TRAD, L. A. Dor crônica: objeto insubordinado. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.117-133, jan.-mar. 2008.

LUZ, D. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. 452p.

LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1993. 32p.

LUZ, M.T. **A arte de curar e a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995. Mimeo.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, sup. p. 145-176, 2005.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, no.2, p.335-342, 2007.

MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. 437p.

MERSKEY N.B. **Classification of chronic pain:** descriptions of chronic pain Syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain. 2. ed. Seattle: IASP Press, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro-São Paulo: ABRASCO-HUCITEC, 1999.

MORAES, M. R. C. **A reinvenção da acupuntura:** estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

NASCIMENTO, M. C. Medicamentos, Comunicação e Cultura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 179-193, 2005.

NASCIMENTO, M. C. Acupuntura, medicina e interculturalidade. In: _____ (Org). **As duas faces da montanha:** estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 252.

NASCIMENTO, M. C. Reflexões sobre a acupuntura e suas contribuições na atenção à saúde. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012; 452p.

NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. **What is Complementary and Alternative Medicine?** Bethesda. 2007. Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/health/Whatiscom>.> Acesso em: 25 mai. 2011.

NOGUEIRA, R. P. A saúde pelo avesso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1079-1085, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials.** 2002. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4926e/s4926e.pdf>>. Acesso em: 1 mai. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.** Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2011.

OTANI, M. A. P; BARROS, N. F. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011.

PAIVA, E. S. et al. Manejo da dor. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n.4, p. 292-296, jul/ago. 2006.

PALMEIRA, G. A. Acupuntura no Ocidente. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, v. 6, n. 2, p. 117-128, 1990.

PÉREZ, A. C. N. **Acupuntura I** – Fundamentos de Bioenergética. Madrid: C.E.M.E.T.C., 2006.

PIMENTA, C. A. M.; PORTINOI, A G. Dor e cultura. In: CARVALHO, M. M. **Dor: um estudo multidisciplinar.** São Paulo: Summus, 1999. p. 73-159.

POLI NETO, P.; CAPONI, S.N.C. A medicalização da beleza. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, p. 569-84, set/dez. 2007.

SANTOS, FAS et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não-médicos. **Revista Brasileira Fisioterapia**, v. 13, n. 4, p. 330-334, 2009.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS. **Evolução dos Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico**. 2009. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/Tabela%2010%20-202009.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2012.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001.

TESSER, C. D. **A biomedicina e a crise da atenção à saúde**: um ensaio sobre a desmedicalização. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

TESSER, C. D.; BARROS, N F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 914-20, 2008.

TESSER, C.D. (Org.) **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010a.

TESSER, C. D. Racionalidades médicas e integralidade: desafios para a Saúde Coletiva e o SUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2010b. p.77-100.

TESSER, C. D. Introdução. In: _____ (Org.) **Medicinas complementares**: o que é necessário saber (Homeopatia e medicina tradicional chinesa/acupuntura). São Paulo: UNESP, 2010c. p. 7-60.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde sociedade**, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.

TSÉ, L. **Tao Te Ching**. O livro que revela a Deus. São Paulo: Martin Claret, 2004.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2005.

7 APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: Acupuntura no SUS de Florianópolis e medicalização social: um estudo sobre a experiência dos usuários

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar do estudo “Acupuntura no SUS de Florianópolis e medicalização social: um estudo sobre a experiência dos usuários” desenvolvido pela aluna Emiliana Domingues Cunha da Silva, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em nível de mestrado na Universidade Federal de Santa Catarina, sob a supervisão do Professor Dr. Charles Dalcanale Tesser.

O objetivo da referida pesquisa é analisar o tratamento com acupuntura em pacientes no Sistema Único de Saúde do município de Florianópolis-SC na visão dos usuários e discutir sua possível contribuição para a redução da medicalização dos mesmos.

Sob seu consentimento a entrevista será gravada para maior fidedignidade na transcrição das informações, cujos tópicos principais serão também anotados. A qualquer momento a entrevista poderá ser interrompida ou não ser gravada, se assim o solicitar. As informações serão utilizadas eticamente e os resultados da pesquisa poderão ser publicados, garantindo o anonimato dos entrevistados.

Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, de forma voluntária, retirar seu consentimento a qualquer momento.

Você poderá me contatar pelo telefone (47) 9612-5736 ou pelo e-mail: emidomingues@hotmail.com para prestar-lhe todas as informações que desejar acerca deste estudo, antes, durante e depois do

mesmo ou para retirar o seu consentimento.

Se você se sente adequadamente esclarecido da natureza do propósito desta entrevista, peço que assine o Termo de Consentimento abaixo. Caso você assine, receberá uma cópia do mesmo.

Eu, _____,
li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo, participando da entrevista.

Atenciosamente,

Assinatura do(a) participante

Florianópolis, outubro de 2011.

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA

1 - Identificação:

Nome:

Sexo:

Data de Nascimento:

Profissão:

Escolaridade:

Renda Mensal:

Já fez algum tratamento de acupuntura antes ou outros tratamentos?

2- Sobre o problema clínico principal:

- Motivo de procura/encaminhamento

- Quem encaminhou:

- História clínica pregressa. - diagnósticos até quando chegou à acupuntura

- Tratamentos realizados anteriormente (acupuntura, médicos e não médicos, outras PIC)

- Medicações em uso quando iniciou acupuntura e durante o tratamento (fármacos, doses, frequência de uso)

- Explicações, tratamentos e orientações (preventivas e terapêuticas) recebidas antes da acupuntura

- Sentiu melhora em algum outro aspecto além da queixa principal.

3- Sobre a Acupuntura

- 1ª vez - se já conhecia e de onde/através de quem

- Percepção inicial do tratamento

- Orientações/explicações recebidas durante o tratamento - uso de medidas terapêuticas além das agulhas (auriculoterapia, exercícios físicos, orientação alimentar, cuidados com clima, etc)

- Evolução do quadro com o tratamento (lista de problemas) e mudanças na vida/hábitos/ relações sociais e familiares, e relação disso com a acupuntura.

- Avaliação da efetividade do tratamento: para dores / outros problemas / redução do uso de medicamentos

- Capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas);

- Evolução da autonomia /independência / capacidade de administrar prevenir e tratar parte das dores

- O que aprendeu com este tratamento

8 ARTIGO CIENTÍFICO

Experiência de pacientes com acupuntura no SUS e (des)medicalização social

Emiliana Domingues Cunha da Silva
Charles Dalcanale Tesser

RESUMO

Virtudes atribuídas às terapias complementares, como abordagem holística e centrada nos pacientes e estímulo à autocura, vem sendo valorizadas e podem, em tese, atenuar a excessiva medicalização social hoje vigente. Dentre elas, a acupuntura destaca-se pela institucionalização e aceitação progressiva. O objetivo foi analisar a experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde e como ela se insere no seu cuidado, à luz da medicalização social, esta pensada nos seus aspectos constitutivos das representações e modelos explicativos dos usuários. Foram entrevistados 30 pacientes selecionados da atenção primária (APS) e secundária de Florianópolis-SC. Observou-se relevantes resultados terapêuticos nas queixas principais, no sono, disposição, estado emocional e diminuição do uso de fármacos. Os modelos explicativos dos usuários e seu autocuidado foram pouco ou nada modificados pelo tratamento com acupuntura. Notou-se, todavia, um cuidado ampliado e menos iatrogênico, principalmente na APS, em que houve pouca oferta de outras práticas da medicina chinesa associadas

Palavras-chave: acupuntura, autocuidado, atenção primária, terapias complementares

ABSTRACT

The virtues attributed to complementary therapies such as holistic and patient-centered, stimulating potential for self-healing, etc. has been valued and can, in theory, reduce the excessive medicalization and contribute in social care. Among them, acupuncture has been the most offered. The objective was to analyze the experience of acupuncture in patients with National Health System and how it fits into the care in the view of a social medicalization, thought in their constituent aspects of their representations and explanatory models. Semi-structured interviews were conducted with 30 patients selected from primary care (PHC) and secondary Florianópolis-SC. We observed significant

therapeutic results in the main complaints and issues such as sleep, mood, emotional state and reducing the use of drugs. Explanatory models of users and their self-care was low modified by acupuncture treatment, which did not introduce notions or understandings of other different medicine. There is, however, an integrative care and less iatrogenic, mainly in APS

Key-words: acupuncture, self-care, primary care, complementary therapies

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ tem reconhecido a importância e o valor das chamadas medicinas tradicionais e medicinas alternativas e complementares (MAC) em todo o mundo, recomendando aos países que fomentem estudos sobre eficácia e segurança. Dentre elas, destaca-se a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que se configura como uma racionalidade médica diferente da medicina ocidental ou biomédica.

A expressão “racionalidade médica” foi criada por Luz² como uma categoria analítica ideal-típica weberiana para estudar sistemas médicos complexos. Permite compreendê-los e analisá-los sem tomar como critério de verdade a biomedicina, que passa a ser mais um sistema de cura a ser compreendido, dentre outros. A MTC engloba uma série de práticas terapêuticas além da acupuntura, objeto desta pesquisa, como fitoterapia, massagens, práticas corporais, dieta, etc.

A acupuntura vem ganhando, nas últimas décadas, popularidade e aceitação no ocidente, sendo fomentada no Brasil pela edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006^{3,4}. Poucos estudos tematizam a atuação da MTC/acupuntura no Sistema Único de Saúde (SUS). Cintra e Figueiredo⁵, observaram que o contato com a acupuntura incentiva uma postura ativa e visão crítica dos pacientes sobre seu próprio corpo, propiciando melhor autocuidado. Neste estudo e em outro na Espanha⁶, os pacientes relataram que a terapia da acupuntura reduz custos e consumo de medicamentos alopáticos. Freire⁷ registrou uma experiência brasileira de uso de modalidades da MTC voltado para a educação em saúde e o autocuidado.

A acupuntura pode propiciar um cuidado ampliado, com redução de intervenções mais iatrogênicas⁸, as quais estão em evidência com o atual processo de medicalização social. Este último consiste na transformação progressiva de vivências e sofrimentos antes administrados pelas pessoas através de seus próprios recursos pessoais,

culturais e sociais em problemas médicos. Está relacionada à expansão tecnológica e social da biomedicina, à mercantilização dos cuidados à saúde, à propaganda midiática de tecnologias biomédicas e à expansão do chamado complexo médico-industrial^{9,10}.

A medicalização interfere culturalmente nas populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos cotidianos. O processo tende a penetrar em todos os setores da vida e influenciar diferentes práticas e técnicas de cuidado. Ele não é em si, necessariamente negativo ou positivo⁹. Todavia, no contexto do cuidado profissional no SUS, há certa identificação do termo “medicalização” com o seu excesso, sustentada pela frequente medicalização abusiva de vivências e aspectos da vida, associada a uma comum redução e restrição dos significados e dos cuidados (autônomos e heterônomos) às categorias nosológicas biomédicas e aos seus tratamentos consagrados (quimioterapia e cirurgia). Destaca-se, como exemplo, a redução dos sofrimentos e conflitos existenciais a transtornos mentais e de seu manejo a tratamento quimioterápico. Há aqui envolvimento evidente de processos de alienação e indução de comportamentos das pessoas, tanto no sentido do consumismo como no aspecto de controle - anátomo-político, diria Foucault¹¹ - dos comportamentos humanos.

Outro aspecto da medicalização, mais sutil, é a geração de dependência excessiva em situações de franco adoecimento sentido, com redução dos cuidados ao consumo de serviços e produtos e ao cumprimento das prescrições profissionais, com acentuada desconsideração de fatores sociais, emocionais, ambientais, subjetivos, morais e culturais. O saber biomédico carrega um reducionismo biológico¹², que é um potente motor epistemológico e cultural da medicalização social. Isso é particularmente relevante nos adoecimentos crônicos e acentuado com o envelhecimento populacional, situações em que há, por um lado, frequentemente, limitação explicativa/interpretativa e de eficácia terapêutica e, por outro lado, grande potencial de iatrogenia clínica na biomedicina¹³. Nessas situações, os desafios são grandes em termos de necessidades e dificuldades de “empoderamento” - psicológico e social ou comunitário, conforme Carvalho¹⁴ - e de fomento à maior autonomia, autocuidado, ressignificação das experiências e adaptação dos usuários aos adoecimentos, tratamentos e limitações a eles associados. É quanto a este aspecto da medicalização que incidiu um dos interesses e focos desta pesquisa. Há defensores de que a “pluralidade dos cuidados em saúde”¹⁵ no SUS, através da oferta de práticas e MAC, poderia ter um efeito de contenção ou desvio da

medicalização excessiva¹⁶. A acupuntura e a MTC seriam uma possibilidade relevante e viável nesse sentido^{5,17,18,19,20}. A hipótese subjacente é que a maior integralidade na abordagem, as várias teorias sobre saúde-doença, a distinta concepção de saúde vitalista da MTC e de outras PIC e racionalidades médicas, bem como suas diversas modalidades de cuidado (terapêuticas envolvendo múltiplas formas de intervenção heterônomas e autônomas), misturando cuidado, cura, prevenção e promoção²¹, são potenciais recursos relativamente desmedicalizadores, “empoderadores” e enriquecedores das experiências de cuidado no SUS.

Por outro lado, a acupuntura é um tipo de cuidado heterônomo dos mais similares e assimiláveis à cultura medicalizada, ao imaginário e aos procedimentos biomédicos e, não por acaso, talvez seja uma das técnicas mais aceitas e institucionalizadas das PIC que vem se expandindo aos poucos no SUS⁴. Nesse contexto, ela corre o risco de padecer dos males da (hiper)medicalização. Essa situação a torna relevante objeto de estudo, visando investigar como sua prática tem interagido com os doentes, e quanto das virtudes a ela atribuídas (abordagem mais holística, centramento do cuidado na pessoa, estímulo ao potencial de autocura, etc) se fazem presentes, como atuam e como são percebidas nas experiências dos usuários.

O objetivo desta pesquisa foi investigar, em diferentes ambientes de cuidado - atenção primária à saúde (APS) e atenção secundária (AS) -, a experiência de usuários de acupuntura do SUS de Florianópolis-SC sobre seu tratamento, incluindo significados a ele atribuídos, eficácia percebida, melhoria de outros aspectos além da queixa principal, redução do uso de medicamentos e orientações recebidas, bem como mudanças no autocuidado e nos modelos explicativos dos usuários, do ponto de vista da medicalização no foco supramencionado.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo transversal, com abordagem qualitativa, envolvendo usuários de acupuntura no SUS. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2011 a abril de 2012, em Florianópolis, em que as práticas de acupuntura são realizadas na APS e na AS (policlínicas municipais e hospital universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina [UFSC]). Havia um médico acupunturista em cada uma de duas policlínicas e cerca de 20 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) com especialização

em acupuntura, mas poucos a exerciam. Os atendimentos nas policlínicas e no HU possuíam uma lista de espera de pacientes encaminhados pelos médicos do município, ao contrário dos entrevistados na APS que eram selecionados pelos próprios médicos da ESF (também acupunturistas).

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, com usuários selecionados a partir da sexta sessão de tratamento, acima de 18 anos, atendidos na APS e AS, escolhidos aleatoriamente, seguindo o critério de saturação dos dados^{22,23}. No total, foram 30 entrevistados, sendo 10 nas duas policlínicas, 7 no HU e 13 em três centros de saúde. Seguiram-se todos os procedimentos previstos na portaria CNS 196/96 quanto aos cuidados éticos, aprovação do comitê de ética da UFSC, sob número 2124/12.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e pré-analisadas conforme Bardin²⁴, com leitura e releitura a fim de identificar a percepção dos sujeitos sobre o tratamento. Em seguida, foram detectadas as “unidades de significado” indicando temas recorrentes que foram agrupados por categorias. A análise foi em parte dirigida por categorias prévias relacionadas a interesses da pesquisa (narrativa sobre a trajetória terapêutica, motivos de indicação, experiência prévia com os outros tratamentos e experiência com a acupuntura, melhoras de outros aspectos observados durante o tratamento, modelos explicativos dos pacientes e práticas de autocuidado) e em parte aberta a temas emergentes, na perspectiva de uma compreensão do fenômeno do ponto de vista do entrevistado e de um olhar crítico ancorado no tema da medicalização social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma caracterização dos sujeitos participantes do estudo encontra-se sintetizada no Quadro 1. Observa-se que o sexo feminino predomina (73% [22] dos entrevistados), como regra em serviços ambulatoriais em geral e em perfis de pacientes usuários de acupuntura no ocidente⁵. As idades concentraram-se nos adultos de meia idade (77% entre 30 e 60 anos), sendo que 20% (6) tinham de 31 aos 40 anos, 20% (6) de 41 a 50 anos, 37% (11) de 51 a 60 anos, 20% (6) entre 61 e 70 anos e um com 86 anos. Quanto à escolaridade, 43% (13) deles tinham apenas até o ensino fundamental, 40% (12) cursaram até o ensino médio e 15% (5) até o ensino superior.

Quadro 1 – Características dos pacientes entrevistados

ENTREVISTADO	UNIDADE	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE (GRAU)*	RENDA MENSAL FAMILIAR? (R\$)	N° PESSOAS NA FAMÍLIA
E1	A	F	55	1°	1.500,00	4
E2		M	35	2°	2.500,00	3
E3		F	39	3° inc	1.000,00	3
E4		F	53	1°	1.300,00	2
E5		F	55	2°	4.000,00	4
E6	B	F	55	1°	1.900,00	2
E7		F	48	2°	2.500,00	2
E8		M	69	2°	3.500,00	2
E9	C	F	43	2°	700,00	9
E10		M	86	1°	2.500,00	2
E11		F	37	2°	2.500,00	2
E12		F	34	2°	1.500,00	2
E13		F	54	1°	1.800,00	2
E14		M	65	1°	2.000,00	3
E15		F	54	3°	3.100,00	2
E16	D	M	36	2°	1.100,00	2
E17		F	70	3°	2.600	4
E18	B	M	50	2°	4.500,00	4
E19		F	40	1°	800,00	2
E20	E	F	57	1°	600,00	2
E21		F	58	2°	2.500	6
E22		F	61	1°	2.000,00	2
E23	F	F	59	3°	1.500,00	1
E24		F	63	1°	700,00	1
E25		F	65	2°	2.000,00	2
E26	E	M	46	1°	1.100	3
E27		F	53	1° inc	1.200,00	3
E28	F	M	55	3°	3.000,00	1
E29	D	F	39	1°	1.550,00	8
E30		F	41	2°	3.000,00	2

* Por conveniência de formatação do quadro: 1° grau = ensino fundamental; 2° grau = ensino médio; 3° grau = ensino superior; inc = incompleto.

Situações e motivos para a chegada à acupuntura

Apesar de a acupuntura pertencer a uma medicina milenar, nota-se que ainda permanece pouco conhecida por muitos profissionais de saúde no ocidente, que a utilizam quando as outras intervenções não apresentam resultado. Isso se reflete no encaminhamento aos acupunturistas da AS: *O médico me recomendou acupuntura porque os outros tratamentos, pomada, analgésico, antibióticos, não estavam dando resultado (E2)*. Contudo, com a expansão da prática, tem havido um aumento no número de atendimentos e conhecimento por parte dos

pacientes e profissionais da saúde, passando a ser utilizada como tratamento complementar: *Ela mandou fazer acupuntura só para ajudar né, não que...o certo é fazer a cirurgia no pulso* (E5). Uma terceira situação de encaminhamento identificada é por demanda do paciente: *Eu pedi,(...) porque há muitos anos atrás eu fiz acupuntura ... eu tinha enxaqueca direto, desde criança... fiz acupuntura e nunca mais tive dor de cabeça* (E3).

Estudo realizado em Florianópolis mostrou que 88,7% dos profissionais de saúde do SUS desconheciam as diretrizes nacionais da PNPIC²⁵. Nesta pesquisa, cerca de 30% dos 177 entrevistados (médicos e enfermeiros), desconheciam a acupuntura, 50% possuíam algum conhecimento e apenas 20% referiam ter maior entendimento sobre a técnica. Este desconhecimento relativo pode ser devido à formação acadêmica que não incentiva e/ou pouco oferece disciplinas de outras racionalidades médicas, o que influencia a conduta profissional posterior. Em uma revisão sistemática, Otani e Barros¹³, identificaram vários autores discutindo a necessidade da implementação das MAC nas escolas médicas. Já em outra revisão,, Chistensen e Barros²⁶, identificaram diferentes estudos mostrando o desejo de estudantes de medicina, de diversos países, de aprender sobre as MAC para usá-las com segurança e como ferramentas para a clínica.

O acesso dos pacientes na APS, na maioria das vezes, se dá em um prazo de tempo significativamente menor em relação aos pacientes da AS. Pelo número limitado de atendimentos a 10 sessões, somado à gravidade dos quadros, alguns pacientes da AS acabam se frustrando, pois serão assistidos por um curto espaço de tempo, por vezes insuficiente para a melhora esperada: *E agora comecei a fazer isso aí, se eu me sentir melhor, tô me sentindo emocionalmente melhor, mais disposta, dormindo melhor, se de repente é uma coisa que deveria ter mais sessões, ter continuidade (...). Quer dizer, você começa o tratamento e é interrompido (...) eu acho que deveria ser mais nesses casos, de precisar mesmo* (E1). Muitos pacientes da AS chegam a ficar anos na fila de espera: *Eu pedi para ele e ele me deu o encaminhamento... eu demorei dois anos para conseguir marcar* (E3).

Na APS o atendimento geralmente já é sugerido pelo próprio médico que ali trabalha: *Foi sugestão do doutor mesmo, porque eu estava com uma dor no braço, daí ele sugeriu* (E8). Essas situações de demora nas filas e tratamento por período limitado na AS, em que uma parte considerável da clientela parece chegar tardiamente à acupuntura (quando chega), reduzindo, certamente, o potencial terapêutico, parecem corroborar a proposta de uma maior difusão desta técnica junto à APS,

como direciona a PNPIC. Para os profissionais da APS, a acupuntura se torna mais um recurso terapêutico, que os transformam, como denominou Barros¹⁶, em profissionais híbridos que podem escolher qual o melhor caminho terapêutico a seguir em cada momento²⁷.

Eficácia geral na percepção dos usuários

Muitos pacientes referiram se sentirem bem com o tratamento: *Da vista que eram as minhas pernas antes eu posso dizer para ti que 75% do tamanho das lesões fecharam... eu fiquei maravilhada só pelo fato de diminuir a dor na minha perna..., a luz voltou a brilhar (9). Eu estou gostando, eu estou me sentindo melhor assim no caso da dor, tá aliviando, bastante (...). Eu não conseguia erguer para vestir uma blusa, agora está muito melhor, nossa (...). Agora consigo fazer tudo direito [no trabalho], antes sempre fazia com cuidado por causa do braço. (E12). Alguns, no entanto, não observaram grandes benefícios: *Então como é a oitava sessão que eu tô fazendo, não sei, acho que não vai resolver meu problema, não vai me tirar as dores, entendeu? Eu já sei que eu já estou na oitava, então já era para eu sentir menos dores (...)(E1).**

Dentre os entrevistados, vinte e dois relataram sentir muita melhora, sete relataram sentir um pouco de melhora e apenas uma relatou não sentir nenhuma melhora. A maior parte dos pacientes que não relataram melhoras significativas era da AS (cinco) e apresentavam doenças com maior gravidade e dois eram da APS.

A melhora geral substantiva com a acupuntura da maior parte dos usuários era esperada e converge com os abundantes estudos sobre a eficácia clínica dessa terapêutica. Notou-se grande número de encaminhamentos por quadros de dor, corroborando as respostas a um questionário direcionado aos acupunturistas, na fase exploratória da pesquisa, que relataram ser a dor o mais freqüente motivo de uso da acupuntura, chegando a cerca de 80% dos pacientes.

Nas entrevistas dos usuários com quadros algícos, estes relataram a porcentagem de melhora em relação ao início do tratamento: 19 (63,3%) relataram melhora de 60 a 100%; 3 (10%) relataram melhora de 30 a 50%, 3 (10%) melhoraram de 10 a 20%; 1 (3,3%) não sentiu nenhuma melhora e 1 (3,3%) não soube quantificar, pois seu quadro era instável com períodos intercalando picos de dor com períodos de menor intensidade. O efeito da analgesia por acupuntura já tem sido demonstrado em diversos estudos comprovando equivalente resultado quando comparada ao tratamento com medicamentos opioides^{1,28,29}. Este efeito é muito bem-vindo nos casos de dor, particularmente quanto

ao menor potencial iatrogênico da acupuntura (adiante discutida), porém deixa intacta a questão da dependência do procedimento e dos significados envolvidos no problema, bem como a questão do autocuidado. Nesse sentido, a acupuntura, em tese, pode ser apenas um procedimento complementar ou em alguns casos substitutivo dos fármacos, sem alterar o quadro geral das representações dos pacientes e sua participação no cuidado. Ao contrário, pode exigir maior deslocamento e tempo gasto, já que demanda a aplicação heterônoma das agulhas, diferentemente da medicação que pode ser administrada em casa.

Uso de medicamentos e a sua redução durante o tratamento

Vários usuários apresentaram quadros crônicos e com histórico de longo itinerário médico, farmacológico e/ou cirúrgico sem, no entanto, muitas vezes, obterem satisfação. No caso das dores crônicas, por exemplo, utilizam-se com frequência os medicamentos antiinflamatórios. Seu uso contínuo pode provocar reações adversas, como gastrites, úlceras, além de nefrotoxicidade; assim como o uso de opióides, que também são amplamente administrados, podendo causar constipação, dependência química, sedação, miose, depressão respiratória (quando em alta dosagem), entre outros problemas³⁰.

Observou-se casos de iatrogenias medicamentosas: *Eu tomei vários remédios, hoje em dia eu tenho gastrite, não é todo remédio que eu posso tomar* (E1). *A outra médica me deu um remédio e eu tô tomando e como eu tenho praticamente só um rim funcionando aí me dá alergia, muita coceira, sabe?* (E5).

Os avanços terapêuticos ocorridos nas últimas décadas são inquestionáveis, no entanto, os medicamentos sempre foram venenos potenciais e seus efeitos não desejados aumentaram com a eficácia e a extensão de seu uso¹⁰. As indústrias farmacêuticas incentivam e lançam cada dia novos medicamentos³¹. Essa indústria, segundo Conrad⁹, tem exercido um importante papel no processo de medicalização social. Ela atua na mídia reforçando a automedicação, apresentando artistas famosos, atletas, etc. em suas propagandas, na tentativa de exibir símbolos de *status*, poder, sucesso, força, beleza e juventude³². O mercado farmacêutico, está sempre lançando novas marcas e influencia a população a consumir os medicamentos ditos “mais modernos”. Já os médicos, por sua vez, muitas vezes se veem pressionados a prescrever o medicamento “mais novo”, de última geração, com receio de se sentirem obsoletos³³.

Segundo Menéndez³⁴, a biomedicina segue depositando suas

expectativas no desenvolvimento de investigações que geram explicações biológicas para os principais padecimentos e de soluções baseadas na produção de fármacos específicos, assim como incide na constante biologização das representações sociais do processo saúde-enfermidade-atenção. Neste sentido, uma distinção pode ser feita entre a prática da acupuntura e a biomédica. A primeira com poucos efeitos colaterais e/ou danosos e com abordagem mais facilmente focada no indivíduo como um todo; já a segunda, mais focada na doença e no uso de medicamentos como principal ferramenta de cura. Estes podem gerar, principalmente em longo prazo, uma série de prejuízos. Apesar dos limites da acupuntura, esta pode ser um tratamento alternativo ou coadjuvante propiciando redução do uso de quimioterápicos. Isto foi observado em alguns relatos: *Medicação, vou ser sincero, não tomei mais, depois da acupuntura eu parei de tomar* (E2). *Durante um ano fazendo acupuntura, consegui ficar três meses sem tomar morfina e o tempo que tomava não foi na mesma intensidade* (E9). *Eu vivia dopada, direto, direto, direto. Agora raramente eu tomo um antiinflamatório* (E19).

Devido aos efeitos adversos de curto e longo prazo causados pelo tratamento medicamentoso e os riscos de dependência, principalmente em patologias crônicas, nossos achados indicam que a acupuntura pode contribuir para diminuir a polimedicação e as iatrogenias medicamentosas.

Melhora de outros aspectos além da queixa principal

As dores físicas costumam ser a porta de entrada para o atendimento em acupuntura. No entanto, é comum e desejável que sejam levados em consideração pelo acupunturista (e demais profissionais) outros desequilíbrios ou queixas, aspectos subjetivos e a história individual de cada um. A MTC propicia interpretações dos adoecimentos baseada em um pensamento no qual os fenômenos são compreendidos como eventos que estão conectados entre si^{20,27}. Os sinais e os sintomas do indivíduo, o meio em que vive, suas emoções, relações pessoais, etc., são relevantes para o diagnóstico e o quadro clínico é visualizado como um todo, podendo a acupuntura propiciar benefícios em múltiplos problemas simultaneamente. Nesse sentido, investigou-se se os usuários sentiam melhoras também em outros aspectos além do problema principal.

Dentre os 13 entrevistados da APS, 11 relataram sentir melhoras em outros aspectos além da queixa principal e 10 dos 17 pacientes da AS, enquanto que 2 da APS e 7 da AS não sentiram. Alguns relatos

qualificam esses achados: *É eu melhorei mais, assim no humor eu tô assim mais disposta agora (...) aquilo ali que eu não fazia, de repente eu vô lá e faço, entendeu?(...) De repente até minha auto-estima. Fui arrumar o cabelo, coisa que já fazia muito tempo que eu não ligava mais para isso (E1). Pra depressão um pouco acho que tem ajudado sim, porque eu tinha muita angústia, muita assim, todos os dias, hoje já tá mais raras assim, não é todos o dia como eu tinha. No sono, parece que tá mais tranquilo, que eu acordava às vezes à noite e agora eu tô dormindo assim mais direto (E4).*

Segundo Alves³⁸, a integralidade, um dos princípios do SUS, contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista do indivíduo. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, buscando apreender as necessidades mais abrangentes dos sujeitos. Embora a medicina ocidental reconheça a existência da dor “psicossomática” ou “psicogênica”, sua atitude para com a dor orgânica tende a não levar em conta elementos sociais, culturais, morais e psicológicos que estão associadas muitas vezes, com este quadro algico¹⁵. A biomedicina apresenta fortes tendências de desenvolvimento em sentido cada vez mais mecanicista, com objetivação dos problemas e dos usuários, e tem sido questionada pelas vivências de desarmonia na relação médico-paciente, bem como pelas suas iatrogenias clínicas. Todavia há tentativas de reforma e melhoria da sua relação profissional-usuário, como a revalorização das narrativas³⁶ e o desenvolvimento do método clínico almejando seu recentramento nos pacientes³⁷.

As abordagens mais holísticas se destacam pela sua diferente forma de lidar com o paciente, ao levar em conta aspectos mais sutis e subjetivos da vida que não se restringem apenas à patologia em si³⁸. A acupuntura, juntamente com outras PIC, pode ser uma opção neste sentido. Os relatos dos pacientes revelam uma abordagem que se expande para outros problemas que não o problema principal, que muitas vezes motiva o uso da acupuntura. Nesse sentido, ela mostra uma abrangência significativa, conforme conceituação de Starfield³⁹, aproximando-se, ainda que de forma limitada, da ideia de integralidade, de humanização do cuidado e de clínica ampliada^{39,40}.

No Brasil, convergente com essa idéia, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH), elaborada em 2004, configurada em torno da humanização das práticas de atenção e gestão no sistema de saúde. Dentre os princípios norteadores da PNH, estão: o fomento da autonomia e do protagonismo dos pacientes e aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde entre usuários e profissionais de saúde e valorização da dimensão subjetiva e social em todas as

práticas de atenção⁴¹. A construção da clínica ampliada é a transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que outros aspectos dos sujeitos, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados^(40,27).

Modelos explicativos e autocuidado

Investigou-se a influência da acupuntura sobre o autocuidado e o modelo explicativo dos usuários, questão central na discussão da medicalização do cuidado. As concepções e representações sociais dos pacientes são formadas a partir de sua experiência de vida no seu meio sociocultural, e comumente os usuários de alguma forma as reconstruem conforme seu contato e experiência com os vários tipos de cuidado, conhecimento e tratamento com os quais interagem⁴², na busca de resolução de seus problemas de saúde. Pode-se usar o conceito de Kleinman⁴³, de modelos explicativos que consistem em explicações de um episódio de doença e do cuidado terapêutico, reveladas mediante as narrativas dos sujeitos^(15,43). As explicações e entendimentos dos pacientes sobre seus problemas (seu modelo explicativo) vão exprimir suas concepções prévias de alguma forma modificadas ou influenciadas pelos saberes e tecnologias experimentados no cuidado recebido e no autocuidado.

As representações sociais aí envolvidas podem ser mais ou menos medicalizadas³⁸, tanto pela própria cultura do doente, quanto pelo seu comum prévio contato com a biomedicina. A experiência com a acupuntura é processada de alguma forma, alimentando mais ou menos sua autonomia relativa, modificando (ou não) suas representações sociais e seu modelo explicativo, podendo se dar em vários sentidos, mais ou menos medicalizantes.

Notou-se que, para a maioria, a intervenção da acupuntura e seus significados se misturavam com conceitos e noções biomédicas, no sentido de não se aproximarem do entendimento de uma outra racionalidade médica: *Artrrose é uma doença degenerativa e que não tem cura, quer dizer este tratamento é paliativo, mas me deu uma qualidade de vida muito boa* (E10). *É os pontos que pega manda para o cérebro da gente e o cérebro que manda aquela dosagem da medicação né, daí faz um monte de medicação que o cérebro envia para onde está inflamado, para as dores* (E6).

Apesar de muitos se sentirem bem com o tratamento com acupuntura, não incorporaram aprendizados oriundos da MTC. Confiavam em seus terapeutas e pouco questionavam sobre a técnica: *Pelo jeito é coisa boa, que se fosse coisa ruim ninguém ia fazer (...) Eu*

me sinto bem, meu organismo aceitou bem isso, meu corpo também aceitou, então, isso é o que importa pra mim (E28). Com efeito, tal achado sincrético é esperado em boa medida, pois normalmente o doente valoriza mais a relação com o terapeuta e o resultado empírico. Isso por si já o deixa tranquilo e confiante, sem despertar a necessidade de entender todo o processo de tratamento⁴⁴. Pode-se considerar previsível encontrar uma compreensão superficial e leiga do problema pelos usuários, em comparação com um ponto de vista especializado, seja biomédico, seja da MTC. Todavia, a raridade de menção a outras noções, entendimentos ou interpretações dos seus problemas faz pensar que esses acupunturistas a utilizam, no contato com os doentes, de forma um tanto integrada e subordinada ao paradigma biomédico.

O lado educativo do tratamento, ou da relação profissional-doente, é envolvido no processo do cuidado e é particularmente importante nos casos crônicos. Sabe-se que a tradição pedagógica biomédica tende a se caracterizar por uma atitude autoritária, monologal, diretiva e pouco sensível às realidades psicossociais dos doentes e seus modelos explicativos^(35,38,45). Foram investigadas as recomendações realizadas pelos terapeutas durante o tratamento. Analisou-se se estes incentivavam práticas de autocuidado entre seus pacientes e como os saberes e as várias formas de cuidado da MTC contribuía numa melhor elaboração dos sofrimentos, ou ao menos pluralizavam de alguma forma os sentidos, significados e valores relacionados ao adoecimento, além de incentivarem algum tipo de cuidado mais autônomo.

Em muitos casos, principalmente vistos na AS, as orientações não diferiram das utilizadas na prática biomédica: *Se tiver dor fazer compressa com água morna (...). Fazer alongamento,(...) os exercícios que eles me deram na fisioterapia* (E11).

No entanto, alguns casos foram observados na APS em que outras orientações, não biomédicas, ou ao menos não consagradas ou comuns nessa racionalidade, eram exploradas, possivelmente relacionadas à MTC: *Eu aprendi a respirar também... Porque a gente respira às vezes errado. Respiro tranquila, faço massagem em casa para dormir e ele sempre tá dando uma dica ou outra (...) e eu procuro fazer tudo né... cuidado da alimentação. O Dr. tá me ensinando muita coisa disso também...(E7). Quando eu sinto alguma coisa, eu faço, tenho aquele manual dele lá [massagem], dos pontos... Eu fiz para dor de cabeça, eu sou meio esquecido, daí tenho que ir no manual para ver os pontinhos (...) vai fazendo né, se dói a cabeça vai aqui, vai lá no pé, no dedão* (E8).

A acupuntura, ancorada na MTC, em tese pode facilitar um cuidado menos medicalizante, despertando nos pacientes uma percepção maior em relação aos aspectos de seu cotidiano, relações pessoais, interpessoais, ambientais e, com isso, estimular uma reflexividade e um autocuidado⁷ na lógica desta racionalidade. Os usuários da APS são atendidos por profissionais que os acompanham há mais tempo, conhecem o meio em que vivem e possuem com eles maior familiaridade, podendo contribuir com orientações mais voltadas a sua realidade. Já a prática na AS mostrou-se mais engessada, tendendo a tratar a queixa principal e restringindo-se, administrativamente, a um número limitado de dez sessões que, em muitos casos, não é o suficiente para formar um vínculo mais estreito entre terapeuta e paciente.

Por outro lado, o pacote de dez sessões pode ser um tempo necessário para atenuar os sintomas das queixas apresentadas e encaminhar para outros recursos que incentivem o autocuidado, não deixando o usuário dependente apenas da acupuntura. Notou-se em alguns atendimentos o encaminhamento de alguns médicos para que seus pacientes iniciassem práticas corporais: *Mandou que eu procurasse fazer alongamentos (...) até agora recentemente sugeriu que eu fizesse yoga, que tem um professor fazendo em [...] e que iria me ajudar bastante* (E21). De acordo com Luz⁴⁶, a acupuntura pode despertar certa “passividade” no paciente e essas práticas corporais se destacam por propiciar um maior conhecimento de si mesmo, de seu corpo e de seu psiquismo. Porém, a existência de oferta de outras práticas da MTC não ocorria nos serviços municipais como regra geral, os quais na época da coleta de dados não dispunham de apoio institucional para a prática das PIC.

Destacou-se, dentre os profissionais da APS, um que tinha iniciativa de oferecer aos seus pacientes outros recursos da MTC, viabilizados através de um encontro coletivo para conversa, orientação sobre a MTC e o ensino de pontos para automassagem, inclusive com confecção de material educativo (mencionado na citação acima de E8). Esse profissional foi um dos poucos mencionados como enriquecedor dos cuidados e modelos explicativos (com possibilidades interpretativas da MTC). Isso remete à questão da atitude e dos conhecimentos dos acupuntores, os quais podem exercitar de distintas formas seu cuidado e sua relação com os usuários, trazendo à discussão sua formação, que pode ser restrita à acupuntura ou mais ampliada, dentro da MTC e fora dela. Isto não foi concebido como objeto desse estudo, não foi investigado e constitui, portanto, um limite do mesmo, que sugere outras investigações específicas.

Considerações finais

A maioria dos pacientes chegou à acupuntura na AS quando outros tratamentos falharam e em estágios avançados de adoecimento. Mesmo nestes casos, mostrou-se como uma terapia de apoio e foi percebida pela maioria com relativa eficácia sob vários aspectos, com satisfação, melhoria de seus sofrimentos e quadros álgicos e redução do uso de medicamentos, prevenindo possíveis iatrogenias medicamentosas. Este é um ponto importante, devendo ser melhor estudada a hipótese do uso da acupuntura significar efetivamente redução de uso, danos e custos com medicamentos.

Observou-se relativa maior integralidade nos atendimentos, levando em conta aspectos subjetivos do indivíduo. Apesar da dificuldade de acesso, já que poucos profissionais da APS são acupunturistas praticantes, foi observado que estes profissionais possuem uma maior autonomia para atender os pacientes, podendo tratar por mais tempo casos mais graves. O acesso à acupuntura é precário e deve ser visto com cuidado pelos gestores, visto que a lista de espera na AS tende a ser grande e lenta e os profissionais capacitados na APS são poucos, com pouco tempo disponível e dificuldades para a prática.

Os resultados mostraram que a acupuntura pouco tem contribuído para a autonomia e desmedicalização, salvo pela sua efetividade. Ela pode, sob a ótica do paciente, ser confundida como apenas mais uma especialidade biomédica, como observado na maioria dos casos neste estudo, sem contribuir para ampliação dos significados dos adoecimentos, das modalidades de cuidado e do empoderamento dos doentes. Neste sentido, a atitude do profissional é importante para estimular uma postura mais ativa e integrativa. A acupuntura facilita esta postura por sua abordagem vitalista e de cuidado ampliado, possibilitando, mas não garantindo, que os terapeutas estimulem o autocuidado. A oferta pelo SUS de outras modalidades de cuidado e de promoção da saúde da MTC certamente facilita o estímulo ao seu uso e sua recomendação pelos demais profissionais, valorizando a cosmovisão e as variadas práticas dessa medicina²⁰.

Todavia, mesmo quando considerada apenas como um recurso para alívio da queixa isolada, a acupuntura praticada mostrou ter um caráter relativamente menos medicalizante se comparada com os tratamentos biomédicos convencionais, sobretudo nos casos de dor crônica, para o que já é muito usada, por potencialmente reduzir o uso de medicações e intervenções iatrogênicas funcionando como uma via de “redução de danos” em relação à biomedicina⁸.

Novas pesquisas enfocando os processos de realização do

cuidado com acupuntura e MTC são necessárias para melhor compreensão e análise de sua atuação, em termos de potencialidades, limites e estado da arte no contexto do SUS, na APS e nos ambulatórios especializados.

REFERÊNCIAS:

- 1- Organização Mundial da Saúde. Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials. Genebra: WHO; 2002
- 2- Luz MT. Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; 1993.
- 3- Ministério da Saúde. Portaria 971/06. Dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS e aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 4- Santos FAZ, Gouveia GC, Martelli PJJ and Vasconcelos EMR. Acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não-médicos. Revista bras fisioterapia 2009; 13(4):330-4.
- 5- Cintra MER, Figueiredo R. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2010; 14(32): 139-54.
- 6- Vas J, Vega E, Méndez C. Tratamiento con acupuntura del dolor crónico benigno. Medicina de Familia (And) 2002; 4: 239-244.
- 7- Freire Jr MB. Conhece-te a ti mesmo: uma proposta de educação popular para a saúde. Saúde em Debate; 1993; 41:4-8.
- 8- Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Revista Saúde Pública 2008; 42(5):914-20.
- 9- Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.

- 10- Illich I. A expropriação da saúde. *Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- 11-Focault M. *Microfísica do Poder*. 18. ed. Rio De Janeiro: Graal; 1979.
- 12-Tesser CD. *Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica*. Interface 2006.
- 13-Otani MAP, Barros NF. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 6(3):1801-11.
- 14-Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós- estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(2):2029-40.
- 15-Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 16-Barros NF. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 17-Barros NF, organizador. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2012.
- 18-Tesser CD. *Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas*. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(8):1732-1742.
- 19-Sousa IMC, Vieira ALS. *Serviços públicos de saúde e medicina alternativa*. *Ciênc. saúde coletiva* 2005; 10(suppl.):255-66.
- 20-Palmeira GA. *Acupuntura no Ocidente*. *Cadernos de Saúde Pública* 1990; 6(2):117-28.
- 21-Tesser CD, Sousa IMC. *Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas*. *Saúde sociedade* 2012; 21(2): 336-50.

- 22-Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro-São Paulo: ABRASCO-HUCITEC; 1999.
- 23-Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública 2008; 24(1):17-27.
- 24-Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições; 1979.
- 25-Thiago S, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias Complementares. Revista Saúde Pública 2011; 45(2):249-57.
- 26-Christensen MC, Barros NF. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. Revista Brasileira de Educação Médica 2009; 34:97-105.
- 27-Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas; 2004.
- 28-Koo ST et al. analgesia in a new rat model of ankle sprain pain. Pain, 2002.
- 29-Lundeberg T, Stener-Victorin E. Is there a physiological basis for the use of acupuncture in pain? Pain 2002.
- 30-Goodman LS, Gilman A. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 1996.
- 31-Dupuy JP, Karsenty S. A invasão farmacêutica. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
- 32-Nascimento MC. Medicamentos, Comunicação e Cultura. Ciência e Saúde Coletiva 2005; 10:179-93.
- 33-Camargo Jr. K. Medicalização: um quadro de referência. In: Pinheiro R; Silva Jr. AG. Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO; 2010.
- 34-Menéndez EL. Sujeitos, Saberes e Estruturas: Uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Aderaldo

& Rothschild; 2009.

- 35-Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(16):39-52.
- 36- Greenhalgh, T.; Hurwitz, B. (Org.) *Narrative Based Medicine*. Londres: BMJ Books; 2002.
- 37- Stewart M, Weston WW, Brown JB, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered Medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
- 38-Tesser CD, organizador. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 39-Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.
- 40-Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 41-Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 42-Tesser CD. Racionalidades médicas e integralidade: desafios para a Saúde Coletiva e o SUS. In: Pinheiro R, Silva Jr. AG, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2010, p. 77-100.
- 43-Kleinman A. Orientations 3: core clinical functions and explanatory models. In: Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1980. p.71-118.
- 44-Tesser CD, Luz MT. *Racionalidades médicas e integralidade*.

Revista Ciência e Saúde Coletiva 2008; 13(1):195-206.

45-Machado MFAS et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciência, saúde coletiva 2007; 12(2):335-342.

46-Luz MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Século XX. Rev. Saúde coletiva 2005; 15(sup): 145-76.